Bij de Multidisciplinaire Richtlijn *Cardiovasculair risicomanagement*

De NHG-Standaard Cardiovasculair Risicomanagement was gebaseerd op de gelijknamige CBO-richtlijn. Onder leiding van het NHG is nu een herziene versie uitgekomen als Multidisciplinaire Richtlijn, met inbreng van alle betrokkenen bij de inventarisatie van het cardiovasculaire risicoprofiel van een patiënt en de daaruit volgende behandeling. Op basis hiervan wordt een Landelijke Transmurale Afspraak ontwikkeld die de samenwerking tussen eerste en tweede lijn op het gebied van CVRM beschrijft.

BELANGRIJKSTE VERSCHILLEN

Ten opzichte van de versie uit 2006 is de risicotabel veranderd. Het risico op *sterfte alleen* is gewijzigd in het risico op *ziekte óf sterfte* door hart- en vaatziekten in tien jaar. Een hoog risico is gedefinieerd als > 20%, een matig risico als 10–20% en een laag risico als < 10% kans op ziekte of sterfte. De tabel is uitgebreid met cijfers voor 70-jarigen. Ook bij patiënten met diabetes mellitus (zowel type 1 als 2) of met reumatoïde artritis kan de tabel worden gebruikt, namelijk door 15 jaar op te tellen bij de actuele leeftijd van de patiënt.

Het verschil in leeftijdsgrenzen tussen mannen en vrouwen is verdwenen; de grens is nu 50 jaar voor iedereen. Patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten zijn ook te traceren door een belaste familieanamnese (gedefinieerd als een eerstegraadsfamilielid met een hartaandoening voor het 65ste levensjaar). Ook vrouwen na de menopauze die zwangerschapscomplicaties doormaakten als diabetes mellitus, toxicose of pre-eclampsie, hebben een verhoogd risico.

De thuismeting en 24-uursmeting van de bloeddruk zijn – naast de meting in de spreekkamer – van belang bij diagnostiek en vervolgbeleid. Bij patiënten met een systolische bloeddruk > 180 mmHg of een TC/HDL-ratio > 8 is een snelle analyse en behandeling wenselijk. Let op aanwijzingen voor een hypertensieve crisis of secundaire hypertensie.

In het algemeen is de streefwaarde voor de systolische bloeddruk < 140 mmHg en voor het LDL-cholesterop < 2,5 mmol/l (en dus niet een verlaging met 1,0 mmol/l).

Het aantal patiënten dat moet worden behandeld om een hart- en vaatziekte te voorkomen is berekend voor de verschillende risicocategorieën. De voorkeursmedicatie van antihypertensiva geldt in de eerste én tweede lijn.

Na een TIA of herseninfarct zonder cardiale embolie wordt de combinatie van acetylsalicylzuur met dipyridamol aanbevolen. Zowel bij patiënten mét als zónder hart- en vaatziekten wordt als cholesterolverlager altijd gestart met simvastatine 40 mg. Er is een stappenplan voor behandeling met statines opgenomen.

ACTUALISERING NHG-PRODUCTEN

De nieuwe aanbevelingen vergen aanpassing van een groot aantal NHG-producten. De geactualiseerde patiëntenbrieven over CVRM zijn al te vinden op de nieuwe publiekswebsite: www.thuisarts.nl. In de loop van 2012 komt een nieuw Programma voor Individuele Nascholing uit; onderwijsmateriaal voor toetsgroepen staat op www.nhg.org > Risicocommunicatie over cardiovasculair risicomanagement en familiaire hypercholesterolemie. Het nascholingsprogramma Asklepion kan een cursus CVRM aanbieden in de regio; zie voor meer informatie www.nhg.org > scholing.

Ook is een Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) over CVRM vrijwel afgerond. Deze bevat de werkafspraken die de huisarts kan maken met vasculair internisten, cardiologen, neurologen en andere vasculaire specialismen.

Bij de Landelijke Transmurale Afspraak *Diabetes mellitus type 2*

Deze LTA geeft aanbevelingen voor de samenwerking tussen huisartsen en internisten bij de zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2. Consultatie van of verwijzing naar de tweede lijn vindt plaats als de huisarts twijfelt over de diagnose, bij problemen rond de glykemische instelling, bij behandeling van risicofactoren, bij onvoldoende grip op complicaties en bij een (wens tot) zwangerschap. De specialist verwijst terug naar de huisarts als de gevraagde diagnostiek is afgerond, de individuele streefwaarden van de patiënt zijn bereikt en als eventuele comorbiditeit optimaal is behandeld.

Voor de patiënt is het van belang dat de continuïteit van het beleid in alle fasen herkenbaar is. Dat vraagt om regionale samenwerkingsafspraken, die op basis van deze LTA kunnen worden gemaakt. ■

H&W biedt ruimte voor de implementatie van onderwerpen die elders in het nummer worden besproken. Louwrens Boomsma vat de NHG-inbreng samen (l.boomsma@nhg.org)