# Leefstijl in de zorg

## *Richtlijnen en afspraken rondom het bevorderen van een gezonde leefstijl bij cardiovasculair risicomanagement*

Documentanalyse


Auteurs
Hylkje Algra MSc.[1]
Drs. Jenny Roeberts[1]
Marijke ten Haaf MSc.[2]
Dr. Willemieke Kroeze[3]


17-6-2021


1. *Docent-onderzoeker Christelijke Hogeschool Ede*
2. *Programmamanager preventie en persoonsgerichte zorg Huisartsen Gelderse Vallei*
3. *Lector Zorg voor voeding en gezondheid Christelijke Hogeschool Ede*

COLOFON
Dit onderzoek is geïnitieerd door de Preventiecoalitie Foodvalley.

Het onderzoek is opgezet en uitgevoerd in nauwe samenwerking met Marijke ten Haaf van de Huisartsen Geldersevallei, Ilse Evers van het Ziekenhuis Gelderse Vallei en Bob Mulder van de Wageningen Universiteit. We zijn hen zeer erkentelijk voor hun waardevolle input op deze documentanalyse.

© Copyright 2021 Christelijke Hogeschool Ede
Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding:
Algra, H., Roeberts, J., ten Haaf, M., Kroeze, W. (2021). Leefstijl in de zorg – Richtlijnen en afspraken rondom het bevorderen van een gezonde leefstijl bij cardiovasculair risicomanagement - documentanalyse.

# Voorwoord

De Preventiecoalitie Foodvalley heeft zich onder andere ten doel gesteld om te werken aan de verbetering van de samenwerking bij het integreren van de preventieve begeleiding in de ketenaanpak bij verschillende zorgsoorten, te beginnen met CVRM-zorg. De eerste stap is de verkenning van de huidige situatie om kansen voor verbetering te identificeren. Stap twee is het identificeren van gewenste verbeteringen om tot een geïntegreerde werkwijze te komen.

De verkenning van de huidige situatie (hierna genoemd het project 'Leefstijl in de zorg') bestaat, naast focusgroepen, uit een documentenanalyse. U heeft van deze analyse de rapportage nu voor u liggen. De verschillende richtlijnen en afspraken over het bevorderen van een gezonde leefstijl binnen de zorg rondom cardiovasculair risicomanagement zijn in kaart gebracht. Deze rapportage en de uitkomsten van de focusgroepen zullen samen een helder beeld geven van de huidige praktijk van samenwerken tussen de Huisartsen Gelderse Vallei en het Ziekenhuis Gelderse Vallei.

Deze documentanalyse is tot stand gekomen door de waardevolle feedback vanuit de praktijk door Marijke ten Haaf (HAGV) en Ilse Evers (ZGV). Daarnaast willen we graag Bob Mulder (WUR) bedanken voor zijn kritische blik en het geven van opbouwende feedback op de verschillende versies van deze documentanalyse en waardevolle tips.

We zijn blij dat dit rapport is afgerond, ondanks enige vertraging vanwege de covid-pandemie. Maar, juist dankzij deze covid-pandemie blijkt eens te meer de urgentie om samen te werken aan het bevorderen van een gezonde leefstijl in de zorg. Heldere afspraken helpen daarbij!

# Leeswijzer

In hoofdstuk 1 worden alle bestudeerde richtlijnen en de relatie tussen deze richtlijnen beschreven. In hoofdstuk 2 leest u wat algemene belangrijke kenmerken van leefstijlbegeleiding zijn en welke rollen en taken zorgverleners hierin hebben. Vervolgens wordt voor de eerste (hoofdstuk 3) en tweede lijn (hoofdstuk 4) beschreven welke taken door welke zorgverleners op welke manier worden uitgevoerd met betrekking tot leefstijl binnen de zorg rondom CVRM. In hoofdstuk 5 worden de onduidelijkheden en verschillen beschreven die uit de analyse van de richtlijnen naar voren komen. Als afsluiting volgt de conclusie en aanbevelingen.

# Samenvatting


## Inleiding

Eén van de grootste risicofactoren voor de gezondheid van onze Nederlandse bevolking is de hoge prevalentie van overgewicht en obesitas met een verwachte stijging tot 62% in 2040. De Coalitie Preventie in de Regio Foodvalley sluit zich aan bij het nationaal preventie akkoord en heeft zich tot doel gesteld om een gezond gewicht in de regio te bevorderen en het aantal inwoners met overgewicht en obesitas te verlagen. De Coalitie wil dit onder andere doen door het aanbod aan begeleiding naar een gezondere leefstijl te verbeteren, bijvoorbeeld door het versterken van samenwerking in de zorgketen en de inzet van innovatieve oplossingen.

## Doelstelling

Het doel van deze documentanalyse is het helder in kaart brengen van wat er in verschillende richtlijnen en afspraken is beschreven over het bevorderen van een gezonde leefstijl binnen de cardiovasculair risicomanagement (CVRM) zorg in eerste en tweede lijn in de regio Gelderse Vallei. Daarbij wordt gekeken wat is vastgelegd en wat hierin ontbreekt.

## Richtlijnen en afspraken

De zorg en samenwerking binnen de CVRM zorg wordt voor Huisartsen Gelderse Vallei en het Ziekenhuis Gelderse Vallei beschreven in verschillende richtlijnen en afspraken: Zorgprogramma Cardiovasculair risicomanagement (2019), NHG standaard CVRM (2019), Werkafspraken ketenzorg VRM huisartsen-diëtisten Gelderse Vallei (2016), Regionale Transmurale Afspraken Cardiovasculair Risico Management Gelderse Vallei (2018), Landelijke Transmurale Afspraken Cardiovasculair Risicomanagement (2015), Richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (2019) en de NHG zorgmodules leefstijl (2015). Vanuit deze richtlijnen is in de documentanalyse op een rij gezet wat de taken en verantwoordelijkheden zijn van de verschillende zorgverleners, hoe de zorgverlening eruit ziet met betrekking tot leefstijlbegeleiding en welke leefstijladviezen worden gegeven in de eerste en tweede lijn.

## Onduidelijkheden en verschillen

Vanuit de beschrijving van de richtlijnen en afspraken wordt duidelijk dat in de regionale afspraken de taakverdeling met betrekking tot leefstijlbegeleiding en doorverwijzing niet altijd is geconcretiseerd. Verder ontbreekt specifieke informatie over leefstijlbegeleiding in de tweede lijn.

## Conclusie

**Uit de bestudeerde documenten wordt duidelijk dat de begeleiding rondom leefstijl een samenwerking vereist tussen verschillende zorgverleners. Daarbij missen enkele heldere afspraken rondom bijvoorbeeld de overdracht tussen de verschillende zorgverleners. Het is belangrijk dat er goede afspraken zijn rondom taken, verantwoordelijkheden en de aanpak van de leefstijlbegeleiding.**

## Aanbevelingen

Er wordt aanbevolen om in de verschillende richtlijnen eenduidige leefstijladviezen te formuleren. Daarnaast wordt geadviseerd om in de regionale transmurale afspraken meer aandacht te geven aan het bevorderen van een gezonde leefstijl. Ook zou het interessant zijn om te onderzoeken waar zorgverleners tegenaan lopen bij het uitvoeren van de CVRM zorg.

# Inhoud

1. Inleiding ..... 1
1.1 Doel ..... 1
1.2 Onderzoeksvragen ..... 1
2. Methode ..... 2
3. Overzicht verschillende richtlijnen ..... 3
4. Taken en verantwoordelijkheden bij het bevorderen van een gezonde leefstijl binnen de zorg rond CVRM ..... 6
5. Aandacht voor leefstijl binnen de eerste lijn ..... 9
6. Aandacht voor leefstijl binnen de tweede lijn ..... 14
7. Onduidelijkheden en verschillen ..... 17
8. Conclusie en aanbevelingen ..... 18
Literatuurlijst ..... 19
Bijlage 1: Zorgprogramma Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) ..... 20
Bijlage 2 Regionale Transmurale Afspraken Cardiovasculair Risicomanagement ..... 23
Bijlage 3: Profielen zorgmodule voeding [14] ..... 26

# 1. Inleiding

Eén van de grootste risicofactoren voor de gezondheid van onze Nederlandse bevolking is de hoge prevalentie van overgewicht en obesitas met een verwachte stijging tot 62% in 2040 [1]. Daarom is het terugdringen van de prevalentie van overgewicht en obesitas opgenomen als één van de drie doelstellingen van het Nationaal Preventieakkoord dat in 2018 door de Rijksoverheid is opgesteld en ondertekend door ruim 70 partijen [2]. De Preventiecoalitie in de Regio Foodvalley sluit zich aan bij dit nationale akkoord en heeft zich tot doel gesteld om een gezond gewicht in de regio te bevorderen en het aantal inwoners met overgewicht en obesitas te verlagen. De Coalitie wil dit onder andere doen door het aanbod aan begeleiding naar een gezondere leefstijl te verbeteren, bijvoorbeeld door het versterken van samenwerking in de zorgketen en de inzet van innovatieve oplossingen. Eén van de actielijnen in dit kader is het bevorderen van effectieve leefstijlinterventies in preventie en zorg.

In april 2019 is de nieuwe landelijke richtlijn cardiovasculair risicomanagement (CVRM) gepubliceerd waar het belang van leefstijlbegeleiding en interventies prominent aanwezig is. Patiënten geïncludeerd in de CVRM richtlijn hebben diverse gezondheidsproblemen die kunnen leiden tot hart- en vaatziekten of diabetes type 2. Door het bevorderen van een gezonde leefstijl richt de Preventiecoalitie Foodvalley zich op het bevorderen van de gezondheid van de patiënt en op de preventie van overgewicht, hart- en vaatziekten en diabetes type 2. Door ons te richten op CVRM sluiten we goed aan bij huidige zorgstandaarden en het optimaliseren van zorg voor leefstijl binnen deze standaarden. Aandacht voor leefstijl en gedragsverandering past in de landelijke beweging naar meer persoonsgerichte zorg [3,4].

Uit de praktijk is bekend dat het voor de meeste mensen moeilijk is om hun leefstijl duurzaam te veranderen, zeker bij complexe gedragingen zoals voedingsgedrag. Uit onderzoek is echter ook bekend dat er aan de 'aanbodkant' nog het nodige te winnen valt [5–7]. Cijfers laten zien dat leefstijl vaak niet ter sprake wordt gebracht door artsen [5,8]. Uit onderzoek is ook bekend dat er in het aanbod nog steeds een zeer sterk accent ligt op advisering en kennisoverdracht, terwijl voor gedragsverandering ook andere technieken moeten worden ingezet die aansluiten bij andere relevante oorzaken van het gedrag [9,10].

In het project 'Leefstijl in de zorg' van de Preventiecoalitie Foodvalley brengen we ervaringen van zorgprofessionals uit de eerste lijn en de tweede lijn met het bevorderen van gezonde leefstijl in kaart. Om een beeld te krijgen van de context waarin deze ervaringen zijn opgedaan, zijn regionale (transmurale) richtlijnen, protocollen en afspraken m.b.t. het bevorderen van een gezonde leefstijl op een rijtje gezet. Deze documentenanalyse geeft inzicht in de uitgangspunten voor de huidige praktijk, maakt blinde vlekken in documenten duidelijk, biedt duiding aan ervaringen verzameld in focusgroepen en kan benut worden in brainstormsessies over noodzakelijke, haalbare verbeteringen in patiëntenzorg t.a.v. het bevorderen van een gezonde leefstijl.

## 1.1 Doel

Het doel van deze documentanalyse is het helder in kaart brengen van de richtlijnen en afspraken rondom het bevorderen van een gezonde leefstijl binnen de CVRM zorg.

## 1.2 Onderzoeksvragen

1. Op welke manier (wie doet wat, wanneer) is het bevorderen van een gezonde leefstijl binnen de CVRM zorg in de regio Gelderse Vallei geregeld en vastgelegd in richtlijnen in de 1e en 2e lijn en in transmurale afspraken?
2. Welke onduidelijkheden en verschillen t.a.v. het bevorderen van een gezonde leefstijl zijn zichtbaar in de vastgelegde richtlijnen en transmurale afspraken?

# 2. Methode

In deze documentanalyse is gebruik gemaakt van beschrijvend kwalitatief onderzoek. Er is een inhoudsanalyse gedaan van verschillende documenten[11]. Het doel was het overzichtelijk maken van wat er in de verschillende richtlijnen en afspraken staat over het bevorderen van een gezonde leefstijl. Bij het maken van deze documentanalyse zijn eerst de documenten die in de eerste en tweede lijn worden gebruikt in de zorg rondom CVRM bij elkaar gezocht. Deze documenten werden aangeleverd door de Huisartsen Gelderse Vallei (HAGV) en het Ziekenhuis Gelderse Vallei (ZGV).

Van de verkregen documenten is in kaart gebracht hoe deze documenten zich tot elkaar verhouden door de lezen wat de verschillende documenten over zichzelf zeggen en de relatie tot andere documenten. De resultaten hiervan zijn te zien in hoofdstuk 1.

Vervolgens is in kaart gebracht wat de taken en verantwoordelijkheden zijn van de verschillende zorgverleners die een rol spelen in het bevorderen van een gezonde leefstijl in de zorg rondom CVRM. Dit is gedaan door in de verschillende richtlijnen te zoeken naar wat er gezegd wordt over deze taken en verantwoordelijkheden. De gevonden informatie is op een rij gezet in een tabel waarbij wordt verwezen naar de verschillende richtlijnen waar de informatie vandaan komt. De resultaten hiervan zijn te zien in hoofdstuk 2.

Om in kaart te brengen welke zorgverlener welke begeleiding heeft op wek moment en op welke manier is gebruik gemaakt van de fasen van het verpleegkundig proces als kapstok (gegevens verzamelen, vaststellen probleem, doelen stellen, interventies, uitvoer en evaluatie). Bij het lezen van de documenten is de terminologie van deze fasen aangepast aan de terminologie die wordt gebruikt in de documenten. Ook is hieraan de fase van doorverwijzen toegevoegd. In alle gelezen documenten is gezocht naar informatie over welke zorgverlener welke leefstijlbegeleiding verleent in elke fase. Deze informatie is zowel voor de eerste als de tweede lijn verwerkt in een tabel, waarbij wordt verwezen naar de verschillende richtlijnen waarin deze informatie is gevonden. De resultaten hiervan zijn te zien in hoofdstuk 3 en 4.

Nadat de resultaten zijn beschreven, zijn onduidelijkheden en verschillen gesignaleerd. Daarbij is geen gebruik gemaakt van een analytisch kader, maar is bewust met een open blik naar de resultaten gekeken. Daarbij waren twee vragen leidend:

- Missen er afspraken over de taakverdeling en wie wat wanneer op welke manier doet mbt het bevorderen van een gezonde leefstijl?
- Zijn er verschillen tussen de verschillende richtlijnen en afspraken?

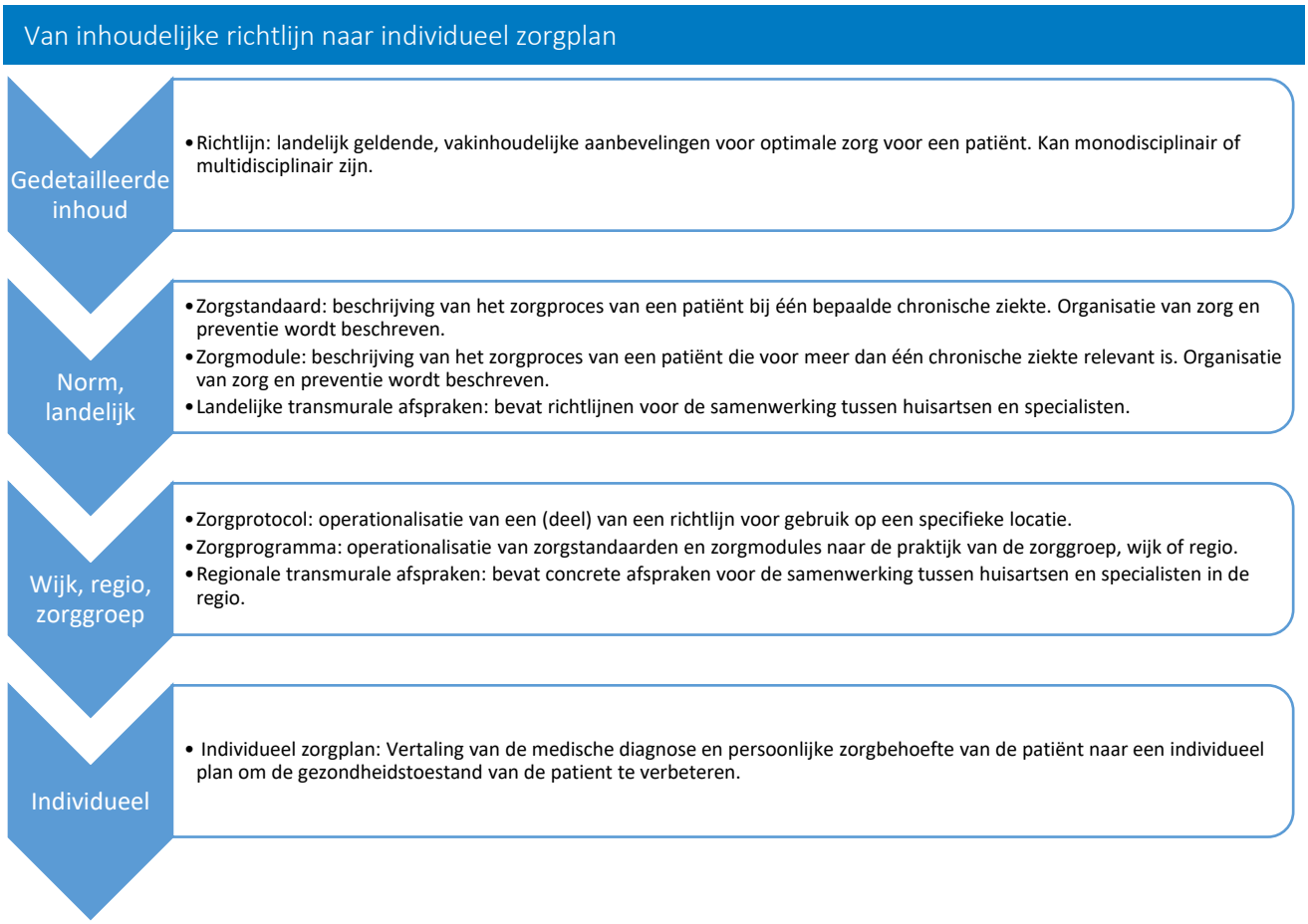
Bij dit laatste punt is ook gekeken naar eenduidigheid in taal en gebruikte termen. De beschreven onduidelijkheden en verschillen zijn voorgelegd aan Marijke ten Haaf en een praktijkondersteuner uit haar netwerk (HAGV) en Ilse Evers (ZGV) om deze te plaatsen in de context van de eerste en tweede lijn. Vanuit het ZGV zijn nog drie punten toegevoegd. Vanuit het HAGV blijkt dat veel van de onduidelijkheden die voor de onderzoeker onduidelijk zijn, voor de praktijk wel duidelijk zijn. Het gaat daarbij vaak om impliciete kennis die niet in de bestudeerde richtlijnen staat, maar wel aanwezig is bij de betrokken zorgverleners. Dit heeft uiteindelijk geleid tot een overzicht van onduidelijkheden en verschillen in hoofdstuk 5.

## 3. Overzicht verschillende richtlijnen

Voor de zorg rondom cardiovasculair risicomanagement werken verschillende zorgverleners samen. Deze zorg en samenwerking wordt voor Huisartsen Gelderse Vallei en het Ziekenhuis Gelderse Vallei beschreven in verschillende richtlijnen en afspraken:

- Zorgprogramma Cardiovasculair risicomanagement (2019) [12]
- NHG standaard CVRM (2019) [13]
- Werkafspraken ketenzorg VRM huisartsen-diëtisten Gelderse Vallei (2016) [14]
- Regionale Transmurale Afspraken Cardiovasculair Risico Management Gelderse Vallei (2018) [15]
- Landelijke Transmurale Afspraken Cardiovasculair Risicomanagement (2015) [16]
- Richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (2019) [17]
- NHG zorgmodules leefstijl (2015) [18]

Deze richtlijnen en afspraken zijn op verschillende niveaus beschreven, zie figuur 1.




*Figuur 1: Schematische weergave van de samenhang tussen verschillende begrippen. Gebaseerd op de Zorgmodule Voeding [19].*

Centraal in deze documentanalyse staan de regionale richtlijnen en afspraken. Deze zijn veelal gebaseerd op landelijke richtlijnen en afspraken (zie figuur 2).

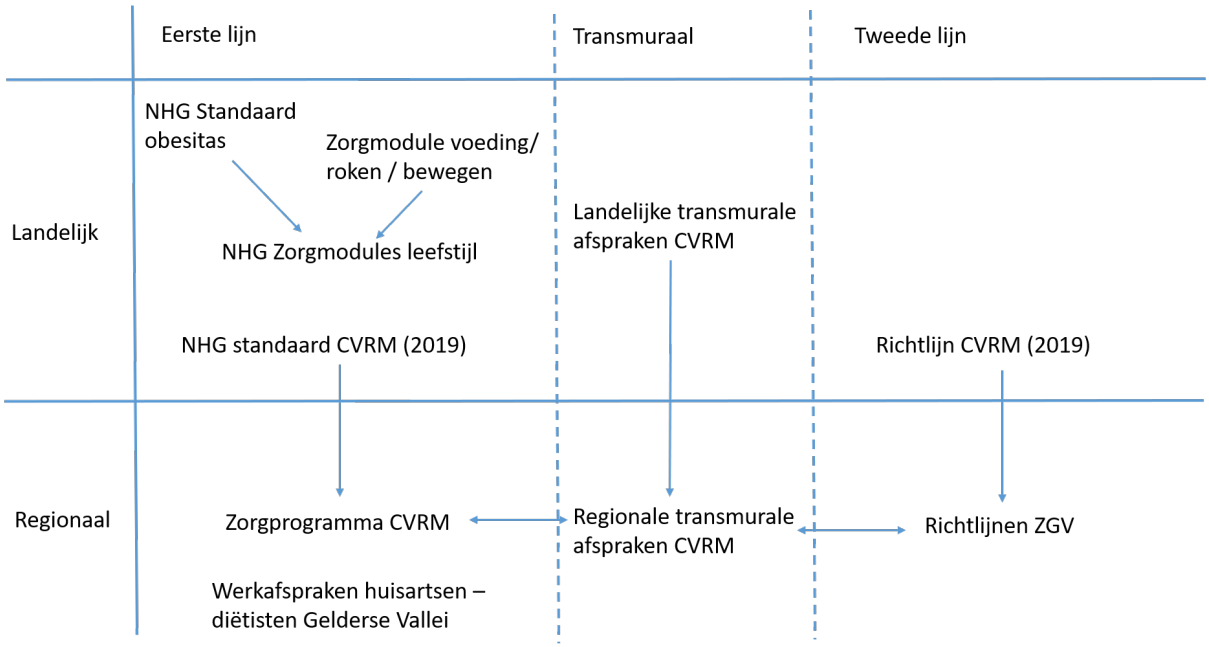
Het **zorgprogramma Cardiovasculair risicomanagement (CVRM)** [12] (zie bijlage 1 voor samenvatting) is ontwikkeld door de werkgroep kwaliteit van Ketenzorg Gelderse Vallei. Het doel van dit zorgprogramma is het ondersteunen van huisartsen bij het opsporen van mensen met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten (HVZ) om deze mensen vervolgens te kunnen behandelen en ondersteunen in het vergroten van hun mogelijkheden tot zelfzorg.

In het zorgprogramma komen de volgende onderdelen aan bod:

- Taken en verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners
- Richtlijnen voor diagnostiek
- Richtlijnen voor beleid
- Follow up
- Registratie
- Kwaliteitsborging.

Het zorgprogramma CVRM[1] is onder andere gebaseerd op de **NHG standaard CVRM 2019** [13].

In het zorgprogramma CVRM wordt het belang van het maken van goede werkafspraken benadrukt. De werkafspraken die zijn gemaakt tussen de Huisartsen Gelderse Vallei en specialisten van het Ziekenhuis Gelderse Vallei zijn beschreven in de **Regionale Transmurale Afspraken Cardiovasculair Risico Management Gelderse Vallei (RTA CVRM)** [15] (zie bijlage 2 voor samenvatting). Bij het maken hiervan is gebruik gemaakt van de **Landelijke Transmurale Afspraken Cardiovasculair Risicomanagement** (LTA CVRM) [16]. Het doel van de RTA is het bevorderen van CVRM zorg in de regio door huisartsen en specialisten. Beschreven zijn de indicaties, procedures en informatieoverdracht bij verwijzingen tussen de eerste en tweede lijn. Dit wordt beschreven voor verschillende patiëntgroepen, zoals patiënten met hypertensie of patiënten met perifeer arterieel vaatlijden (PAV).




*Figuur 2: Overzicht van de verschillende landelijke en regionale richtlijnen en afspraken voor de zorg rondom CVRM in de eerste en tweede lijn.*

Binnen de eerste lijn wordt nauw samengewerkt tussen huisartsen en diëtisten als het gaan om voeding- en dieetadvisering bij patiënten die vallen binnen de ketenzorg CVRM. Afspraken over deze samenwerking in de regio Gelderse Vallei worden beschreven in **de Werkafspraken ketenzorg CVRM huisartsen-diëtisten Gelderse Vallei** [14].

Binnen het **ziekenhuis Gelderse Vallei** wordt gebruik gemaakt van de landelijke richtlijn CVRM [17]. Deze is gelijk aan de NHG-standaard CVRM [13]. Er zijn geen specifieke richtlijnen voor het ziekenhuis Gelderse Vallei gevonden, wel een aantal programma's met aandacht voor leefstijl.

Alle bovengenoemde richtlijnen richten zich op CVRM. Volgens de NHG zorgstandaard is er sprake van CVRM bij zowel mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, zonder een huidige onderliggende ziekte als bij patiënten die al eerder een hart- of vaatziekte hebben (gehad) of diabetes mellitus type 2 (DM2) of reumatoïde artritis (RA) hebben.[13] In het zorgprogramma CVRM wordt expliciet gemeld dat patiënten met DM2 worden geëxcludeerd uit het zorgprogramma, zij vallen onder de keten DM2.[12] In de regionale transmurale afspraken CVRM staat vermeld dat DM2 valt onder de RTA diabetes mellitus. De samenwerkingsafspraken over RA staan wel beschreven in de RTA CVRM.[15]

De zorg voor patiënten met CVRM richt zich onder andere op het bevorderen van een gezonde leefstijl. De **NHG zorgmodules leefstijl** [18] bevatten richtlijnen en samenwerkingsafspraken die huisartsen en zorggroepen kunnen ondersteunen bij leefstijladvisering (alcohol, bewegen, roken en voeding) aan volwassenen. In deze Zorgmodules zijn per leefstijlonderwerp zorgprofielen vastgesteld. Wat houdt de zorg in? En wie verleent deze zorg? Dit begint met uitsluitend zelfmanagement waarbij een patiënt zelf aan de slag gaat met leefstijl (zorgprofiel 1) en eindigt met een gespecialiseerde dieetbehandeling (zorgprofiel 4). In bijlage 3 is een voorbeeld van zorgprofielen met betrekking tot voeding te zien. Ook is er aandacht voor het maken van samenwerkingsafspraken over taakverdeling, (terug)verwijzen, informatieoverdracht en de coördinatie van de zorg. In deze documentanalyse is vooral gekeken naar de taakverdeling en samenwerking binnen de eerste lijn. De details over de inhoud van de leefstijlbegeleiding per onderwerp zijn verder niet bestudeerd.

# 4. Taken en verantwoordelijkheden bij het bevorderen van een gezonde leefstijl binnen de zorg rond CVRM

In de verschillende richtlijnen en afspraken die beschreven staan in hoofdstuk 1 wordt beschreven welke aandacht zorgverleners zouden moeten geven aan leefstijl. Leefstijlverandering is een belangrijk onderdeel van de zorg rondom CVRM. Bijvoorbeeld stoppen met roken heeft een groot effect op het risico op hart- en vaatziekten. Leefstijl is gebaseerd op langdurige gedragspatronen die in stand worden gehouden door de omgeving. Het is daarom lastig om blijvende gedragsverandering te bereiken. Het is daarom belangrijk dat de zorgverlener die verantwoordelijk is voor het bevorderen van een gezonde leefstijl, zich verdiept in redenen voor gedrag en motivatie om te veranderen. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van cognitieve gedragsveranderingsstrategieën, zoals motiverende gespreksvoering en methoden om zelfmanagement te ondersteunen [13]. Een multidisciplinaire benadering wordt nagestreefd door het inschakelen van diëtist, fysiotherapeut, POH GGZ of specialist [12].

Degene die het risicoprofiel opstelt is verantwoordelijk voor het inzetten van de niet-medicamenteuze behandeling, waarbij eventueel een of meer taken gedelegeerd kunnen worden. Belangrijk is dat één zorgverlener aanspreekpunt is voor alle behandelaars en de patiënt. Deze centrale zorgverlener heeft een centrale rol in de totstandkoming en naleving van het individuele zorgplan. Vaak is dit de huisarts, maar deze taak kan overgenomen worden als een andere hulpverlener hoofdbehandelaar wordt, bijvoorbeeld bij opname in het ziekenhuis/ verpleeghuis.
De ondersteuning van de patiënt m.b.t. leefstijl vindt in de huisartsenpraktijk meestal plaats door de praktijkondersteuner. In de tweede lijn door de verpleegkundige [16]. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij de CVRM zorg.

*Tabel 1:Taken en verantwoordelijkheden van het behandelteam CVRM*

| Behandelaar | Taken en verantwoordelijkheden m.b.t. leefstijl | Overige taken en verantwoordelijkheden |
|---|---|---|
| Patiënt | Eigen risicomanagement, leefstijlverandering (stoppen met roken, gezond eten, voldoende bewegen en tijd nemen voor ontspanning) [12] | Indien mogelijk, het uitvoeren en registreren van gevalideerde bloeddrukmetingen thuis. Deelnemen aan de afgesproken periodieke controles [12]. |
| Huisarts | Eindverantwoordelijk voor de niet medicamenteuze behandeling [12].<br>Uitvoeren van een globale inventarisatie van leefstijlfactoren, leefstijl bespreekbaar maken, verduidelijken wat het risico is en aankaarten wanneer gespecialiseerde hulp nodig is [18].<br>Voor individuele voedingsadvisering (bij profiel 3 en 4, zie bijlage 3) verwijst de huisarts naar een diëtist voor advies en begeleiding [14]. | De huisarts is (met de POH) hoofdbehandelaar in het CVRM-behandelteam. Hij/zij geeft continue en integrale zorg aan patiënten die vallen onder de CVRM met aandacht voor de context van deze patiënt. De huisarts is verantwoordelijk voor de medicamenteuze behandeling en tevens (medisch) eindverantwoordelijk voor het hele zorgproces. De huisarts houdt toezicht op de gehele CVRM zorg [12]. |
| Praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) | De POH is verantwoordelijk voor de niet-medicamenteuze behandeling (voorlichting en educatie). De praktijkondersteuner geeft algemene informatie en stelt samen met de patiënt behandeldoelen t.a.v. voeding en leefstijl vast in het IZP. Zij maakt hierbij gebruik van shared decision making **[1, 3]**.<br>De poh begeleidt patiënten naar gedragsverandering en doet follow-up van het gedrag met effecten op de chronische aandoening [18]. | De POH is casemanager van patiënten die vallen onder het CVRM zorgprogramma. De POH doet conform het zorgprogramma voorstellen aan de huisarts voor (aanpassing van de) medicamenteuze behandeling. Ook geeft hij/zij de periodieke controles van deze patiënten vorm (oproepen, nabellen, etc.) [12]. |

| | | |
|---|---|---|
| | Voor individuele voedingsadvisering (bij profiel 3 en 4, zie bijlage 3) verwijst de poh naar een diëtist voor advies en begeleiding [14]. | |
| Praktijkassistente | | De praktijkassistente is verantwoordelijk voor de spreekuurplanning van de huisarts en de POH. Tevens kan zij een rol spelen bij het aanmelden van de geïncludeerde patiënt, het bewaken van de continuïteit en de verwerking van gegevens en uitslagen in het ketenzorgsysteem. De praktijkassistente kan conform werkafspraken in de praktijk het cardiovasculaire risicoprofiel opstellen, controlemetingen uitvoeren en een tussentijdse controle doen. Het uitleggen van gevalideerde thuismeting, het aansluiten van 24-uurs meting en het uitvoeren van 30 minuten metingen is ook een taak van de praktijkassistente. De praktijkassistente legt de uitslag voor aan de POH [12]. |
| Kaderhuisarts | | Is als inhoudelijk expert verbonden aan het zorgprogramma. Hij/zij geeft gevraagd en ongevraagd advies aan het management van Ketenzorg Gelderse Vallei, verzorgt nascholing en kan over patiëntenzorg worden geconsulteerd door huisartsen en POH'ers uit de regio Gelderse Vallei via Portavita. Indien nodig, zal de kaderarts overleggen met een specialist [1215]. |
| Diëtist | De diëtist begeleidt en adviseert ten behoeve van een optimale voedingsstatus van de patiënt. Hij/zij beoordeelt de voedingsstatus en het voedingsschema van patiënten. Daarnaast geeft hij/zij advies m.b.t. gezonde voeding in het kader van CVRM en geeft zo nodig instructies. In samenspraak met de patiënt stelt ze een individueel behandelplan op ter verbetering van de voedingsstatus. Aan de hand van het behandelplan rapporteert de diëtiste de voortgang van de behandeling [12], [14], [18].<br>Bij zorgprofiel 3 en 4 is de diëtist de behandelaar. Bij zorgprofiel 1 en 2 is de diëtist het aanspreekpunt voor de huisartsenpraktijk. Zij kan een rol spelen bij de deskundigheidsbevordering en adviseren over het juiste voorlichtingsmateriaal en passende zelfmanagementtools.<br>Afhankelijk van de competenties en beschikbaarheid van de poh en de complexiteit van zorg, kan de diëtist ook in zorgprofiel 2 een prominente functie hebben [18]. | |
| Apotheker | | Als leverancier respectievelijk zorgverlener levert en bewaakt de apotheker medicatie. Doel van samenwerking bij de CVRM- behandeling is een kwalitatief betere prescriptie, betere voorlichting en daarmee een betere therapietrouw [12]. |
| Fysiotherapeut | Als beweegspecialist kan de fysiotherapeut na verwijzing door de huisarts/POH de patiënt die in het CVRM-zorgprogramma zit, helpen conditie of | |

| | | |
|---|---|---|
| | spierkracht te verbeteren, individueel of in een beweegprogramma. Fysiotherapeuten zijn vaak ook goed op de hoogte van lokale (gratis) beweeginitiatieven, en kunnen patiënten hierin op weg helpen [12], [18]. | |
| Oefentherapeut | Ontwikkelen en stimuleren van bewegingsgedrag en het geven van houdings- en beweegadviezen [18]. | |
| Leefstijlcoach | Begeleiding (2 jaar) van volwassenen binnen een gecombineerde leefstijl interventie. Begeleiding richt zich op leefstijl, gezonder eten en duurzame gedragsverandering [12]. | |
| Specialist | Inzetten van (niet)-medicamenteuze behandeling. Eindverantwoordelijk voor de zorgverlening in de tweede lijn [16]. | Volgen van werkafspraken volgens de regionale transmurale afspraak [15]. |
| Verpleegkundige | Ondersteuning van de patiënt m.b.t. leefstijl in de tweede lijn [16]. | |

In de landelijke transmurale afspraken CVRM [16] wordt aanbevolen om de volgende punten af te stemmen tussen de eerste en de tweede lijn:

• wie begeleidt de patiënt m.b.t leefstijl?

• stoppen met roken: wie gaat daar mee aan de slag, eventueel terugverwijzen van tweede lijn naar eerste lijn?

• alcoholgebruik: hoe wordt dit aangekaart, (terug)verwijzen?

• gewichtsbeheersing en beweegadviezen: wie zorgt voor verwijzing diëtiste, uitwisselen van lokale beweegprogramma's?

• wie geeft welke voorlichting, van welke voorlichtingsmaterialen maakt men gebruik en komen deze tussen de beroepsgroepen overeen?

# 5. Aandacht voor leefstijl binnen de eerste lijn

Aandacht voor cardiovasculair risicomanagement start vaak in de eerste lijn. Als start van de zorgverlening wordt vastgesteld binnen welke risicocategorie een patiënt valt. Vervolgens wordt een niet-medicamenteuze behandeling ingezet, zo nodig aangevuld door een medicamenteuze behandeling. De huisarts is eindverantwoordelijk voor de gehele CVRM zorg, maar delegeert de niet-medicamenteuze behandeling vaak aan de praktijkondersteuner. Meestal kan de eerste lijn de patiënt voldoende begeleiden. Op verschillende momenten in het zorgproces kan de huisarts de patiënt doorverwijzen naar de tweede lijn.
In de verschillende richtlijnen wordt aangegeven wat er op welk moment in het proces door wie dient te gebeuren. Dit is overzichtelijk weergegeven in tabel 2.

*Tabel 2: Overzicht van de CVRM zorg m.b.t. leefstijl in de eerste lijn*

| Fase in de zorgverlening | Zorg-verlener | Bij welke patiënten | Op welke manier |
|---|---|---|---|
| Anamnese | Huisarts en evt assistente | Bij mensen met een vermoedelijk verhoogd risico [13]. | Bij de anamnese wordt naast het verrichten van lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek ook gevraagd naar roken, voeding, psychosociale risicofactoren, alcoholgebruik en lichamelijke activiteit [12], [13], [18]. Daarbij is het van belang te vragen in hoeverre de patiënt zijn leefstijl als een probleem ervaart [18]. |
| Vaststellen risicocategorie | Huisarts | Bij (zeer) hoog risico → inclusie in het zorgprogramma CVRM [12]. | Bij het vaststellen van de risicocategorie kijkt de huisarts naar bestaande morbiditeit en risicofactoren (geslacht, leeftijd, roken, bloeddruk en cholesterolgehalte) [13]. |
| Inventariseren, exploreren en informeren | POH/huisarts | Na inclusie in het zorgprogramma CVRM | Er wordt gevraagd in hoeverre de patiënt overweegt om één of meer leefstijlfactoren aan te pakken. Vervolgens geeft de poh relevante informatie over zijn aandoening, het begrip cardiovasculair risico, de risicofactoren, de behandelingsmogelijkheden en de verwachte effecten. De patiënt moet ook weten welke aanpak van risicofactoren voor hem de meeste winst zal opleveren [16], [18]. |
| Doelen stellen | POH | Na inclusie in het zorgprogramma CVRM | Stelt samen met de patiënt behandeldoelen t.a.v. voeding en leefstijl. Zij maakt hierbij gebruik van shared decision making en motiverende gespreksvoering om zo te komen tot concrete, haalbare doelen [12,13,16], [18]. De doelen moeten in kleine stappen kunnen worden bereikt [13] en worden vastgelegd in het individueel zorgplan [12].<br>De doelen kunnen zich richten op verschillende aspecten: stoppen met roken, beweeg- en voedingsadviezen [12,13,15,16], verminderen van psychosociale stress [12,13] en verminderen van alcoholconsumptie [12,16]. Daarbij wordt stoppen met roken als meest effectief gezien [12]. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | Ook wordt samen met de patiënt bepaald welk zorgprofiel het beste past [18]. |
| Interventies vaststellen (niet-medicamenteus) | POH | Na inclusie in het zorgprogramma CVRM | Na het vaststellen van de doelen worden samen met de patiënt interventies gekozen die zijn afgestemd op de behoeften, wensen en doelen [12].<br>Afspraken over uit te voeren acties en verantwoordelijkheden worden vastgelegd in het individueel zorgplan [12], [18]. |
| Uitvoering | POH | Na het stellen van doelen en interventies in het IZP | De Poh geeft algemene voedingsadviezen [12].<br>De praktijkondersteuner geeft algemene voedingsadviezen op basis van de richtlijn goede voeding [20] en voedingsinformatie aan de hand van thuisarts.nl (bij profiel 1 en 2, zie bijlage 3)[12,13].<br>Bij het geven van voorlichting over leefstijl is het gebruiken van motiverende gespreksvoering [13,16] en methoden om zelfmanagement te bevorderen belangrijk [12,13].<br>De POH heeft hierbij ook voorlichtingsmateriaal nodig [12].<br>Huisartsen hebben uitgebreid voorlichtingsmateriaal over CVRM ter beschikking, dat in samenwerking met patiëntenverenigingen tot stand is gekomen [16]. |
| Evaluatie | Huisarts of POH | Streefdoelen gehaald → POH.<br>Streefdoelen niet gehaald → huisarts [12]. | Monitoren van de behandeldoelen.<br>Bij de controles wordt naast fysiologische parameters ook gevraagd naar rookgedrag, bewegen, voeding, alcohol, gewicht en mate van stress [12]. |
| Doorverwijzen diëtist | Zorgverlener | Als de poh onvoldoende kennis en vaardigheden heeft voor begeleiding van behandeldoel op het gebied van voeding.<br>Patiënten waarbij na 6 maanden de doelen onvoldoende behaald zijn [12,14].<br>Voor individuele voedingsadvisering en behandeling bij patiënten met profiel 3 of 4 (zie bijlage 3) [14], [18]. | De huisarts/POH verwijst in het kader van het zorgprogramma VRM altijd via het keteninformatiesysteem Portavita (aanvraag voedingsadvies). Alle contacten worden binnen 14 dagen geregistreerd in Portavita [14]. |
| Rapportage | Diëtist | Bij patiënten die zijn doorverwezen naar de diëtiste | Rapportage in Portavita voor de huisarts/poh:<br>- Behalen doelen<br>- Signaleren complicaties<br>- Vastlopen behandeling<br>- Doorstoom leefstijl interventie programma [14] |
| Doorverwijzen fysiotherapeut/ oefen-therapeut | Zorgverlener | Patiënten met overgewicht of patiënten die onvoldoende bewegen of problemen hebben met bewegen [12].<br>Patiënten met PAV [15].<br>Patiënten met matige motivatie, bewegingsangst of onveilig om zelfstandig te bewegen [16]. | Volgens de richtlijn Informatie-uitwisseling gegevens huisarts en fysiotherapeut |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Doorverwijzen POH GGZ/ psycholoog | Zorgverlener | Patiënten met psychosociale problemen/risicofactoren, patiënten die moeite hebben met het omgaan met de ziekte of patiënten met weerstand om hun leefstijl te veranderen [12] of patiënten met problematisch alcoholgebruik of ernstige rookverslaving [18]. | - |
| Doorverwijzen naar Leefstijlcoach | Zorgverlener | Mensen bij wie één of meerdere risicofactoren voor HVZ aanwezig zijn en in aanmerking komen voor een gecombineerde leefstijl interventie [12].<br>Bij patiënten met overgewicht en obesitas wordt een gecombineerde leefstijlinterventie aangeraden [16]. | Voedingsadviezen, bewegen en zo mogelijk (cognitieve) gedragstherapie [16]. |
| Doorverwijzen naar specialist | Zorgverlener | Diagnostische problemen of het niet bereiken van behandeldoelen [12].<br>Bij hypertensie: als de verwijzing naar de diëtiste voor evaluatie en beperking van zoutinname niet het gewenste resultaat heeft.<br>Bij hyperlipidemie: in het geval van overmatig alcoholgebruik moet eerst de oorzaak worden aangepakt, voordat een patiënt naar de specialist wordt doorverwezen.<br>Bij PAV: blijvende klachten of duidelijke subjectieve invalidering ondanks gesuperviseerde looptraining na 6 maanden, een indicatie is voor doorverwijzing [15]. | Informatie overdracht vindt plaats volgens de HASP (huisarts-specialist) richtlijnen van het NHG. Daarin staat mbt leefstijl dat in het verwijsbericht van de huisarts en in het ontslagbericht van de specialist, in het onderdeel dossier samenvatting eventueel risicovol leefgedrag vermeld kan worden.<br>Niet acute situatie: Huisarts stuurt een brief via Zorgdomein. Per patiëntengroep wordt aangegeven welke gegevens in de brief moeten. In het geval van hypertensie, hyperlipidemie, PAV en AAA wordt specifiek aangegeven dat ook de ingezette niet-medicamenteuze maatregelen en hun resultaat in de verwijsbrief aangegeven moeten worden [15]. |
| Na terug-verwijzing vanuit de tweede lijn | Huisarts of POH | | De huisartsenpraktijk zorgt dat de patiënt binnen drie maanden wordt opgeroepen voor het maken van afspraken over de verdere controles op het CVRM spreekuur.<br>Bij AAA en TIA / CVA neemt de huisarts/poh binnen twee weken na ontvangst van de verwijzing contact op met de patiënt.<br>Bij myocardinfarct: de huisarts / POH neemt na ontvangst van de ontslagbrief na opname contact op met de patiënt. Dit om het beloop te volgend en waar nodig onduidelijkheden voor de patiënt te bespreken met de behandelend cardioloog [15]. |

In de eerste lijn worden leefstijladviezen gegeven. Deze adviezen zijn in de verschillende richtlijnen in verschillende mate concreet gemaakt en soms gespecificeerd per ziektebeeld. De verschillende leefstijladviezen in de verschillende richtlijnen worden weergegeven in tabel 3.

*Tabel 3: leefstijladviezen per onderwerp in de verschillende richtlijnen voor de eerste lijn (met soms specifieke adviezen voor bepaalde HVZ)*

| Onder-werp | Zorgprogramma CVRM [12] | | | | RTA [15] | | | | NHG standaard CVRM [13] | NHG zorgmodules leefstijl [18] | LTA [16] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CVRM algemeen | Te hoog LDL-cholesterol | Hypertrigly-ceridemie | Verhoogde bloeddruk | CVRM algemeen | Hypertensie | Hyperlipidemie | PAV | CVRM algemeen | | CVRM algemeen |
| Roken | Stoppen met roken | | | | Stoppen met roken | Stoppen met roken | Stoppen met roken | | Stoppen met roken en meeroken | Stoppen met roken | Stoppen met roken |
| Voeding | Gezonde voeding | Inname plantaardige sterolen | Verminderen koolhydraat-rijke voeding | Meer fruit en groenten | Gezonde voeding | Gezonde voeding | Gezonde voeding | | Gezonde voeding: schijf van vijf | Richtlijnen goede voeding [20] | Richtlijn Gezonde voeding |
| | | Inname vezelrijke voeding | | Zoutbeperking | | Zoutbeperking | | | geen supplementen met rodegistrijst | | |
| | | Verminderde inname verzadigd vet en transvetten | Inname omega 3 vetzuren 3-4 gram/dag | Minder verzadigd vet en cholesterol | | Stop dropgebruik | | | geen visolie supplementen | | |
| Bewegen | Bewegen | | Verhoging fysieke activiteiten | Regelmatige lichamelijke activiteit | Bewegen | Lichaams-beweging | Lichamelijke activiteit | Door fysiotherapie gesuper-viseerde looptraining | 150 min per week matig intensief<br>Twee keer per week spier- en botversterkende activiteiten<br>Ouderen: balansoefeningen<br>Voorkomen van veel zitten.<br>Bij PAV: Door fysiotherapie | Dagelijks min halfuur matig intensief bewegen, min 5 dagen per week<br>Ouderen: Dagelijks min halfuur matig intensief bewegen, min 5 dagen | 5 dagen per week 30 min per dag matig intensief bewegen. Bij mensen met obesitas of manifeste HVZ wordt 60 min per dag aanbevolen |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | gesuperviseerde looptraining | per week, liefst 7 dagen per week. Chronisch zieken: maatwerk | |
| Stress | Verminderen stress | | | | | Stress verminderen | Stress verminderen | | | | |
| Alcohol | Verminderen alcohol-inname | | Verminderen alcohol-inname | | | Beperking alcohol | Beperking alcohol | | | vrouwen max 1 glas alcohol per dag, mannen max 2 glazen alcohol per dag. | vrouwen max 1-2 glazen alcohol per dag, mannen max 2-3 glazen alcohol per dag. |
| Gewicht | | Bij overgewicht/ obesitas: werken aan gewichts-reductie | Verminderen overmatig lichaams-gewicht | | | Afvallen | Gewichts-beheersing | | | | |

# 6. Aandacht voor leefstijl binnen de tweede lijn

Patiënten met acute hart- en vaatziekten of patiënten die worden doorverwezen door de huisarts wegens diagnostische of therapeutische problemen, komen terecht in de tweede lijn. In de NHG standaard CVRM wordt aangegeven dat het ook in de tweede lijn van belang is om na opname gelijk te starten met preventieve maatregelen om recidief te voorkomen. Daarbij zijn naast de medicamenteuze behandelingen leefstijladviezen van groot belang [13]. In de tweede lijn is de specialist eindverantwoordelijk voor de behandeling rondom CVRM. De niet-medicamenteuze behandeling wordt vaak aan de verpleegkundige gedelegeerd. Op verschillende momenten in het zorgproces kan de specialist de patiënt terugverwijzen naar de eerste lijn.
In de verschillende richtlijnen wordt aangegeven wat er op welk moment in het proces door wie dient te gebeuren. Dit is overzichtelijk weergegeven in tabel 4.

*Tabel 4: Overzicht van de CVRM zorg m.b.t. leefstijl in de tweede lijn*

| Fase in de zorgverlening | Zorgverlener | Bij welke patiënten | Op welke manier |
|---|---|---|---|
| Anamnese | Specialist | Patiënten met acute hart- en vaatziekten of patiënten die worden doorverwezen door de huisarts [15]. | |
| Diagnose | Specialist | | |
| Doelen | Specialist of verpleeg-kundige [16] | | Voor het aanpassen van de leefstijl en het voedingspatroon worden in samenspraak met de patiënt concrete, haalbare doelen geformuleerd. Hoe de patiënt daarbij het beste ondersteund kan worden, hangt af van de behoefte van de patiënt en de regionale mogelijkheden [16]. |
| Interventies (niet-medicamen-teus) | Specialist of verpleeg-kundige [16] | | De arts zou de patiënt moeten motiveren om de richtlijnen van gezonde voeding op te volgen. Dit veronderstelt ook een gestructureerde samenwerking met een diëtiste [16]. Het verbeteren van lifestyle door in ieder geval zo nodig stoppen met roken, aanpassen van voeding en verbeteren van bewegen is wezenlijk onderdeel van elke behandeling. Dit wordt concreet benoemd bij hyperlipidemie, myocardinfarct en PAV [15]. |
| Uitvoering | Verpleeg-kundige [16] | | In de tweede lijn gebruikt men eigen voorlichtingsmateriaal of materiaal van patiëntorganisaties. Soms ook folders die direct van de farmaceutische industrie komen. Deze laatste worden afgeraden [16]. |
| Evaluatie | Specialist of verpleeg-kundige [16] | | |
| Doorverwijzen naar hartfalen revalidatie-programma [13,16]. | Specialist | patiënten opgenomen voor een acuut myocardinfarct, een percutane coronaire interventie (PCI) of bypass operatie (CABG) en patiënten met hartfalen [13]. | De programma's richten zich naast de lichamelijke revalidatie ook op gedragsverandering. Na het revalidatieprogramma blijft aandacht voor gedragsverandering noodzakelijk om terugval te voorkomen 13. |
| Doorverwijzen naar revalidatie-programma [16] | | Patiënten met een beroerte [16] | |
| Doorverwijzen naar | | Patiënten met PAV[4] Patiënten met matige motivatie, | Gesuperviseerde looptraining [16] of een beweegprogramma [13]. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| fysiotherapeut [13] | | bewegingsangst of onveilig om zelfstandig te bewegen [16] | |
| Doorverwijzen naar gecombi-neerde leefstijl-interventie [16] | | Patiënten met overgewicht / obesitas [16] | **voedingsadviezen, bewegen en zo mogelijk (cognitieve) gedragstherapie [16].** |
| Terug-verwijzen naar de huisarts | | Voor stoppen met roken of lokale beweegprogramma's [16].<br>Zodra mogelijk wordt CVRM overgedragen aan de huisartsenpraktijk [15]. | Bij overdracht CVRM van tweede naar eerste lijn wordt hiervan expliciet melding gemaakt in de afsluitende brief; Informatie overdracht vindt plaats volgens de HASP (huisarts-specialist) richtlijnen van het NHG.<br>De huisarts ontvangt uiterlijk één week na het laatste polibezoek (bij AAA is dit uiterlijk twee weken) een brief met alle diagnostische en therapeutische bevindingen. Bij myocardinfarct en TIA/CVA wordt daarbij melding gemaakt van ingezette niet medicamenteuze behandeling en bij myocardinfarct de inzet van hartrevalidatie en het resultaat hiervan. Bij de overige aandoening wordt leefstijl niet benoemd [15]. |

Patiënten opgenomen voor een acuut myocardinfarct, patiënten die gedotterd zijn (PCI), patiënten die een bypass operatie (CABG) hebben gehad en patiënten met hartfalen worden door de cardioloog doorverwezen naar het hartrevalidatieprogramma van het Ziekenhuis Gelderse Vallei [15,21]. Het programma start met een intake gesprek. Tijdens dit gesprek stelt de verpleegkundige samen met de patiënt doelen op. Aan de hand hiervan wordt een programma op maat aangeboden. Dit programma kan de volgende onderdelen bevatten: Informatiebijeenkomsten, revalidatietraining, individuele begeleiding en een leefstijlcursus. Bij het hartrevalidatieprogramma zijn verschillende professionals betrokken. In tabel 5 staat een overzicht van de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners.

*Tabel 5: Overzicht van de verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij het hartrevalidatieprogramma van het Ziekenhuis Gelderse Vallei .*

| Discipline | Verantwoordelijkheid |
|---|---|
| Verpleegkundig coördinator | Contactpersoon rondom het revalidatieproces<br>Intakegesprek<br>Behandelplan met individuele doelen opstellen<br>Mogelijkheid tot begeleiding via E-zorg<br>Eindgesprek met verslag naar cardioloog en huisarts[21] |
| Fysiotherapeut | Informatie over de revalidatietraining, uitleg belang van bewegen bij hartaandoeningen geven tijdens informatiebijeenkomst<br>Revalidatietraining 2-3x per week: begeleiding verbeteren van conditie, kennen van lichamelijke grenzen, zelfvertrouwen [21]<br>Informatie geven na het revalidatietraject om te blijven bewegen: geeft gegevens door over buurtsportcoaches en waar je verder kan trainen (www.beweegzoeker.nl). [22] |
| Buurtsportcoach (via fysio) | Begeleiding in het zoeken naar geschikte sportactiviteit in betreffende gemeente [22] |
| Cardioloog | Medische informatie over het hart geven tijdens informatiebijeenkomst [21] |
| Diëtist | Informatie over de rol van voeding bij hartaandoeningen tijdens informatiebijeenkomst [21] |
| Medisch maatschappelijk werker | Informatie over emotionele verwerking en adviezen over het omgaan met de hartaandoening in het dagelijks leven geven tijdens informatiebijeenkomst [21] |
| Medisch psycholoog | Informatie over de relatie tussen leefstijl, persoonlijkheid, stress en hartaandoeningen geven tijdens informatiebijeenkomst<br>Leefstijlcursus in kleine groep;. Gedeeltelijk met en zonder partner.<br>Individuele begeleiding rondom leefstijl. [21] |

In de tweede lijn worden leefstijladviezen gegeven. Deze adviezen in de regionale transmurale afspraken zijn gespecificeerd per ziektebeeld [15]. Daarnaast worden in de folder 'Richtlijnen na ontslag hartinfarct' leefstijladviezen gegeven aan patiënten met een hartinfarct [23]. De verschillende leefstijladviezen worden weergegeven in tabel 6.

*Tabel 6: overzicht aandacht voor leefstijl in de tweede lijn bij hyperlipidemie, myocardinfarct en PAV*

| **Onderwerp** | **RTA [15]** | | | | **Richtlijnen na ontslag [23]** |
|---|---|---|---|---|---|
| | **CVRM algemeen** | **Hyperlipidemie** | **Myocardinfarct** | **PAV** | **Myocardinfarct** |
| Leefstijl algemeen | | Aanpassing van niet medicamenteuze therapie | | | |
| Roken | Stoppen met roken | | Leefstijlcursus: hulp bij leefstijlaanpassing[24] | | Onder geen enkele voorwaarde |
| Voeding | Gezonde voeding | | Leefstijlcursus: hulp bij leefstijlaanpassing [24] | | Gevarieerde, gezonde voeding zonder al te veel vet en zout |
| Bewegen | Bewegen | | Leefstijlcursus: hulp bij leefstijlaanpassing [24]<br>Revalidatieprogramma onder begeleiding van fysiotherapeut [21] | Gesuperviseerde looptraining | Bewegen en sporten rustig opbouwen |
| Stress | | | Leren omgaan met stress d.m.v. leefstijlcursus [24] | | |
| Alcohol | | | | | Max 1 glas per dag, liefst niet dagelijks |

# 7. Onduidelijkheden en verschillen

In hoofdstuk 2 t/m 4 wordt beschreven hoe zorgverleners in de eerste en tweede lijn patiënten met een verhoogd risico op HVZ dienen te begeleiden in het verbeteren van hun leefstijl. Uit deze analyse wordt duidelijk wat de taken en verantwoordelijkheden zijn van de verschillende zorgverleners en welke afspraken zij gemaakt hebben. Bij het maken van de schema's over taken en verantwoordelijkheden, de schema's over de zorgverlening en de leefstijladviezen, bleek dat er soms onduidelijkheden waren binnen één document of verschillen tussen de documenten. Hieronder worden deze onduidelijkheden en verschillen vermeld.

## Algemeen

- De inhoud van de leefstijladviezen varieert tussen de verschillende richtlijnen. Bij verhoogde bloeddruk bijvoorbeeld wordt in het zorgprogramma CVRM meer groente en fruit, zoutbeperking en minder verzadigd vet en cholesterol geadviseerd. In de RTA wordt gezonde voeding, zoutbeperking en het stoppen van dropgebruik geadviseerd. De vraag is of dit daadwerkelijk verschillende adviezen zijn, zo ja waarom, of dat het enkel door verschil in taalgebruik is. Het zou hoe dan ook tot verwarring kunnen leiden. Uit de literatuur blijkt dat het belangrijk is om een eenduidige boodschap te geven aan de patiënt.
- De afspraken die worden geadviseerd in de LTA over leefstijlbegeleiding worden niet uitgewerkt in de RTA.

  Eerste lijn
- In de RTA wordt de follow-up in de eerste lijn niet beschreven voor PAV en ouderen.
- In de verwijsbrief van de huisarts naar de specialist kan eventueel risicovol leefgedrag vermeld worden. De vraag is in hoeverre dit gebeurt.
- Alleen in het geval van hypertensie, hyperlipidemie, PAV en AAA wordt specifiek aangegeven dat ook de ingezette niet-medicamenteuze maatregelen en hun resultaat in de verwijsbrief voor de specialist aangegeven moeten worden. Bij andere ziektebeelden wordt dit niet genoemd.

  Tweede lijn
- Vanuit de bestudeerde richtlijnen was het niet mogelijk om in alle onderdelen van het zorgproces in de tweede lijn helder te krijgen welke zorgverlener welke begeleiding rond leefstijl geeft. De meeste informatie die wel werd gevonden staat in de LTA en niet in de RTA.
- In de tweede lijn is het onduidelijk wanneer gestart wordt met de niet medicamenteuze behandeling.
- De rol van de diëtiste in de tweede lijn is onduidelijk.
- In de RTA wordt bij de zorgverlening in de tweede lijn niet altijd de begeleiding rondom leefstijl specifiek benoemd, terwijl in de inleiding wordt gezegd dat leefstijl een belangrijk onderdeel is van de behandeling.
- Het is onduidelijk of de tweede lijn inzicht heeft in de voorgeschiedenis van een patiënt op het gebied van leefstijl als hierover niks staat in de verwijsbrief, bijvoorbeeld via het EPD.
- Bij myocardinfarct en TIA/CVA wordt in de afsluitende brief van de specialist melding gemaakt van ingezette niet medicamenteuze behandeling en bij myocardinfarct de inzet van hartrevalidatie en het resultaat hiervan. Bij de overige aandoeningen wordt leefstijl niet benoemd.

## 8. Conclusie en aanbevelingen

Uit de bestudeerde documenten wordt duidelijk dat leefstijlbegeleiding belangrijk is bij patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Ook wordt duidelijk dat de begeleiding rondom leefstijl samenwerking vereist tussen verschillende zorgverleners. Daarbij is het belangrijk dat er goede afspraken zijn rondom taken, verantwoordelijkheden en de aanpak van de leefstijlbegeleiding, zodat patiënten een eenduidige heldere boodschap krijgen en er geen patiënten tussen wal en schip raken.

Uit deze documentanalyse blijkt dat in de richtlijnen die worden gebruikt voor de CVRM zorg veel afspraken zijn vastgelegd tussen de verschillende betrokken zorgverleners. De taken en verantwoordelijkheden zijn meestal duidelijk beschreven en zo niet, voor de betrokken zorgverleners wel duidelijk. De communicatie tussen de verschillende zorgverleners, zowel binnen als tussen de eerste en tweede lijn is op papier niet helder genoeg beschreven. Het is hierdoor onduidelijk of alle betrokken zorgverleners op de hoogte zijn van de leefstijlbegeleiding die geboden wordt in zowel de eerste als tweede lijn.

### Aanbevelingen

**Vanuit de vastgestelde onduidelijkheden en verschillen worden de volgende aanbevelingen gedaan:**

1. Betrokkenen bij het opstellen van de verschillende richtlijnen wordt aanbevolen om tot overeenstemming te komen over leefstijladviezen rondom CVRM. Doel is om te komen tot eenduidige, concrete adviezen die overeenkomen in de verschillende richtlijnen en afspraken. Als basis voor deze adviezen wordt aanbevolen om bijvoorbeeld de landelijke richtlijn Goede Voeding[20] en de Beweegrichtlijnen[25] aan te houden.
2. In de regionale transmurale afspraken zou meer aandacht moeten komen voor het bevorderen van een gezonde leefstijl:
    a. Taakverdeling: wie begeleidt de patiënt m.b.t. leefstijl en wie verwijst door naar bijvoorbeeld de diëtiste of de fysiotherapeut, wat is hierin de rol van de tweede lijn (specialist, verpleegkundige, diëtist, fysiotherapeut).
    b. Communicatie: zowel in de verwijsbrief van de eerste naar de tweede lijn, als in de afsluitende brief van de tweede naar de eerste lijn, aandacht voor gedrag(sverandering). Dit kan door risicovol leefgedrag te benoemen en altijd de ingezette niet-medicamenteuze behandeling en het resultaat hiervan te benoemen.
    c. Voorlichtingsmaterialen: van welke voorlichtingsmaterialen maakt men gebruik en komen deze overeen tussen de verschillende zorgverleners.
3. In deze documentanalyse is beschreven hoe het bevorderen van een gezonde leefstijl zou moeten gaan. Het zou interessant zijn om te onderzoeken waar zorgverleners tegenaan lopen bij het bevorderen van een gezonde leefstijl binnen de CVRM zorg.

# Literatuurlijst


1. RIVM. *Toekomst Verkenning 2018 Een gezond vooruitzicht*. (2018).
2. VWS. *Nationaal Preventieakkoord - naar een gezonder Nederland*. (2018).
3. Meijering, M, van Blerck-woerdman A, Braat D, Carter E, Groot W, Mackenback J, et al. *Zorg voor je gezondheid ! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2010).
4. VWS. *Kamerbrief: preventie in het zorgstelsel: van goede bedoelingen naar het in de praktijk ontwikkelen van resultaten*. (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016).
5. Witkamp, Renger; Navis, G. B. J. et al. *Kennissynthese voeding als behandeling van chronische ziekten*. (2017).
6. Van de Glind, I. M. Making the connection Implementing lifestyle interventions in healthcare. (Radboud Universiteit Nijmegen, 2016).
7. Van de Glind, I., Heinen, M. & van Achterberg, T. *Een pas op de plaatst - Implementatie van leefstijlinterventies in de patiëntenzorg*. *IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare* (2013).
8. Nederlandse Diabetes Vereniging. Huisarts wijst te weinig op nadelen diabetesmedicatie. (2018).
9. Brug, J., Van Assema, P. & Lechner, L. *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering - Een planmatige aanpak*. (Van Gorcum, 2017).
10. Bartholomew Eldrigde, L. K. *et al. Planning Health Promotion Programs - An Intervention Mapping Approach*. (Wiley, 2016).
11. Baarda, D.B., De Goede, M.P.M., Teunissen, J. *Basisboek kwalitatief onderzoek*. (Wolters-Noordhoff, 2005).
12. Alikhil, Q., Bos, D., Ingargiola, W., Kooten, H. Van & Pekkeriet, B. *Zorgprogramma CVRM*. (Ketenzorg Gelderse Vallei, 2019).
13. Nederlands Huisarts Genootschap. *NHG-standaard cardiovasculair risicomanagement*. (2019).
14. Alikhil, Q. & M. C. *Werkafspraken ketenzorg VRM huisartsen-diëtisten Gelderse Vallei*. (Ketenzorg Gelderse Vallei, 2016).
15. Vallei, H. G. V. & Z. G. *Regionale transmurale afspraken Cardiovasculair Risico Management*. (2018).
16. Boomsma, L. *et al. Landelijke Transmurale Afspraak Cardiovasculair Risicomanagement*. (2015).
17. Federatie Medisch Specialisten. *Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement*. (2019).
18. NederlandsHuisartsGenootschap. *NHG-Zorgmodules Leefstijl*. (2015).
19. Nederlande Vereniging van Dietisten. *Zorgmodule Voeding*. *Amsterdam* (2012).
20. Gezondheidsraad. *Richtlijnen goede voeding 2015*. (2015).
21. Ziekenhuis Gelderse Vallei. *Hartrevalidatie ZGV*. (2019).
22. Ziekenhuis Gelderse Vallei. *Sport en bewegen na hartrevalidatie*. (2019).
23. Ziekenhuis Gelderse Vallei. *Richtlijnen na ontslag*. (2019).
24. Ziekenhuis Gelderse Vallei. *Leefstijlcursus hartrevalidatie*. (2018).
25. Bron, B. *et al. Beweegrichtlijnen*. (RIVM, 2017).

# Bijlage 1: Zorgprogramma Cardiovasculair risicomanagement (CVRM)

Het zorgprogramma Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) [12] heeft als doel de behandeling en begeleiding van patiënten met een zeer hoog en een hoog risico op sterfte t.g.v. HVZ te optimaliseren en de kwaliteit van zorg voor deze doelgroepen te verbeteren in de regio Gelderse Vallei.

*De uitgangspunten van het zorgprogramma zijn:*

1. De patiënten met verhoogd risico op HVZ worden -conform CVRM richtlijn- in kaart gebracht en eenduidig geregistreerd.
2. Aan de hand van het totale cardiovasculaire risico wordt een behandeling ingezet die afgestemd is op de behoeften, wensen en doelen van de patiënt, in een tempo en op een wijze die bij de patiënt past.
3. De zorg vindt geprotocolleerd en gestructureerd plaats, waarbij taakdelegatie en eenduidige werkafspraken belangrijke randvoorwaarden zijn.
4. Een niet-medicamenteuze behandeling in de vorm van leefstijladvies wordt bij ieder risico op HVZ gegeven. Begeleiding van de leefstijl kan ook overwogen worden. Deze niet-medicamenteuze behandeling kan gericht zijn op: niet roken, bewegen, voeding, alcoholgebruik, gewicht en stress.
Een medicamenteuze behandeling wordt naast een leefstijladvies/-begeleiding meestal gegeven aan patiënten met een zeer hoog risico en wordt overwogen bij mensen met een hoog risico op hart- en vaatziekte.
5. Zelfmanagement is een belangrijk onderdeel van het zorgprogramma.
6. Er wordt gebruikt gemaakt van een individueel zorgplan waarin heldere persoonlijke behandeldoelen afgesproken zijn.
7. Multidisciplinaire benadering wordt nagestreefd door op indicatie inschakelen van diëtiste, fysiotherapeut, POH GGZ of specialist.

*De reis van de patiënt*

Bij het zorgprogramma CVRM staat de patiënt centraal. De huisarts includeert de patiënt in het zorgprogramma op basis van het risicoprofiel van de patiënt. Vervolgens maakt de zorgverlener samen met de patiënt een individueel zorgplan. Hierin worden doelen en afspraken vastgelegd. 1-4 keer per jaar vinden controles plaats door de poh, huisarts of de assistente. Zo nodig kan de patiënt worden doorverwezen naar de diëtiste, fysiotherapeut, poh ggz, psycholoog, leefstijlcoach of specialist. In figuur 3 wordt een overzicht gegeven van de verschillende stappen in het zorgprogramma CVRM waarin de rol van de verschillende zorgverleners wordt aangegeven.

*Inclusie in het zorgprogramma*

In het zorgprogramma wordt beschreven hoe de huisarts een risicocategorie kan vaststellen bij een patiënt. Bij het vaststellen van de risicocategorie wordt naast het verrichten van lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek ook gevraagd naar roken, voeding, psychosociale risicofactoren, alcoholgebruik en lichamelijke activiteit. Op basis van bestaande morbiditeit of risicofactoren kunnen patiënten in een categorie worden ingedeeld (figuur 2). Voor patiënten die vanwege bestaande morbiditeit of risicofactoren niet automatisch in een van de
risicocategorieën kunnen worden ingedeeld, kan het risico kwantitatief geschat worden met een
risicoscoresysteem. In deze SCORE-risicotabel wordt gekeken naar geslacht, leeftijd, roken, bloeddruk en cholesterolgehalte (zie NHG standaard CVRM [13]). Patiënten met een (zeer) hoog risico op ziekte of sterfte door HVZ of patiënten die al een medicamenteuze behandeling krijgen i.v.m. hypertensie of hypercholesterolemie, worden geïncludeerd in het zorgprogramma CVRM (aangegeven in rood en geel in figuur 2).
Afhankelijk van de werkafspraken in de praktijk kan de praktijkassistente een rol spelen in het maken van het risicoprofiel.

| | |
|---|---|
| **Zeer hoog risico** *(leefstijladvies aangewezen; medicamenteuze therapie meestal aangewezen)* | Personen die vallen in een van de volgende categorieën:<br>• Eerder vastgestelde hart- of vaatziekte, waaronder acuut coronair syndroom, angina pectoris, coronaire revascularisatie, TIA of beroerte, symptomatische aorta-iliofemorale atherosclerose, aorta-aneurysma, claudicatio intermittens of perifere revascularisatie. Ten aanzien van beeldvorming geldt alleen een aangetoonde atherosclerotische stenose of aangetoonde ischemie als 'vastgestelde hart- en vaatziekte'<br>• Diabetes mellitus met orgaanschade zoals proteïnurie of met een belangrijke risicofactor zoals roken of ernstige hypercholesterolemie (totaalcholesterol > 8mmol/l) dan wel ernstig verhoogde bloedruk (≥180 mmHg).<br>• Ernstige chronische nierschade: eGFR <29 mL/min/1,73 $m^2$, of eGFR 30-44 mL/min/1,73 $m^2$ met ACR 3-30 mg/mmol, of eGFR 45-59 mL/min/1,73 $m^2$ met ACR >30 mg/mmol.<br>• Een berekende SCORE ≥10%. |
| **Hoog risico** *(leefstijladvies aangewezen, overweeg medicamenteuze therapie)* | Personen die vallen in een van de volgende categorieën:<br>• Ernstig verhoogde enkele risicofactor, in het bijzonder totaalcholesterol >8 mmol/l of bloeddruk ≥180 mmHg.<br>• De meeste andere personen met diabetes mellitus (met uitzondering van jongeren met type 1-diabetes mellitus en zonder klassieke risicofactoren, die een laag of matig risico kunnen hebben)<br>• Matige chronische nierschade: eGFR 30-44 mL/min/1,73 $m^2$ met ACR <3 mg/mmol, of eGFR 45-59 mL/min/1,73 $m^2$ met ACR 3-30 mg/mmol, of eGFR ≥60 mL/min/1,73 $m^2$ met ACR >30 mg/mmol.<br>• Een berekende SCORE ≥5% en <10%. |
| **Laag tot matig verhoogd risico** *(leefstijladvies aanbevolen,* | Een berekende SCORE <5% voor 10 jaar. Veel personen van middelbare leeftijd vallen in deze categorie. |

*Figuur 2: risico categorieën CVRM*

*Individueel zorgplan*

Nadat is bepaald tot welke risicogroep de individuele patiënt behoort en deze is geïncludeerd in het zorgprogramma, stellen zorgverlener en patiënt samen een Individueel Zorg Plan (IZP) op en maken afspraken met betrekking tot het beleid. Deze afspraken worden vastgelegd in het ketenzorg informatie systeem (KIS). Er zijn globaal een drietal opties:

1. Leefstijlinterventie voor behandeling van die risicofactoren die met leefstijl te maken hebben.
2. Medicamenteuze interventie voor de behandeling van risicofactoren.
3. Een combinatie van 1 en 2.

De bespreking en keuze van de interventie vindt plaats in samenspraak tussen patiënt en zorgverlener volgens shared decision making. Als het gaat om leefstijl is dit de taak van de POH. Cruciaal daarbij is om een voorspelling te doen over de ontwikkeling van het sterfterisico in de komende 10 of 15 jaar. Nadat dit heeft plaats gevonden, worden de streefdoelen en afspraken vastgelegd in een IZP.

*Interventies*

De huisarts is verantwoordelijk voor de medicamenteuze behandeling en de POH is verantwoordelijk voor de niet-medicamenteuze behandeling.

Niet medicamenteuze interventies worden aangewezen als eerste behandelstap bij patiënten met een (zeer) hoog risico op sterfte t.g.v. HVZ. De basis van de behandeling bestaat uit niet-medicamenteuze interventies zoals o.a. stoppen met roken, beweeg- en voedingsadviezen, verminderen van psychosociale stress. Daarbij wordt stoppen met roken als meest effectieve leefstijlinterventie gezien.

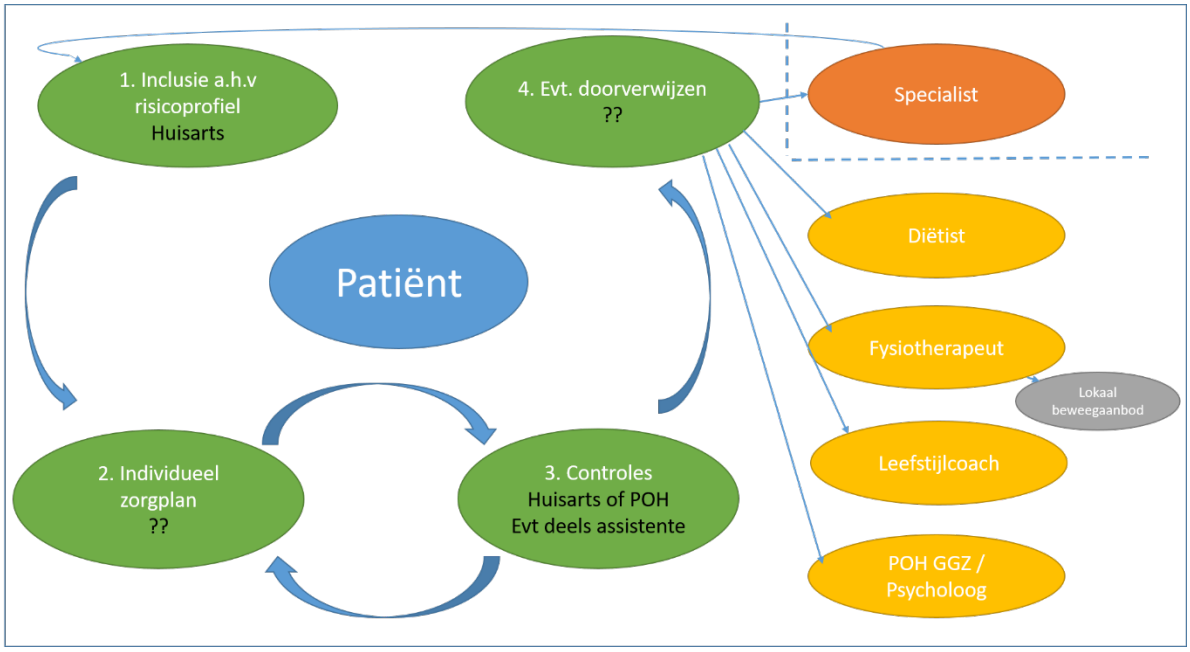
*Controles*

De controles worden uitgevoerd door de huisarts (in het geval dat de individuele streefdoelen niet zijn behaald) of de POH. Bij de controles wordt naast fysiologische parameters ook gevraagd naar rookgedrag, bewegen, voeding, alcohol, gewicht en mate van stress.

*Doorverwijzen*

Zo nodig kunnen patiënten worden doorverwezen naar andere zorgverleners. Hieronder wordt een overzicht van de zorgverleners gegeven met de reden van doorverwijzen:

- Diëtist: patiënt met overgewicht of patiënten waarbij na 6 maanden de doelen onvoldoende behaald zijn.
- Fysiotherapeut/Oefentherapeut: patiënten met overgewicht of patiënten die onvoldoende bewegen of problemen hebben met bewegen.
- POH GGZ/ psycholoog: patiënten met psychosociale problemen/risicofactoren, patiënten die moeite hebben met het omgaan met de ziekte of patiënten met weerstand om hun leefstijl te veranderen.
- Leefstijlcoach: mensen bij wie één of meerdere risicofactoren voor HVZ aanwezig zijn en in aanmerking komen voor een gecombineerde leefstijl interventie.
- Specialist: diagnostische problemen of het niet bereiken van behandeldoelen. Bij doorverwijzing wordt de specialist hoofdbehandelaar van de patiënt, totdat deze weer naar de eerste lijn wordt terug verwezen. Als de huisarts hoofdbehandelaar is, vallen de patiënten onder het zorgprogramma CVRM. De huisarts is in dit geval verantwoordelijk voor het organiseren van controles en het verstrekken van (herhaal)receptuur.



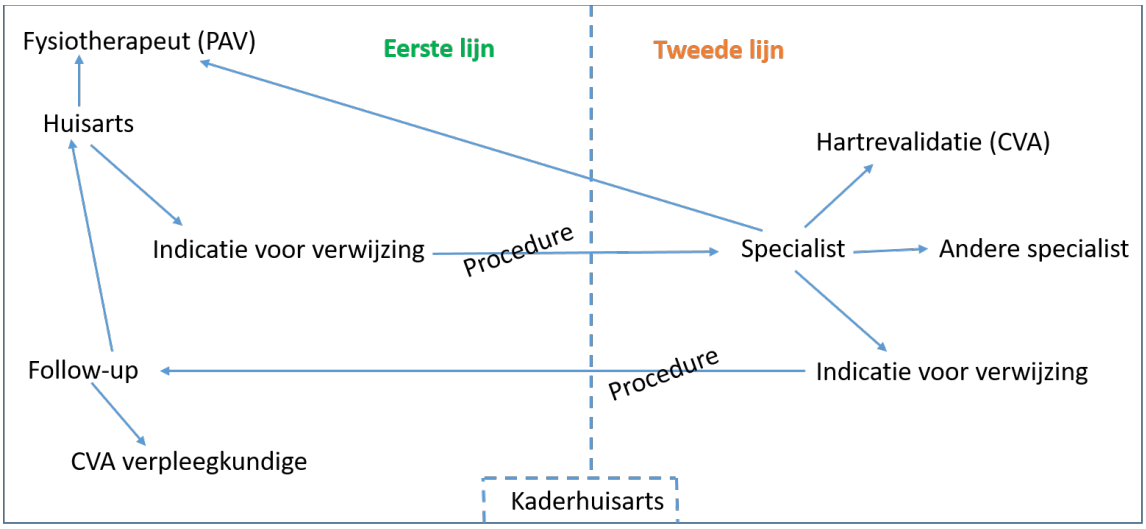

*Figuur 3: schematisch overzicht van de reis van de patiënt binnen het zorgprogramma CVRM*

# Bijlage 2 Regionale Transmurale Afspraken Cardiovasculair Risicomanagement

De Regionale Transmurale Afspraken Cardiovasculair Risicomanagement (RTA CVRM) geeft aanbevelingen met betrekking tot indicaties, procedures en informatieoverdracht bij verwijzingen tussen eerste en tweede lijn [15]. Daar waar relevant geeft de handreiking ook aanbevelingen voor de huisartsenzorg in de acute fase. De aanbevelingen hebben betrekking op de patiëntengroepen, die bij stabilisatie na een acute fase, in principe verder kunnen worden behandeld en gemonitord in de eerste lijn. Dit zijn patiënten met hypertensie, hyperlipidemie, een myocardinfarct, een TIA / CVA, perifeer arterieel vaatlijden (PAV), aneurysma aortae abdominalis (AAA), reumatoïde artritis en kwetsbare ouderen.

*De reis van de patiënt*

In de regionale transmurale afspraken CVRM staat uitgewerkt wat de aanpak is in de eerste lijn met betrekking tot de zorg voor CVRM patiënten. Zo nodig, kunnen patiënten naar de tweelijn worden verwezen. Hiervoor staan indicaties en procedures beschreven. In de tweede lijn wordt de diagnostiek en behandeling voortgezet en vervolgens kan de patiënt weer worden terugverwezen naar de eerste lijn. Ook hiervoor worden indicaties en procedures beschreven. In de eerste lijn volgt de follow-up en zo nodig kunnen patiënten weer naar de tweede lijn worden terugverwezen. De kaderhuisarts is beschikbaar voor consultatie door de huisarts en overlegt zo nodig met de specialist. Dit is schematisch weergegeven in figuur 4.




*Figuur 4: schematische weergave van de reis van de patiënt volgens de RTA.*

*Zorgverlening eerste lijn*

• Hart- en vaatziekten zijn systeemziekten en altijd dienen klachten van andere onderdelen van het systeem te worden bevraagd en zo nodig onderzocht.

• Het verbeteren van lifestyle door in ieder geval zo nodig stoppen met roken, aanpassen van voeding en verbeteren van bewegen is wezenlijk onderdeel van elke behandeling. Dit wordt expliciet benoemd bij hypertensie, hyperlipidemie en PAV. Bij hypertensie wordt daarbij expliciet benoemd dat het veranderen van de leefstijl de eerste stap is om te zetten.

• Degene waarbij de patiënt in behandeling is (de hoofdbehandelaar) is verantwoordelijk voor het organiseren van controles en verstrekking (herhaal)receptuur.

In geval van PAV, verwijst de huisarts naar door fysiotherapie gesuperviseerde looptraining.

*Indicatie voor verwijzing naar tweede lijn*

• Er worden categorieën patiënten beschreven waarbij doorverwijzing de tweede lijn kan worden overwogen. Hierbij speelt leefstijl nauwelijks een rol. Bij hypertensie wordt expliciet benoemd dat een reden voor doorverwijzing is als de verwijzing naar de diëtiste voor evaluatie en beperking van zoutinname niet het gewenste resultaat hebben. Bij hyperlipidemie wordt benoemd dat in het geval van overmatig alcoholgebruik eerst de oorzaak moet worden aangepakt, voordat een patiënt naar de specialist wordt doorverwezen. Bij PAV wordt genoemd dat blijvende klachten of duidelijke subjectieve invalidering ondanks gesuperviseerde looptraining na 6 maanden, een indicatie is voor doorverwijzing.

*Procedure voor verwijzing naar de tweede lijn*

• Informatie overdracht vindt plaats volgens de HASP (huisarts-specialist) richtlijnen van het NHG.
• Niet acute situatie: Huisarts stuurt een brief via Zorgdomein. Per patiëntengroep wordt aangegeven welke gegevens in de brief moeten. In het geval van hypertensie, hyperlipidemie, PAV en AAA wordt specifiek aangegeven dat ook de ingezette niet-medicamenteuze maatregelen en hun resultaat in de verwijsbrief aangegeven moeten worden.

*Zorgverlening tweede lijn*

• Hart- en vaatziekten zijn systeemziekten en altijd dienen klachten van andere onderdelen van het systeem te worden bevraagd en zo nodig onderzocht.
• Het verbeteren van lifestyle door in ieder geval zo nodig stoppen met roken, aanpassen van voeding en verbeteren van bewegen is wezenlijk onderdeel van elke behandeling. Dit wordt concreet benoemd bij hyperlipidemie, myocardinfarct en PAV.
• Degene waarbij de patiënt in behandeling is (de hoofdbehandelaar) is verantwoordelijk voor het organiseren van controles en verstrekking (herhaal)receptuur.
• (Zo nodig) verrichten van aanvullende diagnostiek.
• Optimaliseren/starten van de behandeling (operatie, medicamenteus en/of niet medicamenteus).
• Patiënten met een myocardinfarct wordt een hartrevalidatietraject aangeboden.
• Zo nodig doorverwijzen naar een andere specialist.
• In geval van PAV, verwijst de specialist naar door fysiotherapie gesuperviseerde looptraining.

*Indicatie voor verwijzing naar de eerste lijn*

• Zodra mogelijk wordt CVRM overgedragen aan de huisartsenpraktijk, enkel in gemotiveerde gevallen wordt hiervan afgeweken.
• De specialist zal patiënten terugverwijzen naar de huisarts wanneer:
> de streefwaarde is bereikt. Bij PAV wordt hier bij voldoende effect fysiotherapie na 3-6 maanden genoemd.
> een beter resultaat niet kan worden bereikt
> de secundaire oorzaak van het vaatlijden is behandeld
> er geen toegevoegde waarde meer is voor de tweede lijn
> na een ongecompliceerd verloop bij een myocard volgt terugverwijzing 12 maanden na het event
> na een geslaagde ingreep
> bij AAA alleen 1 jaar na een klassieke operatie terugverwijzing naar de eerste lijn. Bij endovasculaire behandeling en vaatprothese blijft de patiënt onder controle bij de vaatchirurg. De behandeling van cardiovasculaire risicofactoren vindt plaats in de eerste lijn.

*Procedure voor informatieoverdracht en verwijzing naar de eerste lijn*

• Bij overdracht CVRM van tweede naar eerste lijn wordt hiervan expliciet melding gemaakt in de afsluitende brief;
• Informatie overdracht vindt plaats volgens de HASP (huisarts-specialist) richtlijnen van het NHG.

• De huisarts ontvangt uiterlijk één week na het laatste polibezoek (bij AAA is dit uiterlijk twee weken) een brief met alle diagnostische en therapeutische bevindingen. Bij myocardinfarct en TIA/CVA wordt daarbij melding gemaakt van ingezette niet medicamenteuze behandeling en bij myocardinfarct de inzet van hartrevalidatie en het resultaat hiervan. Bij de overige aandoening wordt leefstijl niet benoemd.

*Follow-up in de eerste lijn*

• Bij terugverwijzing naar de huisarts, geldt de huisarts op dat moment als hoofdbehandelaar CVRM. • De huisartsenpraktijk zorgt vervolgens dat patiënt binnen drie maanden wordt opgeroepen voor het maken van afspraken over de verdere controles op het CVRM spreekuur.
• Bij AAA en TIA / CVA neemt de huisarts/poh binnen twee weken na ontvangst van de verwijzing contact op met de patiënt.
• Bij myocardinfarct: de huisarts / POH neemt na ontvangst van de ontslagbrief na opname contact op met de patiënt. Dit om het beloop te volgend en waar nodig onduidelijkheden voor de patiënt te bespreken met de behandelend cardioloog. De huisarts is in dit geval niet de hoofdbehandelaar. Het kan ook zo zijn dat de huisarts de CVRM zorg overneemt, terwijl de cardioloog de behandeling voortzet voor aandoeningen die niet samenhangen met CVRM.
• bij TIA / CVA: ook follow-up door CVA verpleegkundige

*Consultatie kaderhuisarts/specialist*

De huisarts maakt gebruik van de consultatie module in het KIS. De kaderhuisarts Hart- en Vaatziekten krijgt bericht dat er een vraag ter consultatie voorligt en logt in om de gegevens van de betrokken patiënt in te zien en de gestelde vraag binnen drie werkdagen te beantwoorden. Zo nodig zal de kaderhuisarts contact opnemen met de specialist.

Bij PAV kan de huisarts overleg plegen met de dienstdoende vaatchirurg.

Bij RA overleg met reumatologen bij interactie of interferentie met hun behandeling.

# Bijlage 3: Profielen zorgmodule voeding [14]

| | Zorgprofiel 1<br><br>Uitsluitend zelfmanagement | Zorgprofiel 2<br><br>Algemeen voedingsadvies | Zorgprofiel 3<br><br>Individuele dieetbehandeling | Zorgprofiel 4<br>gespecialiseerde dieetbehandeling |
|---|---|---|---|---|
| Indicatie | Geen zorgverleners betrokken op het gebied van voeding | Individuele zorg met algemeen voedingsadvies | Individuele zorg met dieetbehandeling | Individuele zorg met gespecialiseerde dieetbehandeling |
| Inhoud zorgprofiel | Patiënt gaat zelf aan de slag met de leefstijl nadat hij door de zorgverlener op nut en noodzaak tot aanpassen leefstijl is gewezen. Relevante informatie en begeleiding door online hulpprogramma's | Zorgverlener geeft algemeen voedingsadvies en richt zich op het bewust maken van de aanwezige gezondheidsrisico's, het leggen van de relatie leefstijl/ ziekte en indien nodig het creëren van motivatie voor leefstijlverandering. | Zorgverlener geeft dieetbehandeling gericht op het voorkomen, opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare stoornissen, beperkingen en participatieproblemen conform richtlijn indien aanwezig. | Zorgverlener geeft gespecialiseerde dieetbehandeling gericht op het voorkomen, opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare stoornissen, beperkingen en participatieproblemen, conform richtlijnen, indien aanwezig. |
| Toelichting | Cardiovasculair ziektebeeld is goed ingesteld, (actuele) basiskennis van diëtist in verleden is aanwezig en er zijn geen specifieke individuele voedingsvragen | er zijn algemene voedingsvragen die door de huisarts/POH beantwoord kunnen worden of zij verwijzen naar specifieke websites of apps die deze informatie verschaffen. | Onder andere de volgende verwijsindicaties:<br>cholesterol > 6,5, LDL > 2,5<br>afwijkende lipidenwaarden<br>gestoorde glucosewaarde<br>BMI > 25 in combinatie met andere risicofactoren<br>BMI >30<br>Tailleomvang > 102 cm mannen, > 88 cm vrouwen<br>Tensie verhoogd<br>Familiaire belasting | onder andere de volgende verwijsindicaties:<br>complicaties zoals vochtretentie, dec. Cordis, ernstige complicaties, polyfarmacie.<br>Let op ondervoeding |