

## **Vasculair Risicomanagement vanuit patiëntperspectief: volgens de zorgstandaard? Nulmeting patiënten**

C.A.M. van Boheemen (NIVEL)  
E.C.G. van Geffen (UPPER,UU)  
D. Philbert (UPPER,UU)  
M.L. Bouvy(UPPER,UU)  
M. Bos (Nederlandse Hartstichting)  
L. van Dijk (NIVEL)

Een enquête met subsidie van de Nederlandse Hartstichting

ISBN 9789 4612 2038 7

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2010 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

Voorwoord	5
Managementsamenvatting	7
<b>1 Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Achtergrond	11
1.2 Zorgstandaarden	12
1.3 Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement	12
1.3.1 Algemeen	12
1.3.2 Chronic Care Model	14
1.4 Indicatoren in de zorgstandaard	16
1.5 Doelstelling en onderzoeksvragen	16
<b>2 Methode</b>	<b>19</b>
2.1 Benaderen van patiënten via apotheken van UPPER	19
2.2 Selectie patiënten en dataverzameling	20
2.3 Vragenlijst	21
2.4 Data-analyse	22
<b>3 Resultaten</b>	<b>23</b>
3.1 Inleiding	23
3.2 Respons en beschrijving populatie	23
3.2.1 Respons	23
3.2.2 Non-respons analyses	23
3.2.3 Achtergrondkenmerken van de respondenten	24
3.3 Zorgverleners en samenwerking	25
3.3.1 De centrale zorgverlener	25
3.3.2 Het individueel zorgplan	28
3.3.3 Samenwerking	28
3.4 Informatievoorziening en communicatie	30
3.5 Leefstijl en gezondheid	34
3.6 Ondersteuning bij leefstijl	38
3.6.1 Gezonder eten	38
3.6.2 Stoppen met roken	41
3.6.3 Meer bewegen	43
3.6.4 Omgaan met stress	45
3.6.5 Leefstijladvies	48

<b>4 Samenvatting, discussie en conclusie</b>	<b>51</b>
4.1 Samenvatting	51
4.1.1 Zorgverleners en samenwerking	52
4.1.2 Informatievoorziening en communicatie	53
4.1.3 Ondersteuning bij leefstijl	53
4.2 Discussie onderzoeksmethode	54
4.3 Discussie resultaten en vergelijking met de nulmeting onder huisartsen	55
4.4 Conclusie en aanbevelingen	57
Literatuur	61
Bijlage 1: (adviserende) leden van het Platform Vitale Vaten, per september 2010	63
Bijlage 2: Vragenlijst	65
Bijlage 3: Extra tabellen	81

## Voorwoord

Dit rapport bevat de resultaten van een nulmeting onder patiënten inzake de implementatie van de zorgstandaard Vasculair Risicomanagement (VRM). In de zorgstandaard VRM staat beschreven hoe volgens gebruikers en deskundigen (patiënten, zorgverleners en wetenschappers) de zorg rondom de aanpak van risicofactoren voor hart- en vaatziekten georganiseerd zou moeten worden voor patiënten met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten. De zorgstandaard VRM is in februari 2009 uitgebracht door het Platform Vitale Vaten onder auspiciën van de Nederlandse Hartstichting. Tegelijk met dit rapport verschijnt een studie waarin de resultaten worden gepresenteerd van de nulmeting onder huisartsen (Vervloet e.a. 2010).

Voor dit onderzoek is een begeleidingscommissie samengesteld. Hierin hadden de volgende personen zitting: Ineke van Dis (Nederlandse Hartstichting), Margreet Strijbis (Nederlandse Hartstichting), Margo Weerts (Hart & Vaat Groep), Cor Spreeuwenberg (Platform Vitale Vaten), Carel Bakx (Radboud Universiteit), Karin Kaasjager (Alysis Zorggroep), Tanja Menckeberg (KNMP), Helene Voogdt (Universiteit Maastricht). Op deze plaats willen wij hen hartelijk bedanken voor hun constructieve bijdrage aan dit onderzoek. Daarnaast gaat onze dank uit naar de apothekers en patiënten die hebben meegewerkt aan dit onderzoek.

Utrecht, oktober 2010



## Managementsamenvatting

### **Zorgstandaard VRM: resultaten van een nulmeting onder patiënten en huisartsen**

In 2009 bracht het Platform Vitale Vaten de zorgstandaard Vasculair Risicomanagement uit. Deze zorgstandaard is een aanvulling op de richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement van CBO en NHG uit 2006. De zorgstandaard beschrijft hoe de aanpak van risicofactoren voor hart- en vaatziekten georganiseerd kan worden in de eerste en tweede lijn, uitgaande van patiënten. Belangrijke uitgangspunten zijn dat patiënten zich realiseren dat zij zelf ook verantwoordelijk zijn voor hun zorg en dat zij ondersteuning krijgen in het oppakken van die verantwoordelijkheid (zelfmanagement). In de zorgstandaard krijgt de patiënt daarom een actieve rol door mee te denken en zelf mee te beslissen over goede zorg. Maar hoe staat de zorg er anno 2010 voor? Een onderzoek onder ruim 600 patiënten die hart- en vaatmedicatie gebruiken en bijna 500 huisartsen geeft hierin inzicht. Het onderzoek werd gesubsidieerd door de Nederlandse Hartstichting.

### **Risicofactoren en leefstijladvisering**

Een aanzienlijk deel van de patiënten rapporteert – ondanks gebruik van medicatie - risicofactoren voor hart-en vaatziekten te hebben: tweederde van hen heeft hoge bloeddruk, 43% een verhoogd cholesterol, 25% heeft diabetes en bijna een kwart heeft ernstig overgewicht. Dit hoge risico weerspiegelt zich ook in hun leefstijl: bijna 15% van de mensen rookt, twee derde beweegt niet vaak genoeg, en één op de vijf heeft vaak last van stress. Vrijwel alle huisartsen geven aan de meerderheid van hun patiënten leefstijladviezen. Patiënten zeggen desgevraagd deze adviezen niet altijd te krijgen. Zo kreeg maar 37% van de patiënten het advies gezonder en/of minder te eten en 40% om meer te bewegen. Van de rokers kreeg ruim 60% het advies om te stoppen. Bovendien is er maar een beperkt aantal mensen bij wie het advies ondersteund wordt door concrete afspraken en begeleiding bijvoorbeeld door een diëtist. Tweederde van de patiënten zegt wel duidelijke uitleg te hebben gekregen over hoog cholesterol en/of hoge bloeddruk.

### **Cardiovasculair risicoprofiel: brengt de huisarts het in kaart?**

Om patiënten te kunnen monitoren en te ondersteunen, adviseert de zorgstandaard het cardiovasculair risicoprofiel voor elke patiënt met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten in kaart te brengen. Huisartsen doen dit vrijwel allemaal voor patiënten die al bekend zijn met diabetes of hart- en vaatziekten, maar minder vaak voor patiënten met een verhoogd risico. Vrijwel alle huisartsen zetten op een goed zichtbare plaats in hun elektronisch patiëntendossier neer of de patiënt diabetes of hypertensie heeft. De cholesterolgehalten en bloeddrukwaardes zijn in drie kwart van de dossiers duidelijk zichtbaar. Een minderheid van de huisartsen zegt dat dit ook geldt voor roken, een factor die zwaar meeweegt in het bepalen van het risico op hart- en vaatziekten.

### **Ondersteuning bij zelfmanagement**

Patiënten vinden dat hun zorgverlener hen goed begrijpt en goed luistert. Echter, minder dan 40% van de patiënten geeft aan dat de zorgverlener hen uitdaagt om concreet en doelgericht mee te denken en te beslissen over de behandeling.

### **Individueel zorgplan nog weinig toegepast**

Het zorgplan is een essentieel onderdeel van de zorgstandaard. De afspraken die patiënten en zorgverleners maken over prioriteiten in de behandeling, de te bereiken doelen en plannen voor de zorg leggen zij vast in een individueel zorgplan. Dit helpt patiënten actief hun problemen aan te pakken, waarbij zij kunnen worden geholpen door hun sociale omgeving en door zorgverleners. In de korte tijd dat de zorgstandaard beschikbaar is, is het zorgplan nog nauwelijks toegepast. Slechts een kwart van de huisartsen geeft aan dit wel te doen, maar dan lang niet voor alle patiënten. Van de patiënten geeft 6% aan een zorgplan te hebben is. Deze zorgplannen bevatten nog niet alle informatie die een zorgplan volgens de zorgstandaard zou moeten bevatten.

### **Centrale zorgverlener en afstemming tussen zorgverleners**

De zorgstandaard introduceert de centrale zorgverlener. Deze zorgverlener kan een belangrijke rol spelen in taken die nu niet optimaal worden uitgevoerd: coördinatie van zorg, het benutten van de specifieke deskundigheden van zorgverleners (verwijzen en consulteren) en ondersteuning van zelfmanagement. De centrale zorgverlener zoals beschreven in de zorgstandaard, komt in de praktijk nog niet voor. Duidelijk is wel dat de meeste patiënten de huisarts zien als het eerste aanspreekpunt. De afstemming tussen zorgverleners kan volgens patiënten beter. Zo geeft bijna een derde aan soms of vaak tegenstrijdige informatie te ontvangen van verschillende zorgverleners en moet meer dan een kwart van de mensen vaak hetzelfde verhaal vertellen.

Zorgverleners maken lang niet altijd afspraken over de organisatie van de zorg. Iets meer dan de helft van de huisartsen maakt afspraken met andere zorgverleners uit de eerste lijn, vooral met diëtisten, diabetesverpleegkundigen en apothekers. De samenwerkingsafspraken hebben vooral betrekking op de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden binnen het eerstelijns team. Een vijfde van de huisartsen heeft afspraken met zorgverleners uit de tweede lijn (internisten en cardiologen) en dan met name over de wijze van verwijzen en terugverwijzen.

### **Conclusie**

Zorgverleners spannen zich in om hun patiënten goede zorg te leveren. De zorgstandaard vasculair risicomangement ondersteunt zorgverleners om de kwaliteit van de zorg voor patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten te verbeteren. De patiënt staat in deze zorgstandaard centraal. In 2010 voldoet de zorg op een aantal punten aan de zorg zoals beschreven in de zorgstandaard VRM. Alhoewel patiënten redelijk tevreden zijn over hoe zij benaderd en behandeld worden, laat het overall beeld zien dat de behandeling en begeleiding meer volgens de richtlijnen, meer gestructureerd en meer patiëntgericht kan. Op een aantal punten is daarom verbetering noodzakelijk. Dit geldt vooral voor het stimuleren van het zelfmanagement, het informeren van patiënten, de begeleiding naar een gezonde leefwijze en de samenwerking tussen zorgverleners. Het opstellen van een individueel zorgplan waarin juist deze elementen samenkomen moet vrijwel nog geheel van de grond komen. Implementatieactiviteiten zouden zich met name hierop moeten richten. Ook moet de rol van de centrale zorgverlener verder uitgewerkt worden zodat men hier in de praktijk beter mee aan de slag kan. Een eerste stap is echter het vergroten van de bekendheid van de zorgstandaard VRM onder zorgverleners.



### **Nulmetingen**

Begin 2010 heeft de Nederlandse Hartstichting twee onderzoeken uitgezet als nulmeting voor de implementatie van de zorgstandaard VRM. Het eerste onderzoek is gehouden onder ruim 600 patiënten met (een verhoogd risico op) door atherosclerose veroorzaakte hart- en vaatandoeningen. Zij zijn benaderd via hun apotheek en gebruikten allemaal hart- en vaatmedicatie, waarvan een deel pas recentelijk en een deel al voor een langere periode. Centraal in het onderzoek stonden de ervaringen van deze mensen met de zorg en de samenwerking tussen hun zorgverleners, de informatievoorziening en de ondersteuning bij zelfmanagement. Het tweede onderzoek betrof een meting onder bijna 500 huisartsen. In dit onderzoek stond de vraag centraal hoe huisartsen de zorg voor vasculair risicomanagement hebben geregeld. In beide onderzoeken is gebruik gemaakt van schriftelijke vragenlijsten. Een soortgelijke meting onder medisch specialisten volgt begin 2011.

*Van Boheemen CAM, Van Geffen ECG, Philbert D, Bouvy ML, Bos M, Van Dijk L. Vasculair risicomanagement vanuit patiëntenperspectief: volgens de zorgstandaard? Nulmeting patiënten. NIVEL, Utrecht, 2010.*

*Vervloet M, Brabers AEM, Bos M, Van Dijk L. Vasculair risicomanagement in de huisartspraktijk: volgens de zorgstandaard? Nulmeting eerste lijn. NIVEL, Utrecht, 2010. Te downloaden via [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl), [www.hartstichting.nl](http://www.hartstichting.nl) en [www.vitalevaten.nl](http://www.vitalevaten.nl).*



# 1 Inleiding

Dit rapport beschrijft de zorg voor patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Hieronder vallen zowel mensen die een verhoogd risico hebben om een hartaandoening te krijgen als mensen die al een cardiovasculair incident hebben door- gemaakt. De in dit rapport beschreven studie heeft als doel te onderzoeken in hoeverre elementen en uitgangspunten uit de zorgstandaard Vasculair Risicomanagement (VRM) nu, net na de introductie van de zorgstandaard, al worden toegepast. In de zorgstandaard VRM staat beschreven hoe volgens gebruikers en deskundigen (patiënten, zorgverleners en wetenschappers) de zorg rondom de aanpak van risicofactoren voor hart- en vaat- ziekten georganiseerd zou moeten worden voor patiënten met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten. De zorgstandaard VRM is in 2009 uitgebracht door het Platform Vitale Vaten onder auspiciën van de Nederlandse Hartstichting<sup>1</sup> Deze studie is uitgevoerd met subsidie van de Nederlandse Hartstichting.

## 1.1 Achtergrond

Hart- en vaatziekten vormen in Nederland nog steeds een belangrijke oorzaak voor overlijden: iets meer dan een derde van de sterfgevallen in Nederland wordt hierdoor veroorzaakt (Vaartjes, 2008). Het risico op hart- en vaatziekten is groter bij mannen van middelbare leeftijd en neemt in het bijzonder toe bij vrouwen na de menopauze. Daarnaast zijn beïnvloedbare risicofactoren een hoog cholesterolgehalte, een verhoogd bloedglucosegehalte, hoge bloeddruk, roken, hart- en vaatziekten in de familie, ongezon- de voedingsgewoonten, overmatig alcoholgebruik, lichamelijke inactiviteit, hoge Body Mass Index en grote middelomtrek (CBO-richtlijn/NHG-Standaard Cardiovasculair Risico Management 2006). Voor veel Nederlanders geldt dat zij één of meer van deze risicofactoren hebben. Zo rookt 27% van de Nederlanders van 15 jaar en ouder (cijfers 2008) en is bijna de helft (47%) van de mensen van 20 jaar en ouder te zwaar. Eén op de tien volwassen Nederlanders heeft zelfs ernstig overgewicht. Een kleine helft van de Nederlanders beweegt onvoldoende.<sup>2</sup> Van de 65-plussers kwam in 2008 meer dan een derde met een verhoogde bloeddruk bij de huisarts. Van mensen tussen de 45 en 65 was dat ruim 15% (Verheij, 2008). Beïnvloeding van deze risicofactoren, bijvoorbeeld door verandering van leefgewoonten of door middel van medicatie, kan de cardiovasculaire sterfte en morbiditeit doen verminderen. Onderscheid kan gemaakt worden naar geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie. Geïndiceerde preventie richt zich op gezondheidsbevordering bij mensen die wel risicofactoren hebben maar nog geen hart- en vaataandoening. Zorggerelateerde preventie richt zich op is mensen met een of meer- dere gezondheidsproblemen. Het gaat hierbij om het vermijden dan wel verminderen, vertragen of terugdringen van de complicaties en ondersteuning bij de zelfredzaamheid.

---

<sup>1</sup> Voor een overzicht van de deelnemende organisaties: zie bijlage 1

<sup>2</sup> Cijfers afkomstig van: [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl) (geraadpleegd op 26 mei 2010).

Beide vormen vereisen veelal een gedragsverandering die voor veel mensen niet eenvoudig te bereiken is. Daarom is het ook belangrijk de zorg voor mensen die nog geen hart- en vaatziekten hebben, maar wel een verhoogd risico hierop hebben, te optimaliseren. Dit ook vanwege de verwachte toename van het aantal mensen met een dergelijk vasculair risico. De zorg voor mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten krijgt daarmee steeds meer een chronisch karakter. Om deze zorg voor chronisch zieken en van patiënten met een hoog risico te organiseren, worden steeds meer zorgstandaarden ontwikkeld.

## 1.2 Zorgstandaarden

De zorg voor mensen met een chronische aandoening of een verhoogd risico daarop kan worden beschreven in een zorgstandaard. Het Coördinatie Platform Zorgstandaarden formuleert de volgende definitie van een zorgstandaard (Zorgstandaarden in model, 2010, p. 9): *‘Een zorgstandaard geeft vanuit het patiëntenperspectief een op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie en zorg, ook inhoudende de ondersteuning bij zelfmanagement, voor een bepaalde chronische ziekte gedurende het complete zorgcontinuüm, alsmede een beschrijving van de organisatie van de betreffende preventie en zorg en de relevante kwaliteitsindicatoren.’*

Zorgstandaarden zijn ook relevant in het licht van de per 1 januari 2010 ingevoerde integrale bekostiging. Integrale bekostiging is bedoeld om via zogenaamde keten-DBC's (Diagnose-Behandel-Combinaties) financiële prikkels te geven aan een betere multidisciplinaire samenwerking. Keten-DBC's zijn de afspraken waarop integrale bekostiging gebaseerd wordt. Het uitgangspunt hierbij is dat er niet langer betaald wordt per verrichting, maar voor een complete behandeling. Zorggroepen spreken met verzekeraars een bepaald bedrag per patiënt per jaar af, waarvoor alle zorg geleverd wordt. Keten-DBC's zijn gebaseerd op de voornoemde zorgstandaarden. Tot op heden zijn er drie aandoeningen waarvoor integrale bekostiging is ingevoerd: diabetes, cardiovasculair risicomanagement en COPD. Voor deze drie aandoeningen zijn zorgstandaarden.

## 1.3 Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement

### 1.3.1 Algemeen

In het voorjaar van 2009 is de zorgstandaard VRM uitgebracht door het Platform Vitale Vaten onder auspiciën van de Nederlandse Hartstichting. De zorgstandaard is een middel om duidelijk te maken wat de samenleving mag verwachten van vasculair risicomanagement. Leden van het platform zijn patiëntenorganisaties en beroepsverenigingen van professionals. De zorgstandaard VRM is een aanvulling op de multidisciplinaire CBO-richtlijn/NHG-standaard cardiovasculair risicomanagement (NHG en CBO 2006) en beschrijft hoe volgens zorggebruikers en deskundigen (patiënten, zorgverleners en wetenschappers) de zorg rondom de aanpak van risicofactoren voor hart- en vaatziekten

georganiseerd zou moeten worden (Platform Vitale Vaten 2009)<sup>3</sup>. Het gaat hierbij om mensen met een verhoogd risico op door atherosclerose veroorzaakte hart- en vaat-aandoeningen die om een of andere reden in contact komen met de huisarts, medisch specialist of een andere zorgverlener. Daarnaast omvat de zorgstandaard ook de zorg voor mensen die al een vasculaire aandoening hebben en daardoor ook een relatief sterk verhoogd risico op een nieuw cardiovasculair incident.

Binnen deze zorg moet voor verschillende elementen aandacht zijn:

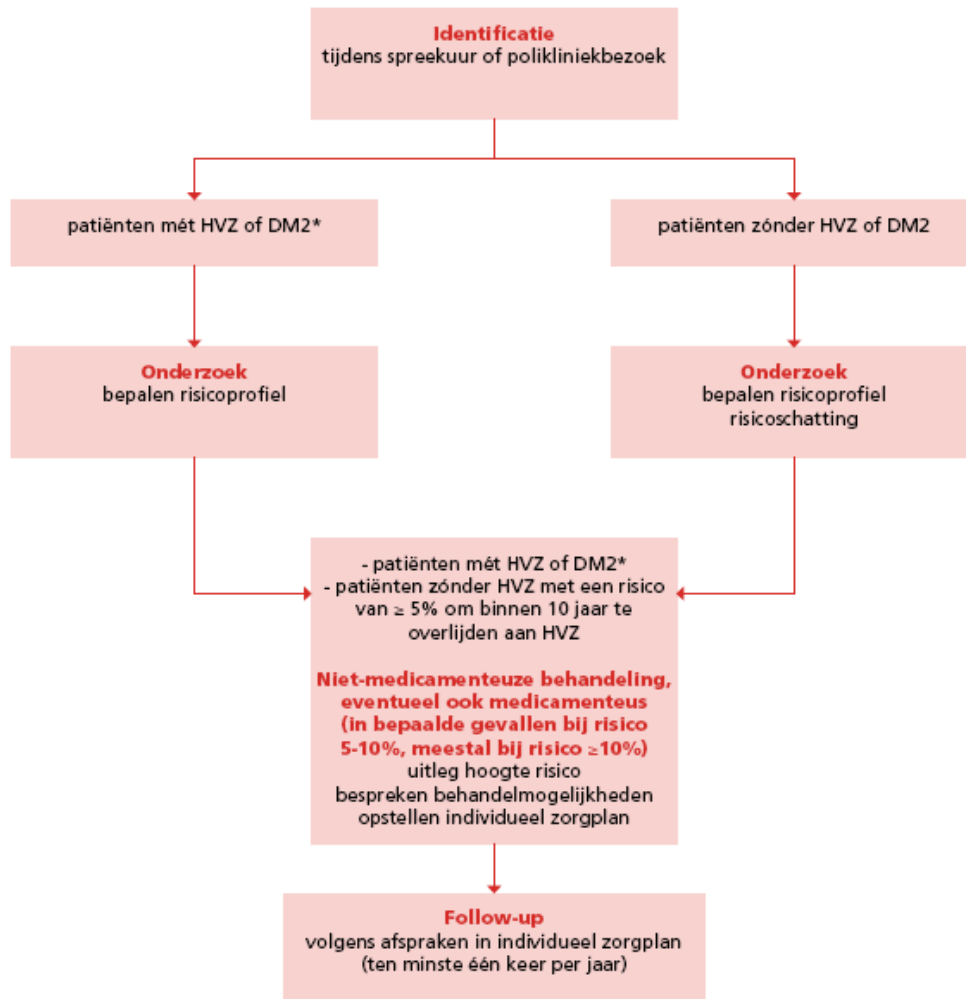
- preventie (het voorkomen van ziekten of de gevolgen daarvan), waaronder niet-medicamenteuze (leefstijladvisering en -begeleiding) en medicamenteuze behandeling;
- monitoring van het ziektebeloop. Om te komen tot een geïntegreerde aanpak waarin al deze elementen verenigd zijn, is een goede afstemming tussen alle zorgverleners van belang. Daarnaast krijgen patiënten en hun directe omgeving een grotere zorginhoudelijke rol: medicijngebruik en leefstijl zijn elementen die horen bij;
- zelfmanagement, een belangrijk onderdeel van de zorgstandaard.

De zorgstandaard VRM verdeelt het zorgproces in vier fasen: identificatie, onderzoek, behandeling en follow-up (Figuur 1.1).

---

<sup>3</sup> De multidisciplinaire CBO-richtlijn / NHG-standaard cardiovasculair risicomanagement (NHG en CBO 2006) is als deel IV opgenomen in de Zorgstandaard VRM.

Figuur 1.1: Het zorgproces in de Zorgstandaard VRM (2009)



HVZ = hart- of vaatziekte

DM2 = diabetes mellitus type 2 \* patiënten met DM2 worden behandeld volgens de zorgstandaard van de Nederlandse Diabetesfederatie<sup>28</sup>. De zorgstandaard vasculair risicomangement is voor hen aanvullend.

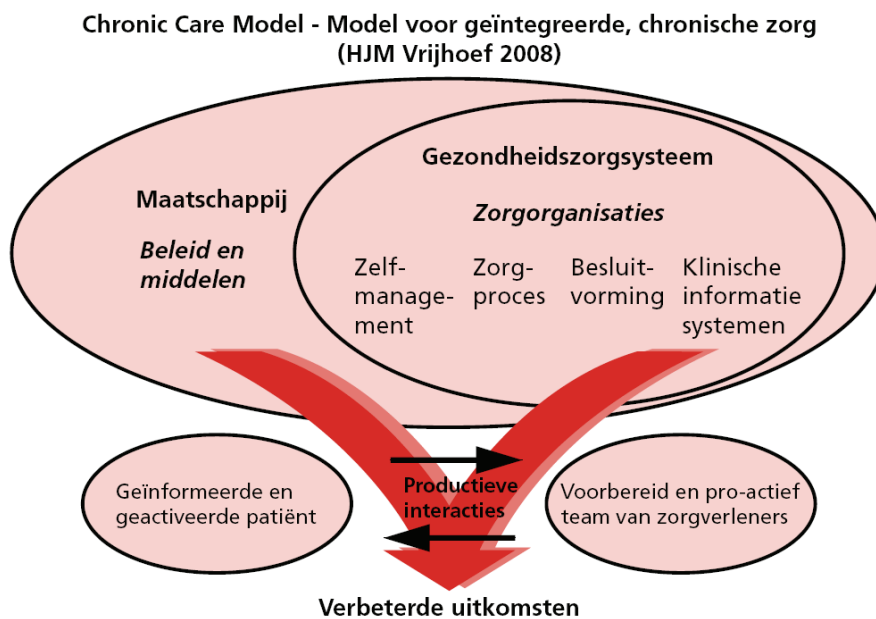
### 1.3.2 Chronic Care Model

De zorgstandaard VRM heeft als theoretische basis het Chronic Care Model (zie figuur 1.2). Het Chronic Care Model gaat ervan uit dat de resultaten van de zorg verbeteren door productieve interacties tussen een goed geïnformeerde en geactiveerde patiënt en een goed voorbereid multidisciplinair team van zorgverleners, zoals onderaan in de figuur wordt weergegeven (Wagner, 1996). Een aantal elementen in het gezondheidszorg-systeem helpen deze interacties goed vorm te geven. De zorgstandaard werkt er vier uit (zorgstandaard 2009):

1. *Ondersteuning van zelfmanagement* waardoor de patiënt zelf richting kan geven aan de eigen zorg en mede verantwoordelijk is. In de zorgstandaard krijgt deze ondersteuning vorm in een individueel zorgplan.

2. *Ontwerp van het zorgproces*: dit verwijst naar samenwerking en afstemming tussen zorgverleners en patiënten in alle fasen van het zorgproces. In de zorgstandaard heeft de centrale zorgverlener hierin een belangrijke rol.
  3. *Middelen om de besluitvorming te ondersteunen*: dit zijn middelen die helpen om effectieve zorg te kunnen leveren. Een voorbeeld is de CBO-richtlijn/NHG-Standaard cardiovasculair risicomanagement.
  4. *Gebruik van klinische informatiesystemen*: deze zijn nodig voor het registreren, delen en interpreteren van gegevens voor zorgverleners én patiënten.
- Van belang is een geïntegreerde aanpak: het investeren in alle kernelementen leidt tot betere zorg.

Figuur 1.2: Het Chronic Care Model, ontleend aan de zorgstandaard VRM (2009)



Wat betreft het ondersteunen van zelfmanagement doet de zorgstandaard de aanbeveling een **individueel zorgplan** op te stellen. Dit helpt patiënten actief hun problemen aan te pakken, waarbij zij ondersteund kunnen worden door hun sociale omgeving en door zorgverleners. Dit houdt ook in samenwerken met zorgverleners en samen beslissen. De zorgstandaard VRM raadt daarbij aan om één zorgverlener als centrale zorgverlener aan te wijzen.

## 1.4 Indicatoren in de zorgstandaard

In deel 3 van de zorgstandaard VRM zijn indicatoren opgenomen om de toepassing van de zorgstandaard VRM in de toekomst te kunnen meten en monitoren. Deze indicatoren zijn vooral bedoeld om kwaliteitsverbetering te bevorderen en richten zich op de verschillende onderdelen van de zorgstandaard. De meting van de indicatoren kan op verschillende manieren: bijvoorbeeld door enquêtes onder zorgverleners (zie Vervloet 2010), door registratiesystemen van zorgprofessionals of middels enquêtes onder patiënten. De indicatoren die de basis vormen voor dit onderzoek zijn de indicatoren die met een patiëntenenquête gemeten kunnen worden. Deze indicatoren staan hieronder kort omschreven in tabel 1.1.<sup>4</sup>

Tabel 1.1: Indicatoren uit de Zorgstandaard VRM die (mede) betrekking hebben op zorgverlening aan de patiënt

Omschrijving indicator	
1	Heeft de patiënt een individueel zorgplan voor vasculair risicomanagement?
2	Voldoet dit plan aan inhoudelijke kwaliteitseisen?
3	Informatievoorziening over relevante aspecten van de zorgstandaard VRM. Hierbij wordt gekeken naar de gehele informatievoorziening: zowel door de arts(en), verpleegkundige(n) als de apotheker
4	Heeft de patiënt een centrale zorgverlener?
5	Wat zijn kenmerken van de centrale zorgverlener?
6	Heeft de patiënt een aanbod voor een vervolgspraak gekregen?
11	Is naar alle cardiovasculaire risicofactoren in samenhang gekeken?

Bron: Zorgstandaard VRM, 2009

## 1.5 Doelstelling en onderzoeksvragen

In 2009 is de zorgstandaard geïntroduceerd met als doel de zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten te verbeteren. Hierbij zijn diverse partijen betrokken: de patiënt, zorgverleners in de eerste lijn en zorgverleners in de tweede lijn. Om te zien hoe de stand van de zorg zoals beschreven in de zorgstandaard in 2010 is, wil de Nederlandse Hartstichting voor elk van deze partijen een meting uitvoeren. De drie onderzoeken hebben als doelstelling het verkrijgen van inzicht in de mate waarin in Nederland al volgens de zorgstandaard vasculair risicomanagement wordt gewerkt (en daarmee ook volgens de CBO-richtlijn/NHG-Standaard Cardiovasculair Risico Management 2006). Daarnaast wil men weten in hoeverre zorgverleners bekend zijn met de zorgstandaard en bereid zijn deze toe te passen. Tot slot dienen de onderzoeken als informatiebron bij het ontwikkelen van implementatieplannen voor de zorgstandaard VRM. Dit rapport beschrijft de huidige zorg vanuit het perspectief van de patiënt. Bij de meting onder patiënten gelden genoemde doelstellingen ook, met uitzondering van de bereidheid tot implementatie, welke meer betrekking heeft op zorgverleners.

<sup>4</sup> De andere indicatoren hebben betrekking op metingen via zorgverleners en/of de zorginstelling. Deze indicatoren vormen de basis voor de onderzoeken bij huisartsen en specialisten.



De zorgstandaard VRM is recentelijk verschenen. Daarom zullen nog niet veel patiënten geheel volgens de zorgstandaard worden behandeld en begeleid. Omdat de zorgstandaard gebaseerd is op standaarden (NHG) en wetenschappelijke inzichten, zullen in de praktijk uiteraard al wel onderdelen of uitgangspunten uit de zorgstandaard worden toegepast. Doel van dit onderzoek is daarmee het in kaart brengen van de (organisatie van) zorg *vanuit het perspectief van mensen met (een verhoogd risico op) door atherosclerose veroorzaakte hart- en vaataandoeningen* anno 2010.

In dit onderzoek staan de volgende vragen centraal:

- Hoe ervaren mensen met (een verhoogd risico op) door atherosclerose veroorzaakte hart- en vaataandoeningen de zorg die ze van hun zorgverleners krijgen en de samenwerking tussen hun zorgverleners?
- Hoe ervaren deze mensen de communicatie met en informatievoorziening door zorgverleners als het gaat om de uitleg van het risico op hart- en vaatziekten en behandel mogelijkheden?
- In hoeverre voeren deze mensen zelfmanagementactiviteiten ten aanzien van leefstijl en therapietrouwbevordering zoals vermeld in de zorgstandaard VRM uit? In hoeverre worden zij hierin ondersteund door de centrale zorgverlener(s)?

Indien relevant wordt bij de onderzoeksvragen ook gekeken naar verschillen tussen groepen patiënten naar type en “ernst” van de risicofactoren.

Bij bovenstaande geldt dat de aanbevolen zorg in de multidisciplinaire CBO-richtlijn/NHG-Standaard cardiovasculair risicomanagement en de zorgstandaard VRM als uitgangspunt dient.



## 2 Methode

Paragraaf 2.1 beschrijft hoe de patiënten voor dit onderzoek zijn benaderd. In paragraaf 2.2. wordt uiteengezet hoe de selectie van patiënten heeft plaatsgevonden en hoe de data zijn verzameld. Paragraaf 2.3 vermeldt dat een vragenlijst is gebruikt en hoe de vragenlijst is opgebouwd. Ten slotte volgt in de vierde paragraaf een beschrijving van de statistische methodes die gebruikt zijn.

### 2.1 Benaderen van patiënten via apotheken van UPPER

De selectie van patiënten voor dit onderzoek gebeurde via de apotheek. De reden hiervoor was tweeledig. In de eerste plaats heeft het werven van patiënten via apotheken een voordeel boven bijvoorbeeld het werven van patiënten via huisartspraktijken. We wilden een overall beeld van hoe de zorg georganiseerd is. Omdat apotheken vrijwel altijd patiënten van meerdere huisartsen en medisch specialisten hebben, kan meer variatie in zorgaanbod gevonden worden met 15 apotheken dan bijvoorbeeld met 15 huisartspraktijken. Ten tweede is het zo dat veel mensen met (een verhoogd risico op) hart- en vaatdoeningen medicatie gebruiken. De Richtlijn CVRM (waar de zorgstandaard VRM qua inhoud van de behandeling bij aansluit) adviseert bijvoorbeeld bij mensen met een tienjaarsrisico van sterfte door HVZ  $\geq 10\%$  om statines en/of antihypertensiva voor te schrijven.<sup>5</sup> Bij patiënten met een lager tienjaarsrisico wordt voorschrijven overwogen bij een belaste familieanamnese, obesitas en/of aanwijzingen voor eindorgaanschade.<sup>6</sup> Indien patiënten diabetes mellitus type 2 hebben en/of al een cardiovasculair incident hebben door-gemaakt, wordt vrijwel altijd het voorschrijven van een statine geadviseerd. Dit alles betekent dat op basis van medicatiegebruik patiënten met een (duidelijk) verhoogd risico op hart- en vaatziekten te identificeren zijn. Wel moet worden opgemerkt dat mensen die zich alleen richten op verandering van leefstijl door deze selectiemethode niet in de onderzoek zijn opgenomen. In de discussie zal aan de gevolgen van deze selectie aandacht besteed worden.

Het werven van apotheken gebeurde via UPPER, een initiatief van de afdeling Farmaco-epidemiologie en klinische farmacie van de Universiteit Utrecht. UPPER is een netwerk waaraan ongeveer 850 apotheken deelnemen waarvan een groot deel geïnteresseerd is in onderzoek naar patiëntenzorg. UPPER faciliteert derhalve onderzoek waarin data verzameld worden onder apothekers of patiënten. Op 12 februari is een oproep gedaan aan de apotheken van het netwerk. Zestig apotheken gaven zich binnen een week op, waarna er vijftien zijn geselecteerd op basis van spreiding over het land en urbanisatiegraad. De werving is daarna stopgezet.

---

<sup>5</sup> Uitzondering hierop zijn patiënten met een LDL-gehalte (cholesterol)  $< 2.5$  mmol/l respectievelijk systolische bloeddruk  $< 140$  mmHG is.

<sup>6</sup> Patiënten met een systolische bloeddruk van 180 mmHG komen sowieso in aanmerking voor behandeling met antihypertensiva.

## 2.2 Selectie patiënten en dataverzameling

In dit onderzoek waren we geïnteresseerd in patiënten die een verhoogd risico hebben op hart- en vaatziekten. Hierbij wilden we onderscheid maken naar de volgende groepen:

- personen met een hoog risico die net gediagnosticeerd zijn;
- personen met een hoog risico die al langer onder behandeling zijn;
- patiënten met HVZ die net gediagnosticeerd zijn;
- patiënten met HVZ die al langer onder behandeling zijn.

We hebben besloten de verschillende groepen patiënten te identificeren op basis van hun medicatiegebruik. Daarom zijn patiënten in de deelnemende apotheken op basis van hun geneesmiddelengebruik geselecteerd. Om dit op een efficiënte en gestandaardiseerde wijze te kunnen doen, hebben twee onderzoekers (CB, DP) en vier bij het onderzoek betrokken studenten de patiëntselectie in de deelnemende apotheken uitgevoerd. Hiervoor hebben zij elke apotheek tweemaal bezocht. De eerste keer zijn alle patiënten geselecteerd die in de twee maanden voorafgaand aan de start van de selectie (tussen 18 december 2009 en 18 februari 2010) geneesmiddelen voor cardiovasculaire aandoeningen hadden afgehaald in de apotheek. Selectie vond plaats op basis van de Anatomical Therapeutic Chemical (ATC-code). De ATC-code geeft codes aan werkzame stoffen geneesmiddelen. In totaal waren dat 24.835 mensen. Van deze patiënten is tevens alle medicatie van de afgelopen drie jaar geëxtraheerd.

UPPER heeft vervolgens een verdere selectie gemaakt. Mensen die geneesmiddelen gebruikten met de ATC's C02 (antihypertensiva), C03 (diuretica), C07 (betablokkers), C08 (calciumantagonisten), C09 (middelen die werken op het renine-angiotensine-systeem) en C10 (cholesterolverlagers) zijn geïnccludeerd met als uitzondering C07AA05 (propranolol) omdat dit middel vaak voor stress of preventie van migraine gebruikt wordt. Vervolgens zijn operationele definities gemaakt om patiënten in te kunnen delen in de vier voornoemde groepen. De ernst van het risico op een cardiovasculair event is bepaald aan de hand van het gebruik van een bloedverdunner (antitromboticum; ATC's B01AA (vitamine K-antagonisten) en B01AC (trombocytenaggregatieremmers, uitgezonderd heparine)). Het onderscheid tussen nieuwe en "bekende" patiënten is als volgt geoperationaliseerd. Nieuwe patiënten zijn mensen die één of twee voorschriften kregen. Bekende patiënten zijn mensen die minstens een jaar deze geneesmiddelen slikten en meer dan 40 voorschriften voor cardiovasculaire aandoeningen hebben afgehaald in de apotheek in de afgelopen drie jaar. Mensen die tussen 1 januari 2007 en 18 februari 2010 een bloedverdunner gebruikten zijn gedefinieerd als gebruikers met bloedverdunner. In totaal onderscheiden we in dit onderzoek dus vier groepen patiënten (zie Tabel 2.1).

Tabel 2.1 geeft voor elk van de vier groepen weer hoeveel mensen voldeden aan de criteria. Van de groep starters kreeg iedereen een vragenlijst toegestuurd. Van de chronische gebruikers met uitsluitend CVD-medicatie (gedefinieerd als een cholesterolverlagend en/of een bloeddrukverlagend middel) is één op de vier mensen geselecteerd en van de chronische gebruikers met CVD-medicatie met bloedverdunders is dat één op de tien. Omdat we voor het onderzoek een respons van 600 respondenten wilden halen onder andere om subgroepanalyses te kunnen doen, hebben we (ruim) 1500 mensen benaderd.

Eerdere onderzoeken lieten zien dat de respons bij dit soort onderzoeken ongeveer 40% is. De mensen die geselecteerd waren, zijn via een tweede bezoek aan de apotheek benaderd. Zij kregen een vragenlijst toegestuurd. Bij deze vragenlijst zat een aanbevelingsbrief van de apotheek. De patiënt kon de ingevulde vragenlijst in een bijgevoegde antwoordenvolp naar het NIVEL versturen. Omdat het NIVEL niet de adresgegevens aan de respondentnummers kon koppelen, kregen alle mensen die een vragenlijst hadden ontvangen na enkele weken een kaartje. Degenen die de vragenlijst al hadden ingestuurd werden met dit kaartje bedankt. Aan de anderen werd gevraagd of zij de vragenlijst alsnog wilden invullen.

Tabel 2.1: Groepen patiënten in het onderzoek uitgesplitst naar duur gebruik cardiovasculaire geneesmiddelen en het gebruik van een bloedverdunner

	Respondenten		
	Voldeden aan criteria	Geselecteerd	Netto respons
Starters met CVD-medicatie	703	703	270
Starters met CVD-medicatie en bloedverduunners	200	200	85
Chronische gebruikers met CVD-medicatie	1219	336	145
Chronische gebruikers met CVD-medicatie en bloedverduunners	3185	332	132
Totaal	5307	1571	632

### 2.3 Vragenlijst

Kenmerkende aspecten van de zorgstandaard vasculair risicomanagement zijn het individueel zorgplan en de centrale zorgverlener, zelfmanagement en een geïntegreerde aanpak. Het zorgplan is een individueel schriftelijk vastgelegd plan waarin afspraken tussen de patiënt en zijn zorgverlener(s) staan vermeld. Het zorgplan is uitdrukkelijk een plan van en voor de patiënt: het beschrijft de door de patiënt zelf (in overleg met zorgverleners) gestelde doelen. De Hart- en Vaatgroep heeft in werkboekvorm zo'n zorgplan gemaakt.<sup>7</sup> De centrale zorgverlener coördineert alle zorg voor de patiënt en bewaakt samen met de patiënt de afspraken in het zorgplan. Deze instrumenten moeten waarborgen dat de behandeling gestructureerd en geïntegreerd en daardoor volledig plaatsvindt. Daarnaast omschrijft de zorgstandaard de rol van zelfmanagement per risicofactor. Om gedetailleerd te kunnen vaststellen welke aspecten van de zorgstandaard al wel en welke nog niet worden toegepast, is voor dit onderzoek een vragenlijst ontwikkeld die naar deze aspecten van de behandeling van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten vraagt.

De vragenlijst is deels ontwikkeld op basis van bestaande vragenlijsten zoals de Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ), the Satisfaction with Information about Medicines Scale (SIMS) en een vragenlijst van het Nederlands Panel voor Chronische ziekten en Gehandicapten (NPCG). Daarnaast zijn ook vragenlijsten uit andere

<sup>7</sup> Deze zijn te bestellen bij de Hart&Vaatgroep ([www.hartenvaatgroep.nl](http://www.hartenvaatgroep.nl)) en de Nederlandse Hartstichting ([www.hartstichting.nl](http://www.hartstichting.nl))

onderzoeken gebruikt. De conceptvragenlijst is ter beoordeling voorgelegd aan met de begeleidingscommissie en opgesteld in samenwerking met de Nederlandse Hartstichting.

De vragenlijst bevat 69 vragen (zie bijlage 1) en is opgebouwd uit vier delen. In de vragenlijst komen de indicatoren uit de zorgstandaard VRM zoals weergegeven in tabel 1.1 terug, alsmede een aantal aanvullende vragen over de leefstijl, zorg en medicatie:

1. Leefstijl en gezondheid: dit deel bevatte onder andere vragen over risicofactoren (zoals hoge bloeddruk, hoog cholesterolgehalte, roken en bewegen) en aandoeningen (bijvoorbeeld hartfalen of CVA).
2. Huidige zorg en informatievoorziening: in dit deel werd onder andere gevraagd naar de organisatie van de zorg (centrale zorgverlener, samenwerking tussen zorgverleners, aanbod vervolgafspraken; indicatoren 4 t/m 6), het hebben van een individueel zorgplan (indicatoren 1 en 2) alsmede over het krijgen van adviezen inzake leefstijlveranderingen (indicatoren 3 en 11).
3. Medicijnen en de apotheek: dit onderdeel bevatte vragen over de informatievoorziening over medicijnen (indicator 3) en over de zorg in de apotheek.
4. Achtergrondinformatie: in dit onderdeel werd gevraagd naar sociaaldemografische kenmerken van de patiënt zoals geslacht, leeftijd en opleidingsniveau.

## **2.4 Data-analyse**

Er zijn beschrijvende analyses uitgevoerd (frequentieverdelingen en kruistabellen). Verschillen in achtergrondkenmerken tussen respondenten, non-respondenten en de landelijke huisartspopulatie verschillen in uitkomsten naar achtergrondkenmerken zijn getoetst met de chi-kwadraattoets. Alle analyses zijn uitgevoerd met STATA, versie 10. De percentages zijn meestal afgerond op gehele getallen. Daardoor zijn de totalen niet altijd exact gelijk aan 100 procent. Als op een vraag meerdere antwoorden mogelijk waren, kunnen de totalen uiteraard groter dan 100 procent zijn.

## 3 Resultaten

### 3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk begint met een beschrijving van de respons op vragenlijst en een vergelijking tussen de respondenten en de non-respondenten. Daarna volgt een overzicht van de achtergrondkenmerken van de respondenten. Vervolgens worden de leefstijl en gezondheid van de patiënt en de huidige zorg en informatievoorziening besproken. In het deel over de huidige zorg en informatievoorziening komen achtereenvolgens de centrale zorgverlener, voeding, stoppen met roken, bewegen, omgaan met stress, het zorgplan en medicijngebruik aan de orde. Indien relevant is onderscheid gemaakt tussen de vier groepen patiënten.

### 3.2 Respons en beschrijving populatie

#### 3.2.1 Respons

In totaal zijn 1571 mensen geselecteerd. Aan zes mensen is geen vragenlijst gestuurd omdat ze bij het tweede bezoek aan de apotheek bleken te zijn overleden. Er zijn dus 1565 vragenlijsten verstuurd. Hiervan kwamen zes vragenlijsten onbestelbaar retour, bleken twee personen overleden te zijn en bleken daarnaast vier mensen niet tot de doelpopulatie te behoren. Dit brengt het aantal netto verstuurd vragenlijsten op 1559. Het aantal ingevulde geretourneerde vragenlijsten was 652. Een deel hiervan was niet bruikbaar vanwege het feit dat er te veel missende waarden waren (N=17). Er werd bepaald dat een vragenlijst te veel missende waarden had als vijf of meer van de tien sleutelvragen niet waren ingevuld. De sleutelvragen zijn vragen die voor iedereen bestemd waren, cruciaal waren voor vervolgvragen en/of vroegen naar een kernaspect van de zorgstandaard.<sup>8</sup> Bovendien bleek uit de antwoorden dat de respondenten van twee vragenlijsten niet tot de doelpopulatie behoorden. Eén vragenlijst was door iemand anders dan de geadresseerde ingevuld. Uiteindelijk zijn de analyses gedaan op een steekproef van 632 respondenten, een netto respons van 40,5%.

#### 3.2.2 Non-respons analyses

Om na te gaan of de mensen die de vragenlijst retourneerden, verschillen van de mensen die dit niet deden, zijn deze twee groepen vergeleken op de variabelen die voor beide groepen beschikbaar zijn namelijk geslacht, leeftijd en patiëntengroep. Voor de non-respons analyse is uitgegaan van het aantal verstuurd vragenlijst (1565) min het aantal aangeschrevenen die niet tot de doelgroep bleken te horen (6). In totaal zijn 632 mensen (40,5%) als respondenten geassocieerd en de overige 927 mensen (59,5%) als non-respondenten.

Tabel 3.1 geeft de achtergrondkenmerken van de respondenten en non-respondenten weer. Er zijn geen significante verschillen tussen respondenten en niet-respondenten voor

---

<sup>8</sup> Het zijn de vragen 1, 2, 12, 14, 19, 27, 35, 43, 51 en 57 van de vragenlijst (bijlage 2).

patiëntengroep. Er zijn wel significante verschillen naar leeftijd en geslacht. Mensen die jonger zijn dan 50 jaar en mensen die ouder zijn dan 80 jaar retourneerden de vragenlijst significant minder vaak dan mensen tussen de 50 en 80 jaar oud. Mannen hebben de vragenlijst vaker ingevuld teruggestuurd dan vrouwen.

Tabel 3.1: Achtergrondkenmerken respondenten en non-respondenten

	Respondenten (N = 632)		Non-respondenten (N = 927)		Totaal (N = 1.559)	
	%	n	%	n	%	n
<b>Geslacht</b> p=0,032						
Man	51%	324	46%	424	48%	748
Vrouw	49%	308	54%	503	52%	811
<b>Leeftijdscategorie</b> p < 0,000						
< 40 jaar	5%	31	10%	97	8%	128
41-50 jaar	9%	59	17%	156	14%	215
51-60 jaar	27%	169	22%	207	24%	376
61-70 jaar	30%	189	22%	203	25%	392
71-80 jaar	22%	139	15%	136	18%	275
> 80 jaar	7%	45	14%	128	11%	173
<b>Patiëntengroep</b>						
Starters met CVD-medicatie	43%	270	46%	425	45%	695
Starters met CVD-medicatie en bloedverdunders	13%	85	12%	115	13%	200
Chronische gebruikers met CVD-medicatie	23%	145	21%	190	21%	335
Chronische gebruikers met CVD-medicatie en bloedverdunders	21%	132	21%	197	21%	329

### 3.2.3 Achtergrondkenmerken van de respondenten

Tabel 3.2 laat de achtergrondkenmerken van de respondenten per patiëntengroep zien. Er zijn significante verschillen tussen de vier patiëntengroepen als het gaat om opleiding, geslacht en leeftijd. Mannen gebruiken vaker een bloedverdunner dan vrouwen. Chronische gebruikers hebben vaker een lage opleiding. Het percentage chronische gebruikers zonder opleiding of met alleen basisonderwijs is ruim twee maal zo groot dan bij de starters. Bij de starters is het percentage mensen met een hogere opleiding groter. Het is bekend dat mensen met een lagere opleiding vaker een hoger risico op hart- en vaatziekten hebben maar het hangt uiteraard ook samen met leeftijd. Oudere mensen hebben vaak een lagere opleiding. Zoals te verwachten zijn chronische gebruikers ouder dan starters. De patiënten die een bloedverdunner gebruiken zijn ook ouder dan de mensen die geen bloedverdunner gebruiken.



Tabel 3.2: Achtergrondkenmerken van de respondenten per patiëntengroep

	Starters met CVD-medicatie %	Starters met CVD-medicatie en bloedverdunners %	Chron. gebr. met CVD-medicatie %	Chron. gebr. met CVD-medicatie en bloedverdunners %	Totaal %
<b>Opleiding</b> $p < 0.001$	N=262	N=84	N=145	N=126	N=617
Geen opleiding / basisonderwijs	12%	13%	26%	29%	19%
Lager beroepsonderwijs en VMBO	41%	37%	41%	37%	40%
Middelbaar beroepsonderwijs	17%	20%	14%	13%	16%
Hoger algemeen onderwijs	6%	8%	6%	6%	6%
HBO / WO	24%	21%	12%	15%	19%
<b>Geboorteland</b>	N=265	N=84	N=139	N=127	N=615
Nederland	88%	89%	96%	90%	90%
Anders	12%	11%	4%	10%	10%
<b>Geslacht</b> $p < 0.001$	N=265	N=84	N=139	N=127	N=615
Man	46%	65%	47%	61%	52%
Vrouw	54%	35%	53%	39%	48%
<b>Leeftijdscategorie</b> $p < 0.000$	N=263	N=83	N=137	N=127	N=610
< 40 jaar	10%	4%	1%	2%	5%
41-50 jaar	15%	7%	4%	2%	9%
51-60 jaar	32%	25%	26%	15%	26%
61-70 jaar	25%	43%	34%	30%	31%
71-80 jaar	13%	16%	24%	39%	21%
> 80 jaar	4%	5%	11%	13%	7%

### 3.3 Zorgverleners en samenwerking

#### 3.3.1 De centrale zorgverlener

Omdat vaak een team van zorgverleners betrokken is bij cardiovasculair risicomanagement is in de zorgstandaard geregeld dat één persoon aangewezen wordt als centrale zorgverlener. De centrale zorgverlener is het aanspreekpunt voor het hele behandelteam, inclusief de patiënt. Hij of zij ziet erop toe dat de afspraken aansluiten op de behoeftes en de wensen van de patiënt, dat de afspraken zijn afgestemd op elkaar en dat ze worden nageleefd. Daarom is in dit onderzoek onderzocht van welke zorgverlener de respondenten de meeste zorg en ondersteuning krijgen en met welke zorgverlener ze als eerste contact opnemen bij vragen, zorgen of problemen. Ook is de mening van patiënten over deze zorgverlener(s) gevraagd. Ruim de helft van de respondenten krijgt de meeste zorg en ondersteuning van de huisarts (Tabel 3.3). Mensen die ook een bloedverdunner gebruiken, noemen daarnaast vaak de cardioloog. Chronische gebruikers met CVD-medicatie en bloedverdunners krijgen zelfs iets vaker de meeste zorg en ondersteuning van de cardioloog dan van de huisarts. Overigens kon in deze groep 15% geen keuze maken voor één zorgverlener terwijl expliciet gevraagd was één antwoord te geven. Kennelijk is er voor hen meer dan één zorgverlener die een centrale rol in de zorgverlening vervullen. De meeste mensen die bij deze vraag meer dan één zorgverlener aanvinkten, kozen zowel zorgverleners uit de eerste lijn als zorgverleners uit de tweede lijn. Praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk worden vooral ingezet als de patiënten

nog geen bloedverdunner gebruiken. Van de chronische gebruikers met uitsluitend CVD-medicatie noemt bijna één op de vijf de praktijkondersteuner als de zorgverlener die de meeste zorg en ondersteuning biedt. Bij de starters met uitsluitend CVD-medicatie is dat één op de tien.

Tabel 3.3: Zorgverlener van wie de patiënt de meeste zorg en ondersteuning krijgt

	Starters met CVD-medicatie N= 266	Starters met CVD-medicatie en bloedverdunners N=84	Chron. gebr. met CVD-medicatie N=144	Chron. gebr. met CVD-medicatie en bloedverdunners N=131	Totaal N=625
Huisarts	73%	42%	57%	34%	57%
Praktijkondersteuner in de huisartspraktijk	10%	1%	19%	2%	9%
Cardioloog	6%	33%	5%	37%	16%
Internist	3%	2%	9%	3%	4%
Meerdere zorgverleners	5%	7%	4%	15%	6%
Andere zorgverlener	4%	14%	6%	10%	8%

Wanneer gevraagd wordt met wie de patiënt als eerste contact opneemt als hij of zij vragen, problemen of zorgen heeft over de behandeling van het risico op hart- en vaatziekten noemt ruim drie kwart (77%) de huisarts (Tabel 3.4). Bijna 90% van de starters met uitsluitend CVD-medicatie neemt als eerste contact op met de huisartsenpraktijk. De rol van de praktijkondersteuner is hier beperkt. Twee derde van de mensen die naast hun CVD-medicatie ook een bloedverdunner gebruiken, wendt zich ook tot de huisarts en 20% neemt als eerste contact op met de cardioloog.

Tabel 3.4: Zorgverlener met wie de patiënt het eerste contact opneemt wanneer er vragen, problemen of zorgen zijn

	Starters met CVD-medicatie N= 267	Starters met CVD-medicatie en bloedverdunners N=85	Chron. gebr. met CVD-medicatie N=142	Chron. gebr. met CVD-medicatie en bloedverdunners N=132	Totaal N=626
Huisarts	86%	65%	79%	66%	77%
Praktijkondersteuner in de huisartspraktijk	4%	2%	8%	0%	4%
Cardioloog	3%	21%	1%	17%	8%
Internist	2%	2%	5%	3%	3%
Meerdere zorgverleners	1%	4%	3%	6%	3%
Andere zorgverlener	4%	6%	4%	8%	5%

De huisarts vervult ook in de informatievoorziening over medicijnen een centrale rol, vooral bij de mensen die uitsluitend CVD-medicatie gebruiken (Tabel 3.5). Bijna de helft van alle mensen zegt de meeste informatie over medicijnen van de huisarts te krijgen

(46%). Bij de mensen die een bloedverdunner gebruiken is de cardioloog ook een belangrijke informatiebron. De apotheker is voor 23% van de respondenten diegene die de meeste informatie over medicijnen geeft, en is dat vaker bij mensen die ook een bloedverdunner gebruiken en die vaak ook gecompliceerdere medicatie hebben.

Tabel 3.5: Zorgverlener van wie de patiënt de meeste informatie over medicijnen krijgt

	Starters met CVD-medicatie N= 265	Starters met CVD-medicatie en bloedverdunners N=80	Chron. gebr. met CVD-medicatie N=140	Chron. gebr. met CVD-medicatie en bloedverdunners N=130	Totaal N=615
Huisarts	55%	25%	56%	31%	46%
Praktijkondersteuner in de huisartspraktijk	7%	4%	9%	2%	6%
Apotheker	23%	28%	19%	25%	23%
Cardioloog	6%	20%	5%	22%	11%
Verpleegkundige in het ziekenhuis	0,4%	11%	0%	5%	3%
Andere of meerdere zorgverlener(s)	9%	13%	12%	15%	11%

Als eerste aanspreekpunt bij vragen of problemen over medicijnen speelt de huisarts wederom een belangrijke rol (Tabel 3.6): twee derde van de mensen consulteert de huisarts als eerste bij problemen of vragen (66%). Mensen die ook een bloedverdunner gebruiken gaan ook wel naar de cardioloog. Opvallend is dat maar 16% van alle mensen als eerste contact opneemt met de apotheker als er vragen over of problemen zijn met de medicijnen. Van de groep mensen met de meest gecompliceerde medicatie (de chronische gebruikers met CVD-medicatie en bloedverdunners) is dit overigens bijna een kwart.

Tabel 3.6: Zorgverlener met wie de patiënt het eerste contact opneemt wanneer er vragen of problemen over medicijnen zijn

	Starters met CVD-medicatie N= 264	Starters met CVD-medicatie en bloedverdunners N=84	Chron. gebr. met CVD-medicatie N=136	Chron. gebr. met CVD-medicatie en bloedverdunners N=127	Totaal N=611
Huisarts	72%	63%	72%	51%	66%
Praktijkondersteuner in de huisartspraktijk	5%	1%	4%	0%	3%
Apotheker	14%	12%	13%	24%	16%
Cardioloog	4%	17%	2%	15%	8%
Verpleegkundige in het ziekenhuis	1%	1%	1%	1%	1%
Andere of meerdere zorgverlener(s)	4%	6%	7%	7%	6%

### 3.3.2 *Het individueel zorgplan*

Een individueel zorgplan is een schriftelijk vastgelegd plan waarin afspraken tussen de patiënt en zijn zorgverlener(s) staan vermeld; het is een plan van en voor de patiënt (zie ook paragraaf 2.3). Slechts 36 (6%) van de 613 mensen die deze vraag hebben beantwoord, geven aan dat zij samen met één van hun zorgverleners zo'n plan hebben opgesteld. Er is weinig onderscheid tussen de vier groepen patiënten. Tabel 3.7 bevat een overzicht van de onderdelen die wel of niet in de zorgplannen zijn opgenomen. Van de mensen die een zorgplan hebben, heeft ruim 90% (n=32) een afspraak gemaakt voor het vervolg van de behandeling.

Tabel 3.7: Informatie die het zorgplan bevat (N = 25 – 29)

	Ja	Nee	Weet ik niet
De factoren die bij u de kans op hart- en vaatziekten verhogen (bijvoorbeeld roken en/of een hoge bloeddruk)	56%	33%	11%
De doelen die u nastreeft om uw gezondheid te verbeteren (bijvoorbeeld afvallen of stoppen met roken)	78%	15%	7%
De manier waarop u deze doelen wilt gaan bereiken (bijvoorbeeld door een diëtist te bezoeken en meer te bewegen)	67%	19%	15%
Op welk tijdstip u welk doel wilt bereiken (bijvoorbeeld over een half jaar 5 kilo afvallen)	48%	38%	14%
Wie de centrale zorgverlener is (de persoon die uw zorg coördineert)	70%	7%	22%
De manier waarop uw zorgverleners, en met name uw centrale zorgverlener, u gaan begeleiden	60%	16%	24%
De manier waarop u de gemaakte afspraken gaat nabespreken	69%	12%	19%

### 3.3.3 *Samenwerking*

De zorgverlener met wie het eerste contact wordt opgenomen bij vragen zorgt volgens ruim de helft van de respondenten (55%) voor een goed verloop van de contacten tussen de verschillende zorgverleners en de patiënt. Bij chronisch gebruikers geldt dat voor twee derde van de mensen, terwijl bij de starters dit percentage duidelijk lager is (44-46%). De starters geven vaker aan dat ze niet weten of hun zorgverlener zorgt dat de contacten goed verlopen dan de chronische gebruikers. Er zijn maar weinig ( $\pm 10\%$ ) mensen die vinden dat hun zorgverlener niet zorgt dat de contacten met andere zorgverleners goed verlopen (zie Tabel 3.8).

Bij een derde deel van de mensen vraagt de centrale zorgverlener hoe de contacten met de andere zorgverleners zijn gegaan. Dit is ongeveer gelijk voor de vier groepen. Bij de chronische gebruikers geeft overigens ongeveer een derde deel aan dat deze vraag niet van toepassing is. Bij de starters met uitsluitend CVD-medicatie is dit percentage nog hoger. Aan ook ongeveer een derde van de patiënten vraagt de zorgverlener niet hoe de contacten met andere zorgverleners zijn verlopen.

De helft van de chronische gebruikers die geen bloedverdunners gebruiken hebben met hun zorgverlener een plan gemaakt om hun risicofactoren aan te pakken. Van de overige drie groepen is dat ongeveer een derde.

Tabel 3.8: Contacten tussen zorgverleners en de patiënt

	Starters met CVD-medicatie	Starters met CVD-medicatie en bloedverduunners	Chron. gebr. met CVD-medicatie	Chron. gebr. met CVD-medicatie en bloedverduunners	Totaal
Zorgt de zorgverlener met wie u als eerste contact opneemt dat de contacten tussen u en andere zorgverleners goed verlopen?	N=260	N=82	N=135	N=123	N=600
• Ja	46%	44%	70%	63%	55%
• Nee	9%	11%	4%	7%	8%
• Weet ik niet	45%	45%	26%	29%	38%
Heeft de zorgverlener met wie u als eerste contact opneemt gevraagd hoe uw bezoeken naar andere zorgverleners zijn gegaan?	N=264	N=81	N=136	N=126	N=607
• Ja	30%	32%	35%	38%	33%
• Nee	24%	35%	32%	35%	29%
• Weet ik niet	45%	33%	33%	27%	37%
Heeft de zorgverlener met wie u als eerste contact opneemt een plan gemaakt om uw risicofactoren aan te pakken?	N=259	N=81	N=134	N=122	N=596
• Ja	35%	31%	50%	35%	38%
• Nee	65%	69%	50%	65%	62%

Tabel 3.9 geeft de mening van de respondenten over de samenwerking tussen verschillende zorgverleners weer. Ruim een derde ontvangt wel eens tegenstrijdige informatie; chronische gebruikers met een bloedverdunner wat vaker (41%) dan de andere drie groepen (30-33%).

Patiënten moeten regelmatig hetzelfde verhaal vertellen tegen verschillende zorgverleners. Meer dan een kwart van de respondenten moet dat vaak of altijd. Ruim 40% van de patiënten hoeft nooit hetzelfde verhaal te vertellen; dit percentage is voor chronische patiënten hoger dan voor starters. Twee derde van de respondenten is tevreden over hoe hun zorg georganiseerd is. Chronische patiënten zijn vaker tevreden dan de starters.

Tabel 3.9: Samenwerking tussen zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling

	Starters met CVD-medicatie	Starters met CVD-medicatie en bloed-verdunners	Chron. gebr. met CVD-medicatie	Chron. gebr. met CVD-medicatie en bloed-verdunners	Totaal
Geven de verschillende zorgverleners u wel eens tegenstrijdige informatie of adviezen?	N=246	N=75	N=135	N=125	N=581
• Altijd	1%	3%	1%	2%	1%
• Meestal	4%	5%	3%	2%	3%
• Soms	25%	23%	29%	37%	28%
• Nooit	70%	69%	67%	60%	67%
Moet u steeds opnieuw hetzelfde verhaal vertellen bij de verschillende zorgverleners?	N=243	N=77	N=132	N=126	N=578
• Altijd	9%	12%	6%	11%	9%
• Meestal	21%	12%	14%	19%	18%
• Soms	32%	44%	32%	29%	33%
• Nooit	39%	32%	48%	40%	40%
Bent u tevreden over de manier waarop uw zorg georganiseerd is?	N=261	N=79	N=136	N=127	N=603
• Tevreden	61%	61%	70%	73%	66%
• Niet tevreden, niet ontevreden	30%	33%	26%	21%	28%
• Ontevreden	8%	6%	4%	6%	7%

### 3.4 Informatievoorziening en communicatie

Tabel 3.10 laat zien hoe patiënten aankijken tegen de ondersteuning van de zorgverlener die de meeste zorg biedt. Omdat er nauwelijks onderscheid in de antwoorden van de vier groepen is, worden alleen cijfers voor de totale groep gepresenteerd. Over het algemeen zijn de patiënten tevreden over de ondersteuning van hun zorgverlener. De meeste patiënten vinden dat ze kunnen zeggen wat ze denken en dat ze kunnen meedenken en meebeslissen over de behandeling en de zorg die ze krijgen. Zo zijn de meeste mensen ( $\geq 66\%$ ) het eens met de stellingen dat de zorgverlener luistert, zorgvuldig antwoord geeft, hen begrijpt en goed met hun emoties omgaat. Ook kunnen de meeste patiënten meedenken en meebeslissen over de behandeling ( $\geq 63\%$ ). Iets meer dan de helft voelt zich aangemoedigd om vragen te stellen. Een aanmerkelijk lager percentage ( $\leq 40\%$ ) is echter van mening dat de zorgverlener de patiënt actief vraagt om concreet en doelgericht mee te denken en te beslissen over de behandeling. Opvallend is het hoge aantal mensen dat aangeeft geen duidelijke mening over deze laatste drie stellingen in tabel 3.10 te hebben. Kennelijk vinden weinig mensen expliciet dat hun zorgverlener iets nalaat.

Tabel 3.10: Mening van de patiënt over de zorgverlener van wie de patiënt de meeste zorg en ondersteuning krijgt (n = 565 – 600)

	(Zeer) mee eens	Geen duidelijke mening	(Zeer) mee oneens
- Ik kan tegen mijn zorgverlener zeggen wat ik denk	89%	8%	4%
- Ik voel me begrepen door mijn zorgverlener	82%	13%	5%
- Mijn zorgverlener geeft zorgvuldig en volledig antwoord op mijn vragen	81%	14%	6%
- Mijn zorgverlener luistert naar hoe ik de dingen zou willen aanpakken	72%	21%	6%
- Mijn zorgverlener gaat goed om met mijn emoties en gevoelens	66%	27%	7%
- Mijn zorgverlener laat mij meedenken over keuzes in de behandeling	63%	25%	12%
- Ik kan meebeslissen over de behandeling of hulp die ik krijg	63%	25%	12%
- Mijn zorgverlener moedigt me aan vragen te stellen	55%	30%	15%
- Mijn zorgverlener heeft samen met mij doelen vastgesteld die ik graag wil bereiken in het omgaan met de risicofactoren voor hart- en vaatziekten	40%	35%	26%
- Mijn zorgverlener stimuleert mij om vóór het volgende contact na te denken over wat ik aan de orde wil stellen	34%	41%	25%
- Mijn zorgverlener heeft mij gevraagd wat voor doelen ik graag wil bereiken in het omgaan met de risicofactoren voor hart- en vaatziekten	34%	39%	28%

Het is interessant om mensen met een verschillende “centrale” zorgverlener met elkaar te vergelijken. Als we dat doen voor de mening van de mensen die de meeste zorg en ondersteuning krijgen van de huisarts en de mensen die de meeste zorg en ondersteuning van de cardioloog krijgen, blijkt dat de huisarts en de praktijkondersteuner over de hele linie positiever worden beoordeeld dan de cardioloog. De verschillen zijn het meest uitgesproken voor meedenken over keuzes in de behandeling, luisteren naar hoe de patiënt dingen zou willen aanpakken en omgaan met emoties en gevoelens. De praktijkondersteuner blijkt de patiënt het vaakst te stimuleren mee te denken en te beslissen over de behandeling en aan te moedigen vragen te stellen. Ondanks het lage percentage patiënten dat de meeste zorg en ondersteuning van de praktijkondersteuner krijgt, is er op deze punten een duidelijk verschil met de huisarts en de cardioloog.

Tabel 3.11: Percentage patiënten dat het (zeer) eens is met de volgende stellingen over de zorgverlener van wie de patiënt de meeste zorg en ondersteuning krijgt

	Huisarts N=322-342	Praktijk- ondersteuner N=55-57	Cardioloog N=87-94
- Ik kan tegen mijn zorgverlener zeggen wat ik denk	91%	91%	83%
- Ik voel me begrepen door mijn zorgverlener	83%	88%	77%
- Mijn zorgverlener geeft zorgvuldig en volledig antwoord op mijn vragen	82%	88%	72%
- Mijn zorgverlener luistert naar hoe ik de dingen zou willen aanpakken	76%	81%	56%
- Mijn zorgverlener gaat goed om met mijn emoties en gevoelens	70%	70%	49%
- Mijn zorgverlener laat mij meedenken over keuzes in de behandeling	65%	71%	51%
- Ik kan meebeslissen over de behandeling of hulp die ik krijg	62%	70%	51%
- Mijn zorgverlener moedigt me aan vragen te stellen	54%	74%	49%
- Mijn zorgverlener heeft samen met mij doelen vastgesteld die ik graag wil bereiken in het omgaan met de risicofactoren voor hart- en vaatziekten	39%	62%	25%
- Mijn zorgverlener stimuleert mij om vóór het volgende contact na te denken over wat ik aan de orde wil stellen	32%	54%	21%
- Mijn zorgverlener heeft mij gevraagd wat voor doelen ik graag wil bereiken in het omgaan met de risicofactoren voor hart- en vaatziekten	33%	51%	22%

Tabel 3.12 geeft de ervaringen weer van de patiënt met de zorgverlener van wie hij of zij de meeste zorg en ondersteuning ontvangt als het gaat om informatieverstrekking. (zie tabel B.3.2, Bijlage 3) Hoewel de meeste mensen vinden dat ze voldoende informatie hebben gekregen over hun klachten en de behandeling, is het percentage mensen dat aangeeft geen duidelijke uitleg te hebben gekregen of geen duidelijke mening heeft niet te verwaarlozen. Ruim een derde van de mensen heeft de bloeddrukwaarden en het cholesterolgehalte op papier meegekregen. Minder dan 30% heeft uitgelegd gekregen hoe andere zorgverleners ze kunnen helpen. Voor alle items geldt dat chronische gebruikers vaker uitleg hebben gekregen dan de starters. Bij de uitleg over de langetermijngevolgen is er nauwelijks verschil. Aan mensen die naast CVD-medicatie ook bloedverduunners gebruiken, is vaker verteld welke risicofactoren voor hart- en vaatziekten zij hebben. Praktijkondersteuners geven wanneer zij de centrale zorgverlener zijn vaker cholesterolgehalte en/of bloeddrukwaarden mee op papier dan huisarts of cardioloog. Bij de praktijkondersteuner gaf 54% aan het (helemaal) eens te zijn met deze stelling, bij de huisarts was dat 38% en bij de cardioloog 14%. Ook leggen praktijkondersteuners vaker aan de patiënt uit wat zij zelf kunnen doen aan de behandeling: 81% van de patiënten was het (helemaal) eens met deze stelling. Voor de huisarts en de cardioloog lagen deze percentages op respectievelijk 62% en 50%.



Tabel 3.12: Mening van de patiënt over de ervaringen met de zorgverlener van wie de patiënt de meeste zorg en ondersteuning krijgt (N = 563 – 587)

	(Zeer) mee eens	Geen duidelijke mening	(Zeer) mee oneens
- Ik heb duidelijke uitleg gekregen over mijn cholesterolgehalte en/of bloeddruk	69%	18%	13%
- Ik heb duidelijke uitleg gekregen over wat ik zelf kan doen aan mijn behandeling	62%	20%	18%
- Ik heb duidelijke uitleg gekregen over welke risicofactoren voor hart- en vaatziekten ik heb	57%	25%	18%
- Ik heb duidelijke uitleg gekregen over de mogelijke langetermijngevolgen van mijn klachten	51%	27%	22%
- Ik heb mijn cholesterolgehalte en/of bloeddrukwaarden op papier meegekregen	36%	15%	49%
- Mijn zorgverlener heeft me uitgelegd hoe andere zorgverleners mij ook zouden kunnen helpen	29%	32%	39%

In tabel 3.13 is aangegeven in hoeverre mensen informatie hebben gekregen over de medicijnen die ze voorgeschreven krijgen. Voor alle onderwerpen is gevraagd of patiënten vonden dat ze te veel, voldoende, te weinig of geen informatie hadden gekregen of dat ze het niet nodig vonden. Slechts een klein deel van de mensen vond dat ze te veel informatie kregen. In de tabel staat daarom alleen het percentage mensen vermeld dat geen of te weinig informatie hebben gekregen.

Starters en gebruikers van bloedverdunners vinden het vaakst dat ze geen/onvoldoende informatie hebben gekregen. Chronische gebruikers met uitsluitend CVD-medicatie vinden dat het minst vaak. Er zijn overigens duidelijke verschillen tussen de onderwerpen. Zo krijgen mensen wel te horen waarvoor het medicijn is, wat het medicijn doet, hoe en waarom het medicijn gebruikt moet worden en hoe herhaalmedicatie geregeld moet worden. Minder vaak wordt informatie gegeven over hoe het medicijn werkt, de bijwerkingen, interacties met andere medicijnen, wat de risico's zijn als het medicijn niet wordt ingenomen, hoe lang het medicijn gebruikt moet worden en wat te doen als een dosis vergeten wordt. Per item vindt 3 tot 8% van de alle respondenten dat ze de informatie niet nodig hebben. Voor 5% van de mensen is het zelfs niet nodig informatie te krijgen hoe het medicijn gebruikt moet worden. (percentages niet in de tabel)

Tabel 3.13: Percentage respondentent die geen of te weinig informatie hebben gekregen over hun medicijnen

Patiënt heeft geen of onvoldoende informatie gekregen:	Starters met CVD-medicatie N=242-259	Starters met CVD-medicatie en bloedverdunners N=77-82	Chron. met CVD-medicatie N=123-135	Chron. gebr. met CVD-medicatie en bloedverdunners N=111-122	Totaal N=564-598
Waarvoor het medicijn is	10%	29%	11%	16%	14%
Wat het medicijn doet	22%	36%	18%	27%	24%
Hoe het medicijn werkt	35%	49%	29%	40%	36%
Hoelang het duurt voor het medicijn werkt	41%	61%	35%	52%	45%
Hoe u merkt of het medicijn werkt	46%	58%	41%	46%	46%
Hoelang u het medicijn moet gebruiken	31%	51%	32%	38%	35%
Hoe u het medicijn moet gebruiken	10%	25%	11%	19%	14%
Waarom u het medicijn moet gebruiken	9%	23%	10%	16%	13%
Hoe u uw herhaalmedicatie krijgt	13%	18%	8%	12%	12%
Of het medicijn bijwerkingen heeft	41%	58%	37%	43%	43%
Wat de kans is dat u bijwerkingen krijgt	47%	63%	43%	53%	50%
Wat u moet doen als u bijwerkingen krijgt	49%	65%	45%	49%	50%
Of er wisselwerkingen zijn met andere medicijnen	45%	54%	39%	35%	43%
Wat de risico's zijn als u het medicijn niet inneemt	44%	55%	39%	46%	46%
Wat u moet doen als u een dosis vergeten bent	45%	54%	37%	42%	44%

### 3.5 Leefstijl en gezondheid

Aan alle respondentent is gevraagd welke risicofactoren voor hart- en vaatziekten zij hebben (Tabel 3.14). Twee derde van de mensen geeft aan een hoge bloeddruk te hebben. Daarnaast geeft 15% van de mensen aan geen hoge bloeddruk te hebben terwijl ze wel een bloeddrukverlagend middel slikken. Een reden hiervoor kan zijn dat hun bloeddruk door de medicijnen niet meer te hoog is. Dit kan ook (onder andere) het hoge percentage starters met CVD-medicatie en bloedverdunners dat aangeeft geen risicofactoren te hebben verklaren. Een hoog cholesterolgehalte komt bij 43% van de mensen voor. Ook hier zegt 12% van de respondentent geen hoog cholesterol te hebben terwijl wel een cholesterolverlager gebruikt wordt. Diabetes is bij bijna een kwart van de respondentent gediagnosticeerd en komt aanmerkelijk vaker voor bij patiënten die chronisch middelen gebruiken voor cardiovasculaire aandoeningen. Een op de tien mensen zegt ernstig overgewicht te hebben. Chronische patiënten geven vaker aan ernstig overgewicht te hebben dan starters (Tabel 3.14 en tabel B.3.1, Bijlage 3).

Tabel 3.14: Percentage patiënten met de volgende risicofactoren voor hart- en vaat-ziekten

	Starters met CVD-medicatie	Starters met CVD-medicatie en bloedverdunners	Chron. gebr. met CVD-medicatie	Chron. gebr. met CVD-medicatie en bloedverdunners	Totaal
	N=261	N=84	N=142	N=128	N=615
Hoog cholesterol	33%	40%	50%	59%	43%
Hypertensie	66%	44%	87%	66%	67%
Ernstig overgewicht	9%	2%	15%	10%	10%
Diabetes	15%	7%	37%	38%	24%
Geen van deze risicofactoren	11%	36%	4%	10%	13%
	N=266	N=83	N=140	N=128	N=617
BMI 25-30	45%	41%	44%	45%	44%
BMI > 30	19%	10%	35%	29%	23%

Figuur 3.1 laat zien hoeveel mensen roken, vaak spanning en/of stress voelen, te weinig bewegen en overgewicht hebben.

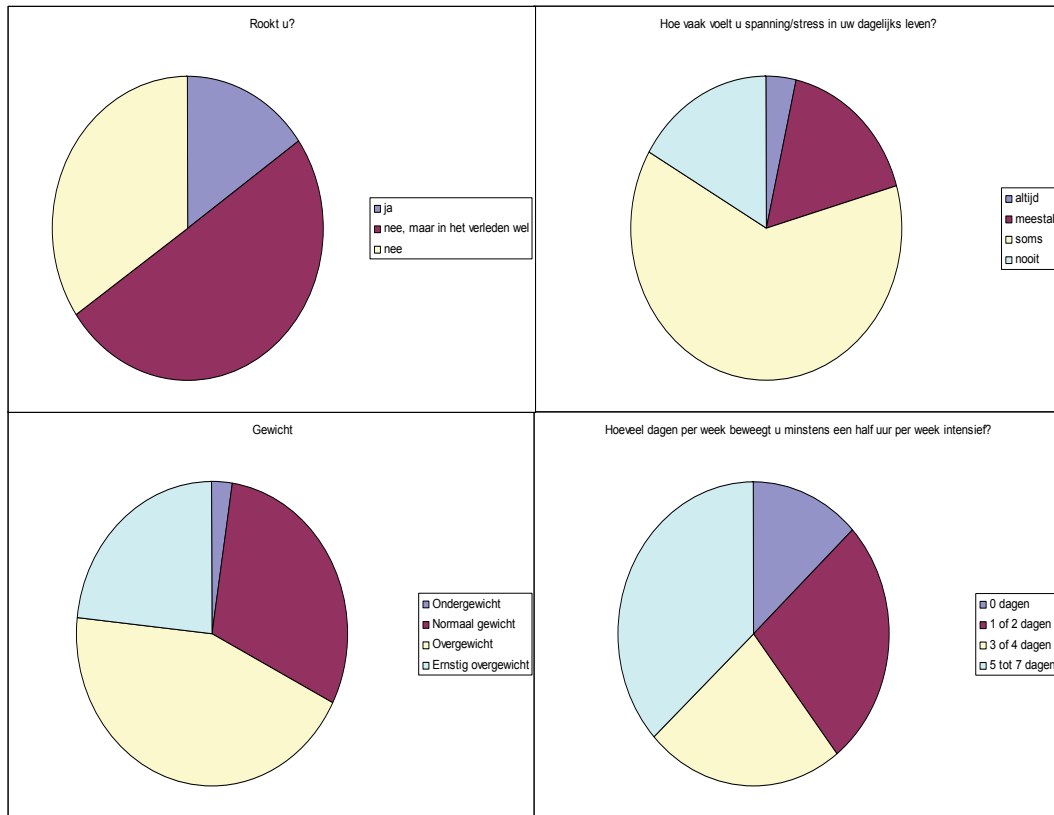
**Roken:** Ruim 15% van de mensen uit de onderzoekspopulatie rookt. De helft heeft in het verleden gerookt. Het percentage rokers is het hoogst onder starters met CVD-medicatie en bloedverdunners (19%). Bij de chronische gebruikers met CVD-medicatie en bloedverdunners is het percentage rokers het laagst (12%). Daar staat tegenover dat het percentage ex-rokers binnen deze groep het hoogst is (59%). Meer dan 80% van de mensen die in het verleden gerookt hebben, zijn meer dan vijf jaar geleden gestopt.

**Stress en/of spanning:** De meeste mensen geven aan dat ze soms stress en/of spanning ervaren. Bij de chronische gebruikers met CVD-medicatie en bloedverdunners voelt het hoogste percentage mensen nooit stress (22%). Bij de starters met uitsluitend CVD-medicatie is dat percentage het laagst (12%).

**Bewegen:** Ruim een derde (37%) van de respondenten beweegt vijf dagen of meer per week een half uur matig intensief. 13% beweegt daarentegen nooit. Dit laatste percentage is hoger bij de chronische gebruikers.

**Gewicht:** De respondenten is ook gevraagd wat hun gewicht en lichaamslengte is. Daaruit blijkt dat bijna een kwart van de mensen in de studiepopulatie ernstig overgewicht (BMI > 30) heeft. 14% van de mensen vindt dat zij niet aan ernstig overgewicht lijden, terwijl ze wel een BMI hebben dat hoger dan 30 is. Slechts enkele mensen met een BMI lager dan 30 vinden zelf dat ze aan ernstig overgewicht lijden. Het percentage mensen met ernstig overgewicht (op basis van BMI) is het laagst bij de starters met CVD-medicatie en bloedverdunners (10%) en het hoogst bij de chronische gebruikers die uitsluitend CVD-medicatie gebruiken (35%). In deze laatste groep heeft maar liefst 79% matig tot ernstig overgewicht. Chronische gebruikers hebben vaker last van ernstig overgewicht dan starters.

Figuur 3.1: Prevalentie roken (n=627), spanning/stress (N=627), bewegen (N=585) en gewicht (N=617) (alle patiëntengroepen)



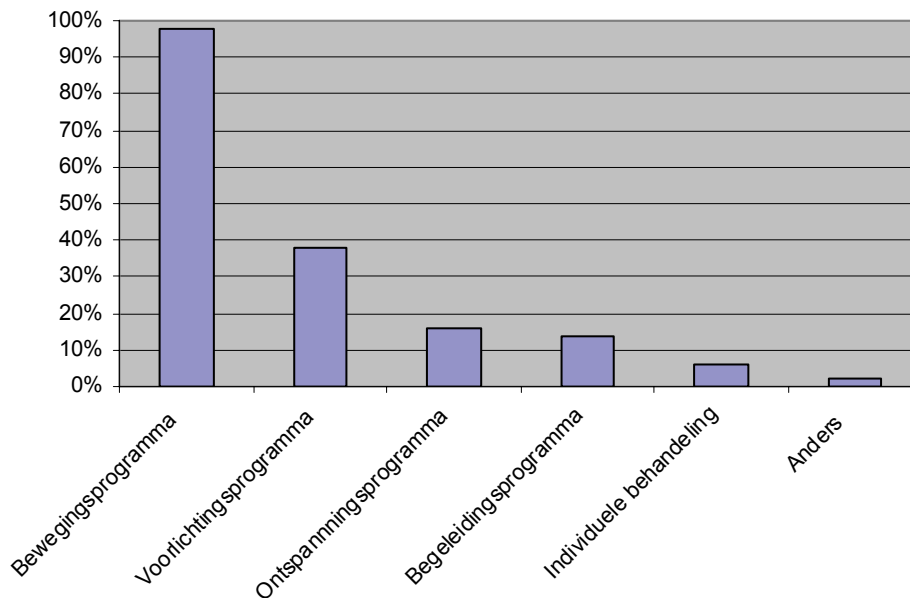
Tabel 3.15 laat zien welke hart- en vaatziekten de mensen in de onderzoeksgroep hebben (doorgemaakt). Angina pectoris komt het vaakst voor, gevolgd door een dotter- of stent-behandeling, een hartinfarct en een TIA. Er kan worden aangenomen dat patiënten die naast CVD-medicatie ook bloedverdunners krijgen voorgeschreven een duidelijk hoger risico lopen op een (nieuw) cardiovasculair incident. Dit blijkt ook uit de resultaten: mensen die een bloedverdunner gebruiken zijn duidelijk vaker geconfronteerd met hart- en vaatziekten. Bij starters is dat 57% en bij meer dan 90% van deze mensen heeft het event het laatste half jaar plaatsgevonden. Van de chronische gebruikers met een bloedverdunner zegt 80% een (cardio)vasculair incident doorgemaakt te hebben (zie tabel 3.15 voor de gevraagde events). Drie kwart van deze groep geeft aan dat het incident meer dan een jaar geleden heeft plaatsgevonden.

Tabel 3.15: Percentage patiënten die de volgende aandoeningen en behandelingen hebben doorgemaakt

	Starters met CVD-medicatie N= 230	Starters met CVD-medicatie en bloedverdunners N=82	Chron. gebr. met CVD-medicatie N=124	Chron. gebr. met CVD-medicatie en bloedverdunners N=128	Totaal N=552
Angina pectoris	2%	20%	8%	37%	14%
Hartinfarct	3%	10%	4%	29%	10%
TIA	0,5%	20%	2%	21%	8%
Beroerte / CVA	1%	12%	0%	7%	4%
Perifeer arterieel vaatlijden	3%	2%	2%	8%	4%
Dotter- of stentbehandeling	2%	15%	2%	36%	12%
By-pass-operatie	0%	4%	4%	18%	6%
Geen van deze aandoeningen	92%	43%	87%	20%	67%

Aan de mensen die een incident hebben doorgemaakt, is gevraagd of zij hierna revalidatie hebben gehad. Ruim de helft van hen, 57%, (N=164) heeft dat niet gehad. Bijna een derde (30%) heeft hartrevalidatie gehad, 6% revalidatie na een beroerte, 4% looptraining en 2% andere revalidatie. Nagenoeg iedereen die hartrevalidatie heeft gehad, heeft een bewegingsprogramma gevolgd (Figuur 3.2).

Figuur 3.2: Programma dat mensen die hartrevalidatie kregen, hebben gevolgd (N=50)



In Tabel 3.16 geeft een overzicht van wat respondenten zelf rapporteren over hun medicijngebruik. Weinig respondenten geven aan dat ze niet weten wat ze slikken. Een meerderheid van alle respondenten (65-92%) geeft aan bloeddrukverlagers (inclusief plaspillen) te gebruiken. Bij starters die geen bloedverdunner gebruiken, zien we dat er duidelijk minder co-medicatie is dan in de andere patiëntgroepen. Zoals te verwachten hebben de chronisch gebruikers met een bloedverdunner de meeste cardiovasculaire en diabetesmedicatie.

Tabel 3.16: Medicijnen op recept van arts (zelfrapportage)

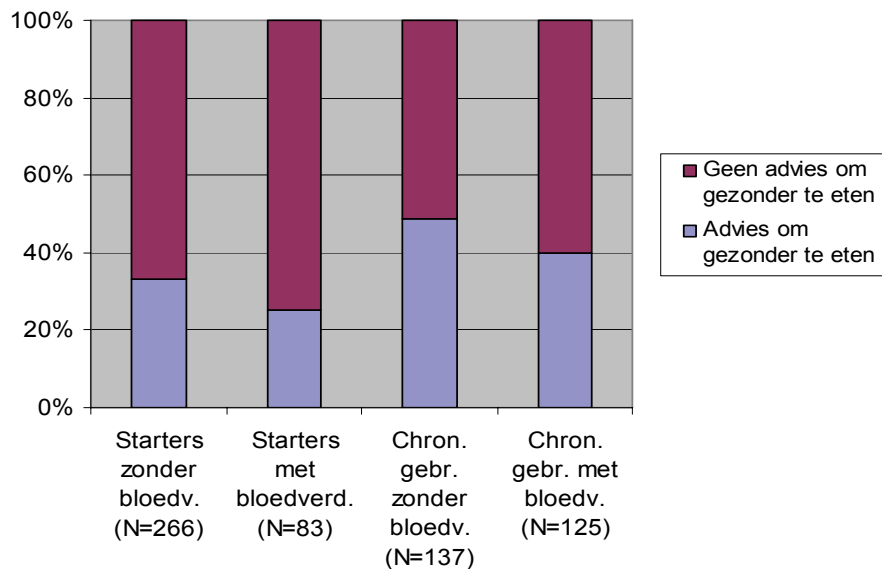
	Starters met CVD-medicatie N=265	Starters met CVD-medicatie en bloedverduunners N=84	Chron. gebr. met CVD-medicatie N=142	Chron. gebr. met CVD-medicatie en bloedverduunners N=132	Totaal N=623
Bloeddrukverlagers/ plaspillen	73%	65%	92%	88%	80%
Cholesterolverlagers	31%	54%	61%	77%	51%
Bloedverduunners	4%	82%	6%	83%	32%
Bloedsuikerverlagende middelen	9%	5%	29%	31%	18%
Vaatverwijders voor het hart	3%	20%	11%	37%	14%
Weet ik niet	2%	1%	4%	5%	3%

## 3.6 Ondersteuning bij leefstijl

### 3.6.1 Gezonder eten

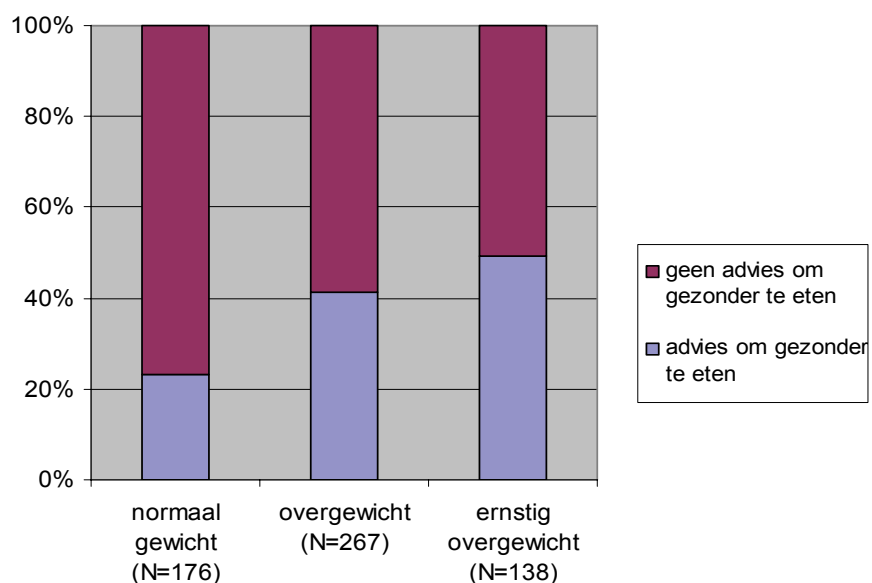
Aan 37% van de geënquêteerden is het advies gegeven gezonder te eten. Aan de chronische gebruikers is vaker het advies gegeven gezonder en/of minder te eten (Figuur 3.3).

Figuur 3.3: Percentage personen aan wie wel of geen advies is gegeven om gezonder en/of minder te gaan eten per patiëntengroep



Mensen met overgewicht krijgen vaker het advies gezonder te eten: het advies is gegeven aan 49% van de mensen met ernstig overgewicht, 41% van de mensen met matig overgewicht en aan 23% van de mensen met een normaal gewicht (Figuur 3.4). Aan de hand van de BMI is bepaald of een respondent een normaal gewicht (BMI 20-25), licht overgewicht (BMI 25-30) of ernstig overgewicht (BMI >30) heeft. Een klein aantal mensen met ondergewicht is niet in de grafiek opgenomen.

Figuur 3.4: Percentage personen aan wie wel of geen advies is gegeven om gezonder te gaan eten naar gewicht



Het advies om gezonder te eten wordt het vaakst gegeven door de huisarts en de praktijkondersteuner (Tabel 3.17). Relatief gezien geeft de praktijkondersteuner veel leefstijladviezen. Hoewel slechts 9% van de mensen de meeste zorg en ondersteuning van de praktijkondersteuner krijgt, heeft 21% van de mensen die het advies hebben gekregen gezonder te eten dit advies van de praktijkondersteuner gekregen. Van de huisarts krijgt 57% van de mensen de meeste zorg en ondersteuning. De huisarts heeft aan 53% van de mensen die het advies hebben gekregen gezonder te eten dit advies gegeven. Verreweg de meeste mensen aan wie het advies gegeven is gezonder te eten vonden het advies duidelijk. Slechts een klein percentage mensen gaf aan hun voedingspatroon niet te willen (2%) of kunnen veranderen (4%). Met twee derde van de mensen die een advies kregen, zijn concrete afspraken gemaakt, met een derde dus niet. Vaak is geadviseerd om gezonder of minder te eten maar er zijn ook specifiekere afspraken gemaakt zoals regelmatigiger eten en minder zout, drop of snoep. Aan chronische gebruikers is hierbij vaker ondersteuning aangeboden dan aan de starters. Bijna alle mensen aan wie begeleiding is aangeboden maken daar gebruik van. De meeste mensen (76%) zijn tevreden over de ondersteuning die ze krijgen. Bijna niemand geeft aan echt ontevreden te zijn. Over het resultaat is 46% tevreden. Bijna 15% is nog te kort geleden begonnen om iets over het resultaat te kunnen zeggen.



Tabel 3.17: Ervaringen van mensen die het advies hebben gekregen gezonder te eten\*

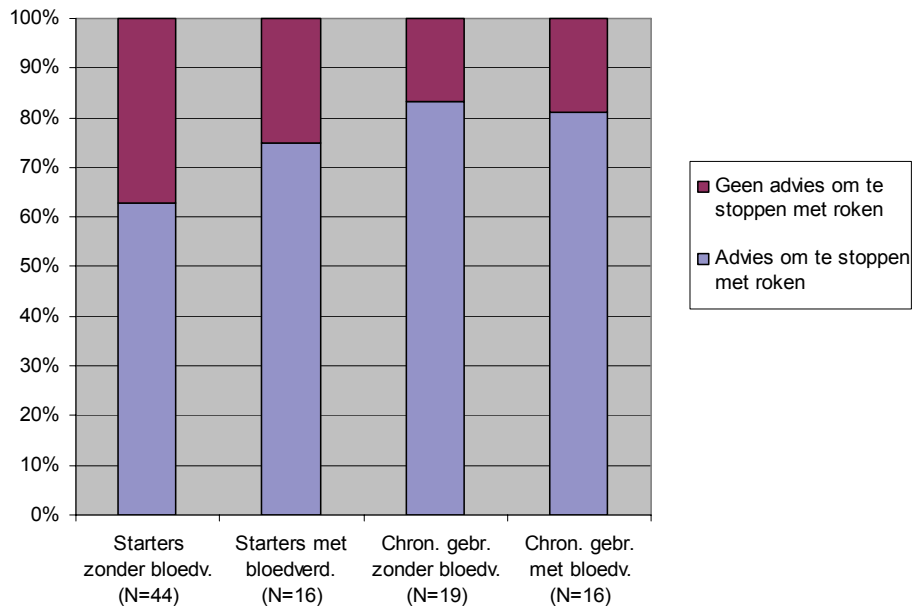
	Starters met CVD-medicatie	Starters met CVD-medicatie en bloedverduunners	Chron. gebr. met CVD-medicatie	Chron. gebr. met CVD-medicatie en bloedverduunners	Totaal
<b>Mensen die het advies hebben gekregen gezonder te eten</b>	N=81-86	N=21	N=62-64	N=48-49	N=213-226
Advies gegeven door huisarts	66%	43%	48%	40%	53%
Advies gegeven door praktijkondersteuner	21%	14%	25%	17%	21%
Advies gegeven door cardioloog	5%	10%	14%	29%	13%
Advies gegeven door internist	5%	10%	11%	15%	9%
Advies gegeven door verpleegkundige in zh	6%	10%	3%	8%	6%
Anders (voornamelijk diëtist)	20%	33%	30%	31%	27%
Het advies was duidelijk	92%	81%	92%	88%	90%
Concrete afspraken gemaakt:	63%	67%	63%	60%	62%
- proberen minder te eten	22%	5%	22%	27%	22%
- proberen gezonder te eten	52%	43%	55%	41%	49%
- anders	12%	29%	6%	12%	12%
<b>Mensen met wie concrete afspraken zijn gemaakt</b>	N=48-53	N=11-13	N=37-38	N=24-27	N=123-131
Begeleiding aangeboden	53%	38%	82%	73%	64%
- doorverwezen naar de diëtist	53%	38%	74%	67%	60%
- doorverwezen naar de gewichtsconsulent	0%	0%	8%	0%	2%
- andere begeleiding	2%	0%	5%	12%	5%
Gebruik gemaakt van begeleiding	47%	38%	78%	71%	60%
- naar diëtist gegaan	47%	38%	76%	67%	58%
- naar gewichtsconsulent gegaan	2%	0%	5%	0%	2%
- andere begeleiding	4%	0%	0%	4%	2%
Tevreden over de ondersteuning	75%	64%	70%	89%	76%
Tevreden over het resultaat	42%	36%	42%	62%	46%

\*Aantallen kunnen onderling iets verschillen omdat niet alle mensen alle vragen hebben beantwoord.

### 3.6.2 *Stoppen met roken*

Ruim 70% van de mensen die roken geeft aan dat hen geadviseerd is om te stoppen met roken (Figuur 3.5). Ook hier komen de meeste adviezen van de huisarts maar ook de cardioloog raadt zijn patiënten vaak aan te stoppen.

Figuur 3.5: Percentage personen aan wie wel of geen advies is gegeven om te stoppen met roken per patiëntengroep



Het advies was voor de meeste mensen duidelijk. Met bijna 60% van de mensen aan wie geadviseerd is te stoppen met roken zijn concrete afspraken gemaakt (Tabel 3.18). Aan ruim 40% van de mensen met wie concrete afspraken zijn gemaakt, is daarbij begeleiding aangeboden. Er zijn ook nog vragen gesteld over de begeleiding en over de resultaten. Vanwege de kleine aantallen zijn de resultaten van deze vragen niet in de tabel opgenomen. Van de mensen met wie concrete afspraken zijn gemaakt, is 10% doorverwezen naar een stoppen-met-rokencursus, 14% is gewezen op nicotinevervangers en 10% is gewezen op antirookmedicijnen. De vragen zijn alleen gesteld aan de mensen die aangegeven hebben te roken. Ongeveer de helft van de respondenten heeft in het verleden gerookt. Zij zijn dus wel succesvol gestopt. Omdat 80% van deze mensen al meer dan 5 jaar geleden gestopt is, waren vragen over de adviezen en de begeleiding bij het stoppen met roken ook niet zinvol geweest.

Tabel 3.18: Ervaringen van mensen die het advies hebben gekregen te stoppen met roken\*

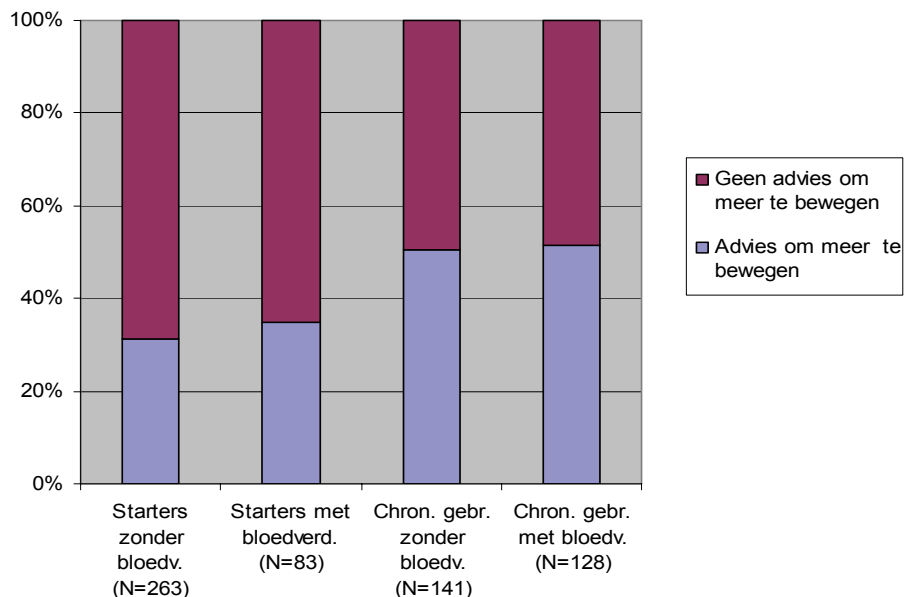
	Starters met CVD-medicatie	Starters met CVD-medicatie en bloedverduunners	Chron. gebr. met CVD-medicatie	Chron. gebr. met CVD-medicatie en bloedverduunners	Totaal
<b>Mensen die het advies hebben gekregen te stoppen met roken</b>	N=26-27	N=11-12	N=14-15	N=13	N=64-67
Advies gegeven door huisarts	73%	58%	87%	62%	71%
Advies gegeven door praktijkondersteuner	23%	8%	33%	15%	21%
Advies gegeven door cardioloog	4%	50%	20%	46%	24%
Het advies was duidelijk	70%	75%	93%	100%	82%
Concrete afspraken gemaakt:	58%	82%	57%	38%	58%
- proberen te stoppen met roken	19%	55%	36%	23%	30%
- proberen minder te roken	35%	27%	21%	15%	27%
- anders	4%	0%	0%	0%	2%

\*Aantallen kunnen onderling iets verschillen omdat niet alle mensen alle vragen hebben beantwoord

### 3.6.3 Meer bewegen

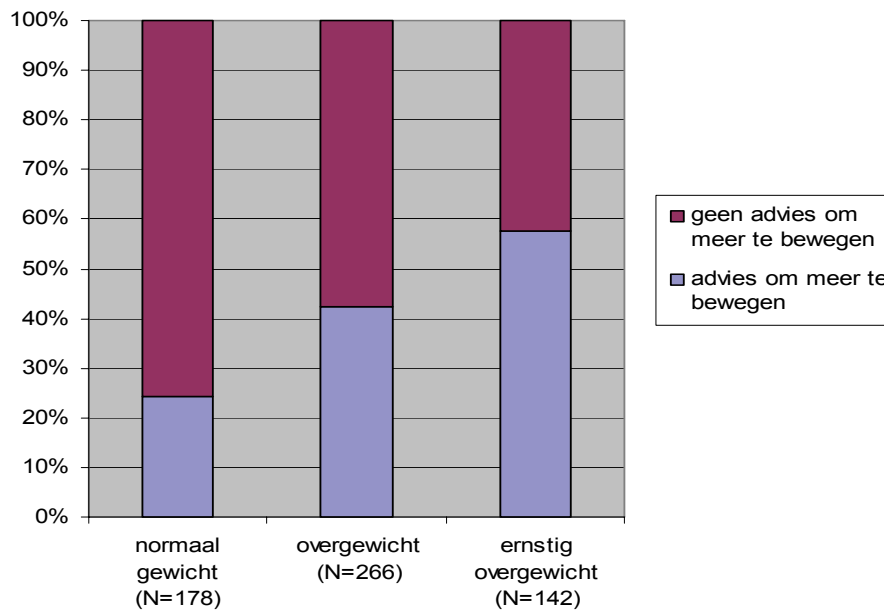
Het advies om meer te bewegen is aan 40% van de geënquêteerden gegeven. Bij de chronische gebruikers is het advies aan ongeveer de helft van de respondenten gegeven (Figuur 3.6). Het advies om meer te bewegen gaat vaak samen met het advies om gezonder te eten. Bijna 70% van de mensen die het advies krijgen gezonder te eten krijgen ook het advies meer te bewegen.

Figuur 3.6: Percentage personen aan wie wel of geen advies is gegeven om meer te bewegen per patiëntengroep



Net als bij het advies om gezonder te eten krijgen mensen met overgewicht vaker het advies meer te bewegen. Het advies om meer te bewegen is gegeven aan 57% van de mensen met ernstig overgewicht, 42% van de mensen met matig overgewicht, 24% van de mensen met een normaal gewicht (Figuur 3.7). Aan de hand van de BMI is bepaald of een respondent een normaal gewicht (BMI 20-25), licht overgewicht (BMI 25-30) of ernstig overgewicht (BMI>30) heeft. Een klein aantal mensen met ondergewicht is niet in de figuur opgenomen.

Figuur 3.7: Aantal personen aan wie wel of geen advies is gegeven om meer te bewegen naar gewicht



Het advies wordt meestal door de huisarts of praktijkondersteuner gegeven maar ook wel door de cardioloog. Bijna iedereen vond het een duidelijk advies (Tabel 3.19). Met bijna de helft van de mensen aan wie het advies is gegeven meer te bewegen is ook een concrete afspraak gemaakt om meer te gaan bewegen. Aan 38% van de mensen met wie een concrete afspraak is gemaakt is begeleiding aangeboden. Meestal wordt verwezen naar de fysiotherapeut. Slechts een enkele keer raadt de zorgverlener een meer-bewegen-programma of een beweeggroep aan. De meeste mensen aan wie begeleiding is aangeboden, maken daar ook gebruik van. Twee derde van de mensen zijn tevreden over de ondersteuning die ze krijgen. Over het resultaat is 42% tevreden. Een kwart is te kort geleden begonnen en kan nog niets over het resultaat zeggen. Opgemerkt moet worden dat de laatste twee vragen door een kleine groep zijn ingevuld.

Tabel 3.19: Ervaringen van mensen die het advies hebben gekregen meer te bewegen\*

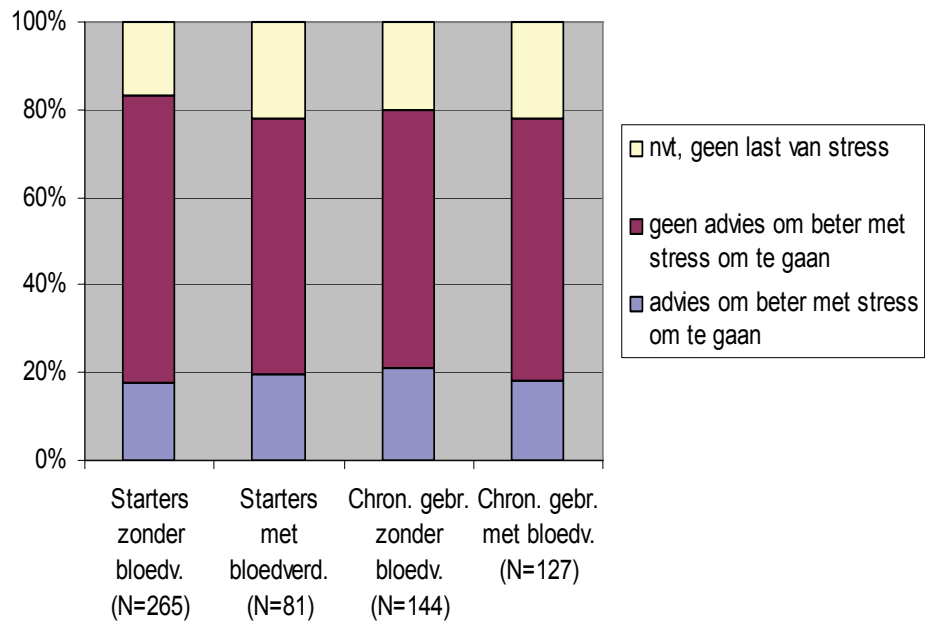
	Starters met CVD-medicatie	Starters met CVD-medicatie en bloedverduunners	Chron. gebr. met CVD-medicatie	Chron. gebr. met CVD-medicatie en bloedverduunners	Totaal
<b>Mensen die het advies hebben gekregen meer te bewegen</b>	N=77-81	N=27-29	N=66-70	N=58-66	N=228-245
Advies gegeven door huisarts	75%	45%	56%	62%	62%
Advies gegeven door praktijkondersteuner	25%	14%	43%	6%	24%
Advies gegeven door cardioloog	7%	28%	10%	38%	19%
Advies gegeven door internist	2%	3%	11%	8%	7%
Advies gegeven door neuroloog / vaatchirurg	4%	17%	0%	11%	6%
Advies gegeven door verpleegkundige in zh	1%	10%	1%	9%	4%
Anders	17%	31%	16%	23%	20%
Het advies was duidelijk	88%	83%	96%	98%	92%
Concrete afspraken gemaakt:	58%	52%	62%	57%	58%
- proberen meer te bewegen	51%	41%	59%	52%	52%
- anders	8%	15%	3%	5%	7%
<b>Mensen met wie concrete afspraken zijn gemaakt</b>	N=37-45	N=10-12	N=31-39	N=24-27	N=102-122
Begeleiding aangeboden	29%	58%	32%	50%	38%
- fysiotherapie	13%	25%	19%	32%	20%
- meer-bewegenprogramma	13%	0%	14%	11%	11%
- beweeggroep van De Hart&Vaatgroep	2%	8%	0%	4%	2%
- andere begeleiding	7%	33%	3%	7%	8%
Gebruik gemaakt van begeleiding	32%	58%	44%	44%	41%
- fysiotherapie	11%	42%	23%	37%	24%
- meer-bewegenprogramma	9%	33%	15%	7%	13%
- andere begeleiding	14%	8%	10%	15%	12%
Tevreden over de ondersteuning	49%	80%	71%	79%	66%
Tevreden over het resultaat	30%	64%	45%	46%	42%

\*Aantallen kunnen onderling verschillen omdat niet alle mensen alle vragen hebben beantwoord

### 3.6.4 Omgaan met stress

Bijna 20% van de mensen heeft het advies gekregen beter met stress en/of spanning om te gaan. Er zijn niet veel verschillen tussen de verschillende patiëntengroepen (Figuur 3.8).

Figuur 3.8 Percentage personen aan wie wel of geen advies is gegeven om beter met stress om te gaan per patiëntengroep



Het advies wordt meestal door de huisarts maar ook wel door de cardioloog gegeven (Tabel 3.20). Met ongeveer de helft van de mensen zijn concrete afspraken gemaakt en aan bijna de helft van de mensen met wie concrete afspraken zijn gemaakt, is begeleiding aangeboden. De meeste mensen zijn doorverwezen naar een psycholoog. Aan een klein aantal mensen is een stressmanagement- of ontspanningscursus aangeraden. De meeste mensen die begeleiding hebben aangeboden gekregen, maken daar gebruik van. Twee derde is tevreden over de ondersteuning en ruim 40% is tevreden over het resultaat. Eén op de tien is nog te kort geleden begonnen om iets over het resultaat te kunnen zeggen. Opgemerkt moet worden dat het bij de mensen met wie concrete afspraken zijn gemaakt om kleine aantallen gaat.

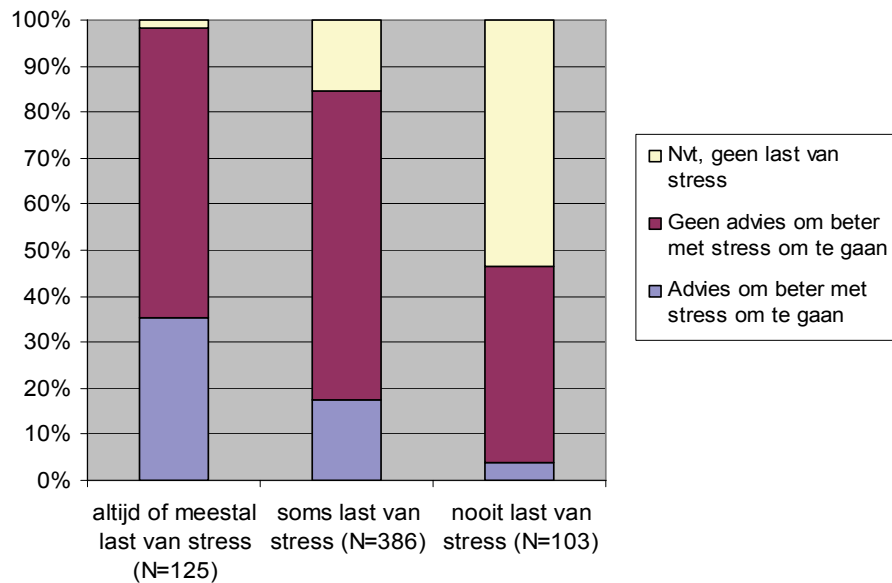
Tabel 3.20: Ervaringen van mensen die het advies hebben gekregen om stress en spanning te vermijden of er beter mee om te gaan\*

	Starters met CVD-medicatie	Starters met CVD-medicatie en bloedverduunners	Chron. gebr. met CVD-medicatie	Chron. gebr. met CVD-medicatie en bloedverduunners	Totaal
<b>Mensen die het advies hebben gekregen beter met stress en/of spanning om te gaan</b>	N=46	N=16	N=28-30	N=23	N=113-115
Advies gegeven door huisarts	80%	44%	77%	61%	70%
Advies gegeven door praktijkondersteuner	2%	6%	20%	4%	8%
Advies gegeven door cardioloog	11%	19%	17%	39%	19%
Advies gegeven door internist	4%	0%	7%	4%	4%
Advies gegeven door neuroloog/vaatchirurg	2%	6%	3%	17%	6%
Advies gegeven door verpleegkundige in zh	4%	19%	10%	13%	10%
Anders	20%	44%	10%	17%	20%
Het advies was duidelijk	78%	75%	83%	70%	77%
Concrete afspraken gemaakt:	48%	63%	68%	43%	54%
- proberen beter met stress om te gaan	20%	44%	43%	22%	29%
- proberen stress te vermijden	22%	25%	32%	17%	24%
- anders	11%	6%	0%	4%	6%
<b>Mensen met wie concrete afspraken zijn gemaakt</b>	N=20-22	N=7-9	N=15-16	N=7-10	N=50-57
Begeleiding aangeboden	50%	89%	44%	30%	51%
- doorverwezen naar de psycholoog	36%	44%	25%	10%	30%
- gewezen op ontspanningcursus	14%	33%	6%	10%	14%
- andere begeleiding	5%	33%	19%	10%	14%
Gebruik gemaakt van begeleiding	55%	86%	44%	43%	54%
- naar psycholoog gegaan	36%	43%	25%	29%	33%
- naar stressmanagementcursus gegaan	9%	15%	0%	0%	6%
- naar ontspanningscursus gegaan	18%	14%	13%	0%	13%
- andere begeleiding	9%	29%	6%	14%	12%
Tevreden over de ondersteuning	65%	57%	67%	75%	66%
Tevreden over het resultaat	45%	25%	47%	33%	40%

\*Aantallen kunnen onderling iets verschillen omdat niet alle mensen alle vragen hebben beantwoord

Twintig procent van de mensen geeft aan meestal of altijd stress en/of spanning te voelen in het dagelijks leven (Figuur 3.9). Van deze mensen krijgt 35% het advies de stress en/of spanning te verminderen of te vermijden. Bijna 63% van de mensen in de onderzoekspopulatie ervaart soms stress en/of spanning. Van deze groep mensen krijgt 18% het advies iets aan de stress en/of spanning te doen. Hoewel deze groep heeft aangegeven soms last van stress te hebben, vindt 15 % dat een advies om beter met stress om te gaan niet op hen van toepassing is.

Figuur 3.9: Percentage personen aan wie wel of geen advies is gegeven om beter met stress om te gaan naar de mate waarin stress wordt ervaren

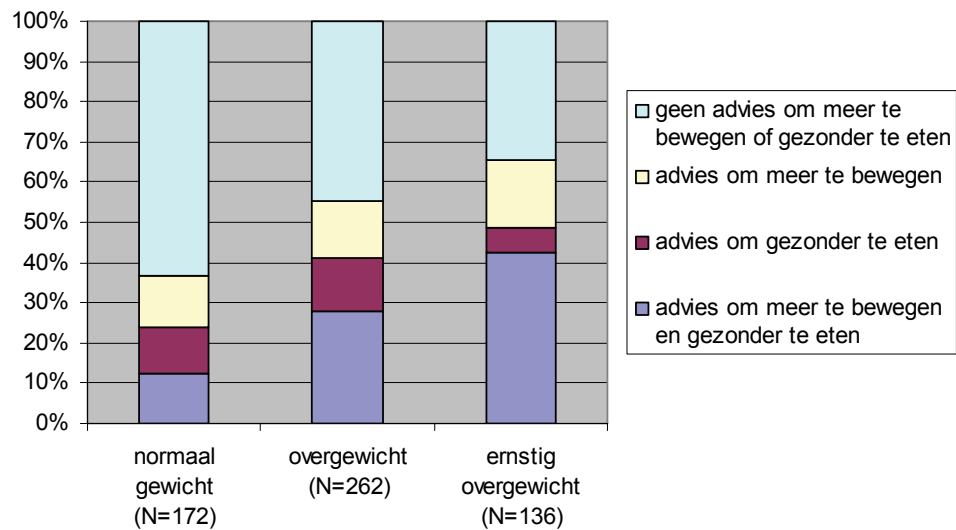


### 3.6.5 Leefstijladvies

Een derde van de respondenten heeft geen enkel leefstijladvies ontvangen. Het advies om meer te bewegen gaat vaak samen met het advies om gezonder te eten (Figuur 3.10).



Figuur 3.10: Aantal personen aan wie wel of geen advies is gegeven om meer te bewegen en/of gezonder te eten naar gewicht



Tabel 3.21 tot slot bevat een samenvattend overzicht van de ervaringen van de respondenten over leefstijladviezen. De meeste mensen die roken hebben het advies gekregen daarmee te stoppen. De adviezen om gezonder te eten en te bewegen worden ongeveer even vaak gegeven. Mensen die het advies krijgen meer te bewegen, krijgen minder vaak begeleiding aangeboden dan mensen die het advies krijgen gezonder te eten. Ook als ze geen begeleiding krijgen, zijn mensen vaak tevreden over de ondersteuning. Men is minder tevreden over de ondersteuning bij het stoppen met roken. Dit komt waarschijnlijk omdat de vragen alleen gesteld zijn aan mensen die nu nog roken.

Tabel 3.21: Ervaringen van mensen met leefstijladviezen\*

	Gezonder eten	Stoppen met roken	Meer bewegen	Omgaan met stress
Advies gekregen	N=611 37%	N=93 72%	N=615 40%	N=617 20%
<b>Mensen die een advies hebben gekregen</b>	N=226	N=64	N=228	N=113
Concrete afspraken gemaakt	62%	58%	58%	54%
<b>Mensen met wie concrete afspraken zijn gemaakt</b>	N=123-131	N=31-37	N=102-122	N=50-57
Begeleiding aangeboden	64%	49%	38%	51%
Gebruik gemaakt van begeleiding	60%	35%	41%	54%
Tevreden over ondersteuning	76%	35%	66%	66%
Tevreden over resultaat	46%	13%	42%	40%

\*Aantallen kunnen onderling verschillen omdat niet alle mensen alle vragen hebben beantwoord



## 4 Samenvatting, discussie en conclusie

### 4.1 Samenvatting

In 2009 is de zorgstandaard VRM uitgebracht door het Platform Vitale Vaten. In deze zorgstandaard staat beschreven hoe volgens gebruikers en deskundigen (patiënten, zorgverleners en wetenschappers) de zorg rondom de aanpak van risicofactoren voor hart- en vaatziekten georganiseerd zou moeten worden voor patiënten met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten. Wat zorgverleners ook allemaal doen (adviseren, voorschrijven, behandelen, begeleiden): uiteindelijk is het ook aan de patiënt zelf om medicijnen in te nemen en te werken aan een meer gezonde leefstijl. Het is belangrijk dat patiënten zich realiseren dat zij mede verantwoordelijk zijn en dat zij ondersteund worden in het oppakken van die verantwoordelijkheid (zelfmanagement). In de zorgstandaard krijg de patiënt daarom een actieve rol door zelf mee te denken en mee te beslissen over goede zorg. Patiënten en zorgverleners stellen samen de gezondheidsproblemen vast, de prioriteiten in de behandeling, de doelen, en de zorgplannen. De afspraken worden vastgelegd in een *individueel zorgplan*. Dit helpt patiënten actief hun problemen aan te pakken, waarbij zij kunnen worden geholpen door hun sociale omgeving en door zorgverleners. De zorgstandaard VRM raadt daarbij aan om één zorgverlener als centrale zorgverlener aan te wijzen. Met dit onderzoek heeft de Hartstichting een nulmeting voor de zorgstandaard uitgezet.

De volgende onderzoeksvragen zijn in dit onderzoek beantwoord:

- Hoe ervaren mensen met (een verhoogd risico op) door atherosclerose veroorzaakte hart- en vaatandoeningen de zorg van hun zorgverleners en de samenwerking tussen hun zorgverleners?
- Hoe ervaren deze mensen de informatievoorziening door zorgverleners als het gaat om de uitleg van het risico op hart- en vaatziekten en behandelmogelijkheden?
- In hoeverre voeren deze mensen zelfmanagementactiviteiten ten aanzien van leefstijl en therapietrouwbevordering zoals vermeld in de zorgstandaard VRM uit? In hoeverre worden zij hierin ondersteund door de centrale zorgverlener(s)?

Indien relevant is gekeken naar verschillen tussen groepen patiënten naar type en “ernst” van de risicofactoren. Voor dit onderzoek is een schriftelijke vragenlijst verstuurd naar 1559 mensen die medicijnen voor hart- en vaatziekten gebruiken. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen mensen bij wie pas kort geleden een verhoogd risico op hart- en vaatziekten is geconstateerd en mensen bij wie dat al langer bekend is. Ook wilden we onderscheid maken naar de ernst van het risico. Dit is geoperationaliseerd door een groep mensen die net begonnen zijn met het gebruik van bloeddrukverlagers en/of cholesterolverlagers (CVD-medicatie) te vergelijken met mensen die deze middelen al langer gebruiken. Om de ernst van het risico in te schatten hebben we mensen die een bloedverdunner gebruiken vergeleken met mensen die geen bloedverdunner gebruiken. De netto respons was 40,5% (n=632). Hieronder worden per onderzoeksvraag (in afzonderlijke paragrafen) de belangrijkste resultaten weergegeven.

#### 4.1.1 *Zorgverleners en samenwerking*

##### *Centrale zorgverlener*

De huisarts speelt bij de meeste patiënten een belangrijke en centrale rol in de zorg voor hart- en vaatziekten. De meeste patiënten zien de huisarts als de zorgverlener waarvan zij de meeste zorg en ondersteuning krijgen. Voor de mensen die een bloedverdunner gebruiken en hoogstwaarschijnlijk al geconfronteerd zijn met cardiovasculaire incidenten is dat ook (maar in mindere mate) de cardioloog. De mensen die uitsluitend CVD-medicatie gebruiken komen ook wel bij de praktijkondersteuner, maar nemen toch vaak als eerste contact op met de huisarts als er vragen, problemen of zorgen zijn.

De zorgverlener met wie de respondenten als eerste contact opnemen bij vragen zorgt er volgens twee derde van de chronische gebruikers voor de contacten met andere zorgverleners goed verlopen. Bij de starters is dat percentage ongeveer 45%. Aan een derde van de respondenten wordt door deze zorgverlener ook gevraagd hoe de bezoeken naar de andere zorgverleners zijn gegaan. Aan een derde is dat niet gevraagd en een derde vindt dat deze vraag niet van toepassing is. Daarnaast geeft bijna een derde van de mensen aan soms of vaker tegenstrijdige informatie te ontvangen van verschillende zorgverleners. Meer dan een kwart van de mensen moet vaak of altijd hetzelfde verhaal vertellen; een derde moet dat soms.

Ook wat betreft problemen, vragen en zorgen over medicijnen is de huisarts verreweg de belangrijkste zorgverlener. De cardioloog is dat voor een beperkt deel van de mensen die ook een bloedverdunner gebruiken en waarschijnlijk al een cardiovasculair incident hebben doorgemaakt. De apotheker speelt voor bijna een kwart van de respondenten een duidelijke rol in de informatievoorziening voor medicijnen, vooral voor de mensen die naast de CVD-medicatie ook een bloedverdunner gebruiken. Opvallend is dat vooral de chronische gebruiker met CVD-medicatie en bloedverduuners de apotheker weet te vinden. Aan de andere kant ziet nog geen 16% van de patiënten de apotheker als eerste aanspreekpunt voor vragen over medicijnen. In die zin is de rol van de apotheker nog beperkt.

##### *Het individueel zorgplan*

Het zorgplan is een essentieel onderdeel van de zorgstandaard. In de korte tijd dat de zorgstandaard beschikbaar is het zorgplan nog nauwelijks toegepast. Voor 6% van de mensen in de onderzoekspopulatie is een zorgplan opgesteld. En deze zorgplannen bevatten nog niet alle informatie die een zorgplan volgens de zorgstandaard zou moeten bevatten. Wel geeft ruim een derde van alle respondenten aan dat er een plan gemaakt is om de risicofactoren aan te pakken.

#### **4.1.2 Informatievoorziening en communicatie**

Over het algemeen vinden de respondenten dat hun zorgverlener hen begrijpt, goed luistert, antwoord geeft op hun vragen en dat ze kunnen zeggen wat ze denken. Ongeveer twee derde van de respondenten is van mening dat ze mee kunnen denken en mee kunnen beslissen over hun behandeling. Aan de andere kant wordt van de patiënt nog niet vaak een actieve inbreng gevraagd. Ongeveer een derde van de respondenten krijgt de vraag wat voor doelen hij wil bereiken, 40% stelt deze doelen samen met de zorgverlener vast en een derde wordt gestimuleerd voor het volgende contact na te denken wat hij aan de orde wil stellen.

Twee derde van de respondenten heeft duidelijke uitleg gekregen over hun cholesterolgehalte en/of hoge bloeddruk en wat ze zelf kunnen doen aan de behandeling. De helft vond de uitleg over hun eigen risicofactoren en de langetermijnevolgen van de klachten duidelijk. Slechts een derde heeft het cholesterolgehalte en de bloeddrukwaarden op papier meegekregen. Aan bijna 30% is uitgelegd hoe andere hulpverleners ze zouden kunnen helpen.

De meeste mensen geven aan basale en praktische informatie over hun medicijnen te hebben ontvangen. Ze weten waarvoor het medicijn is, wat het doet, hoe en waarom het medicijn gebruikt moet worden en hoe herhaalmedicatie geregeld moet worden. Echter, over de werking, bijwerkingen, wisselwerkingen met andere geneesmiddelen en therapietrouw heeft ongeveer de helft geen of te weinig informatie gekregen. Bij chronische gebruikers is informatie vaker verstrekt dan bij starters.

#### **4.1.3 Ondersteuning bij leefstijl**

De helft van de mensen in de onderzoeksgroep heeft in het verleden gerookt. Zij zijn succesvol gestopt. Bijna 15% rookt nog. Ruim een derde geeft aan voldoende te bewegen. Bijna twee derde beweegt dus onvoldoende vaak. Slechts 30% van de mensen in de onderzoeksgroep heeft een normaal gewicht; 23% heeft ernstig overgewicht. Bijna 80% heeft nooit of soms last van spanning en/of stress. Ruim één op de vijf heeft meestal of altijd last van stress.

Zorgverleners adviseren de minderheid van hun patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten om hun leefstijl aan te passen. Zo kreeg 37% van de patiënten het advies gezonder te eten, 40% om meer te bewegen en bijna 20% om beter met stress om te gaan of stress te vermijden. Van de rokers kreeg echter wel ruim 70% het advies om te stoppen. Al met al zijn er nog veel mensen die overgewicht hebben, roken en/of last van stress hebben die geen adviezen krijgen om hun leefstijl te veranderen. Bovendien is er maar een beperkt aantal mensen bij wie het advies ondersteund wordt door concrete afspraken en begeleiding. Als mensen begeleiding krijgen aangeboden, maken ze daar overigens meestal gebruik van. De meeste mensen zijn tevreden over de begeleiding met uitzondering van de ondersteuning bij roken. Mensen die begeleiding krijgen bij het veranderen van hun leefstijl vinden echter dat het resultaat nog vaak te wensen over laat. De huisarts geeft de meeste adviezen, gevolgd door de praktijkondersteuner en de cardioloog.

## 4.2 Discussie onderzoeksmethode

In dit rapport is onderscheid gemaakt tussen mensen bij wie pas kort geleden een verhoogd risico op hart- en vaatziekten is geconstateerd en mensen bij wie dat al langer bekend is. Ook wilden we onderscheid maken naar de ernst van het risico. Dit is geoperationaliseerd door een groep mensen die net begonnen zijn met het gebruik van bloeddrukverlagers en/of cholesterolverlagers (CVD-medicatie) te vergelijken met mensen die deze middelen al langer gebruiken. Om de ernst van het risico in te schatten hebben we mensen die een bloedverdunner gebruiken vergeleken met mensen die geen bloedverdunner gebruiken. Dit onderscheid is in de resultaten duidelijk terug te zien. Zo hebben patiënten die een bloedverdunner gebruiken veel vaker een cardiovasculair incident gehad en komen zij vaker bij de cardioloog dan patiënten die geen bloedverdunner gebruiken. Er zijn overigens geen grote of essentiële verschillen in de behandeling tussen de verschillende patiëntgroepen. Door de selectie op basis van medicatiegebruik zijn in dit onderzoek alleen mensen opgenomen die medicijnen gebruiken voor hun verhoogd risico op hart- en vaatziekten en geen mensen die zich alleen op leefstijl richten. Waarschijnlijk zijn dat voornamelijk mensen met een licht verhoogd risico omdat een arts bij een sterker verhoogd risico zal aandrigen om preventieve medicijnen te gebruiken.

Deze vragenlijst is aan 1565 mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten gestuurd. Zoals bij vergelijkbare vragenlijsten was de respons slechts 40%. Tussen de respondenten en non-respondenten waren geen significante verschillen voor geslacht en patiëntengroep. Er waren wel significante verschillen naar leeftijd. Mensen tussen de 50 en 80 jaar hebben de vragenlijst significant vaker ingevuld dan mensen jonger dan 50 jaar en mensen die ouder zijn dan 80 jaar. Mensen die ouder dan 80 jaar zijn, zullen zichzelf minder vaak in staat achten de toch omvangrijke vragenlijst te beantwoorden. Bij mensen jonger dan 50 jaar zal een hoger percentage mensen een erfelijk verhoogd risico op hart- en vaatziekten hebben. Daarnaast is de verwachting dat in deze leeftijdscategorie meer mensen voorkomen die geselecteerd zijn omdat ze “alleen“ een hoge bloeddruk hebben. Deze mensen zullen minder snel herkennen dat zij tot een risicogroep voor hart- en vaatziekten behoren. Overigens rapporteren de respondenten zelf een hoge score op risicofactoren. Voor zover vergelijkbaar komt dit in grote lijnen overeen met de prevalentie bij mensen met hart- en vaatziekten (Van Dis en Kaasjager, 2008). Omdat de patiënten in het onderzoek allemaal al medicatie gebruiken voor hun (verhoogd risico op) hart- en vaatziekten is dit ook te verwachten.

De vragen over stoppen met roken zijn alleen gesteld aan mensen die nog rookten toen ze de vragenlijst invulden. Daardoor is er geen informatie beschikbaar van de mensen die wel succesvol zijn gestopt. Omdat de vragen nu alleen beantwoord zijn door mensen die wel geadviseerd zijn te stoppen maar nog steeds roken, geeft dat waarschijnlijk een te negatief beeld. De helft van de respondenten heeft in het verleden gerookt. Voor 80% is dat meer dan vijf jaar geleden.

Verreweg de meeste informatie uit dit onderzoek is verkregen door zelfrapportage. Doordat mensen niet altijd goed op de hoogte zijn, zaken vergeten of sociaal wenselijke antwoorden geven, kunnen hun antwoorden afwijken van de werkelijke situatie. Bij de

vragen over het geneesmiddelengebruik is een vergelijking tussen zelfgerapporteerde data en in de apotheek geregistreerde data mogelijk. Meer dan 80% van de patiënten die geselecteerd zijn op gebruik van bloedverdunners geeft aan deze ook te gebruiken. Van de mensen waarvan in de apotheekdata van de laatste twee maanden voorafgaand aan de start van de selectie geen bloedverdunners staan vermeld, geeft 5% aan bloedverdunners te gebruiken. Een deel van deze mensen kan ook inmiddels gestopt of gestart zijn met het gebruik van bloedverdunners. Voor gewicht hadden we in ons onderzoek twee verschillende (zelfgerapporteerde) maten. Enerzijds vroegen we aan mensen zelf of zij overgewicht hadden. Anderzijds vroegen we hen naar hun lengte en gewicht en berekenden zo hun BMI. Veel minder mensen geven op de directe vraag aan ernstig overgewicht te hebben dan uit de eveneens zelfgerapporteerde gewicht en lengte (BMI) blijkt. Voor BMI is in verschillende onderzoeken een sterke positieve correlatie gevonden tussen zelfgerapporteerde data en geregistreerde data (McAdams, 2007; Voogdt, 2010).

### 4.3 Discussie resultaten en vergelijking met de nulmeting onder huisartsen

#### **Centrale zorgverlener en samenwerking zorgverleners**

In de zorgstandaard is de centrale zorgverlener het aanspreekpunt voor het hele behandelteam, inclusief de patiënt. Deze zorgverlener ziet erop toe dat de afspraken aansluiten op de behoeftes en de wensen van de patiënt, dat ze zijn afgestemd op elkaar en dat ze worden nageleefd. Uit het onderzoek blijkt dat de zorgverlener met wie de patiënt als eerste contact opneemt (en die hiermee een centrale rol speelt) lang niet altijd vraagt naar bezoeken aan andere zorgverleners. Ook krijgen mensen regelmatig tegenstrijdige informatie en moeten vaak hun verhaal opnieuw vertellen. Dit duidt erop dat zorgverleners samenwerking met andere zorgverleners en de coördinatie van de zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten nog weinig als hun verantwoordelijkheid zien. Dit beeld komt overeen met de bevindingen uit de nulmeting onder huisartsen (Vervloet 2010) waarin de helft van de huisartsen aangeeft afspraken te maken met zorgverleners uit de eerste lijn zoals diëtisten, diabetesverpleegkundigen en apothekers en slechts één op de vijf met zorgverleners uit de tweede lijn. Het gaat dan vooral om transmurale afspraken over de wijze van verwijzen en terugverwijzen met internisten en cardiologen.

De verpleegkundige, in de patiëntenversie (deel II) van de zorgstandaard als voorbeeld opgevoerd voor een centrale zorgverlener, speelt nu in de ogen van de patiënt nog een beperkte rol in hun behandeling. Dit kan echter een kwestie van tijd zijn. Het percentage chronisch zieken dat contact heeft met een praktijkondersteuner is de afgelopen jaren namelijk flink gestegen. De stijging is vooral te danken aan een stijging van deze contacten bij patiënten met diabetes en patiënten met astma of COPD. Ook de gespecialiseerd verpleegkundigen speelt een steeds grotere rol in de zorg voor chronisch zieken, vooral voor diabetes en astma en COPD. Dit kan een weerspiegeling zijn van het feit dat de zorg voor astma en COPD en de diabeteszorg voorlopers zijn wat (multidisciplinair) diseasemanagement betreft. (Heijmans, 2009, 2010).

### **Individueel zorgplan**

Voor 6% van de respondenten is een zorgplan opgesteld. Er is nauwelijks onderscheid tussen mensen die al langer bekend zijn met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten en mensen die dat nog maar net zijn. Opvallend is dat iets meer dan een kwart van de huisartsen in de nulmeting onder huisartsen aangeeft een individueel zorgplan op te stellen; van deze groep doet 40% dat voor een meerderheid van hun patiënten. Omdat slechts 20% van de huisartsen zich kan herinneren de zorgstandaard te hebben ontvangen, doelen zij hierbij waarschijnlijk op een plan dat onderdelen van een individueel zorgplan bevat (Vervloet, 2010).

### **Leefstijladvisering, informatievoorziening en ondersteuning**

De meeste mensen vinden dat ze de meest basale en praktische informatie ontvangen hebben. Diepgaandere informatie hebben aanmerkelijk minder mensen ontvangen. Dit geldt voor alle groepen, maar vooral voor de meer complexe patiënten die al eerder een cardiovasculair event hebben meegemaakt. Het kan zijn dat ze niet minder informatie krijgen maar dat ze meer behoefte aan informatie hebben. Bij starters, waarvan ook een deel vindt onvoldoende informatie te hebben ontvangen, kan een tijdfactor meespelen: er is minder tijd geweest de informatie te geven. Een aandachtspunt in de informatievoorziening is het doseren van de informatie. Voor patiënten kan het prettig zijn als de informatie gefaseerd aangeboden wordt omdat ze het dan beter kunnen onthouden (Jansen, 2009). In het zorgplan staat al een overzicht van de risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Aan de hand van dit lijstje kan de zorgverlener de risicofactoren systematisch en gefaseerd met de patiënt bespreken.

Respondenten zijn over het algemeen van mening dat hun zorgverlener op een prettige manier met hen omgaat en communiceert. Ook kunnen ze meedenken en meebeslissen maar dat wordt niet van hen gevraagd. Uit een studie naar de vroege opsporing van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en nierziekten bleek dat bijna alle huisartsen (96%) het eens zijn met de stelling dat de huisarts en zijn praktijkmedewerkers patiënten moeten stimuleren om meer eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid te nemen (Nielen, 2008). Over de hele linie zijn patiënten die de meeste zorg en ondersteuning van hun huisarts en praktijkondersteuner krijgen positiever over de communicatie dan de patiënten die de meeste zorg van hun cardioloog krijgen. Daarnaast stimuleert de praktijkondersteuner patiënten aanmerkelijk vaker tot zelfmanagement dan de huisarts en de cardioloog. Uit onderzoek waarin de klinische effectiviteit van cardiovasculair risicomanagement door praktijkverpleegkundigen werd vergeleken met cardiovasculair risicomanagement door huisartsen bleek ook dat praktijkverpleegkundigen gelijke of betere resultaten bereiken dan huisartsen (Voogdt, 2010). Na één jaar cardiovasculair risicomanagement daalden de waarden van totaal cholesterol significant sterker bij patiënten die door de praktijkverpleegkundige werden behandeld dan bij patiënten die door de huisarts werden behandeld. Uit vragenlijstonderzoek bij dezelfde patiëntenpopulatie gaven de patiënten aan tevreden te zijn met het spreekuur cardiovasculair risicomanagement door praktijkondersteuners (Voogdt, 2009). Dit bevestigt dat de praktijkverpleegkundige een belangrijke rol kan gaan spelen in de zorg voor patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten.



Hoewel patiënten regelmatig adviezen krijgen hun leefstijl aan te passen, wordt weinig concrete begeleiding aangeboden en laten de resultaten volgens de patiënten regelmatig te wensen over. Wel valt op dat chronische gebruikers minder vaak roken, iets minder vaak last van stress hebben maar aanmerkelijk vaker ernstig overgewicht hebben dan starters. Kennelijk zijn mensen met hart- en vaatziekten of een ernstig verhoogde kans op hart- en vaatziekten beter in staat te stoppen met roken dan op gewicht te blijven of af te vallen. Als zorgverleners doorverwijzen, verwijzen ze meestal naar andere zorgverleners zoals naar de diëtist, fysiotherapeut of psycholoog. Bij stoppen met roken wordt vaker op nicotinevervangers of antirookmedicijnen gewezen. Hart- en vaatpatiënten zouden veel meer verwezen kunnen worden naar revalidatieprogramma's en looptraining. Zorgverleners adviseren mensen wat betreft leefstijlverandering bovendien nog nauwelijks om begeleiding te zoeken buiten de medische wereld zoals gewichtsconsulenten, sportscholen, meerbewegen-programma's, stoppen-met-roken cursussen of ontspanningscursussen. Waarschijnlijk komt dat omdat zij niet weten welke niet-medische begeleiding bij meer bewegen, gezonder eten, omgaan met stress en stoppen met roken zinvol en effectief is. Ook uit een studie naar preventie in de huisartspraktijk (Nielen, 2008) bleek dat patiënten vaak naar de diëtist en fysiotherapeut werden doorverwezen maar zelden naar een leefstijladviseur. Een belangrijke voorwaarde voor het succesvol toepassen van de zorgstandaard is daarom dat er bij zorgverleners meer bekend is over activiteiten in de omgeving van de patiënt en effectieve begeleidingsmethoden (Leemrijse, 2009).

#### **4.4 Conclusie en aanbevelingen**

De mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten rapporteren zelf een hoge score op risicofactoren. Het gaat hier om een groep met een flink verhoogd risico waarbij er alle reden is om vasculair risicomanagement stevig in te zetten. Dit onderzoek laat zien dat er wat dit betreft verbeteringen mogelijk zijn. De zorgstandaard wordt in zijn volledige omvang nog weinig toegepast. Alhoewel de respondenten redelijk tevreden zijn over hoe zij benaderd en behandeld worden, laat het overall beeld zien dat de behandeling en begeleiding meer volgens de richtlijnen, meer gestructureerd en meer patiëntgericht kan. De meeste mensen ontvangen van hun zorgverlener(s) informatie over hun verhoogd risico op hart- en vaatziekten maar nog onvoldoende om actief aan zelfmanagement te doen. De zorgverleners zouden hun patiënten meer kunnen vragen, prikkelen en uitdagen om zelf verantwoordelijkheid te nemen voor hun gezondheid. Hieronder lichten we een aantal belangrijke elementen uit de zorgstandaard uit en gaan in op mogelijke verbeteringen.

##### **De centrale zorgverlener**

De zorgstandaard benadrukt het belang van een centrale zorgverlener. De uitkomsten van de nulmeting onder patiënten laten zien dat het concept centrale zorgverlener zoals voorgesteld in de zorgstandaard vasculair risicomanagement nog niet bekend is en (daarom) ook niet wordt toegepast. Dit terwijl de centrale zorgverlener volgens de zorgstandaard een essentiële rol kan spelen in taken als de coördinatie van zorg, het benutten van de specifieke deskundigheden van zorgverleners (consulteren en verwijzen) en ondersteuning van zelfmanagement.

Het is belangrijk dat het concept ‘de centrale zorgverlener’ meer bekendheid krijgt. Wat daarbij nodig is, is dat deze rol preciezer wordt uitgewerkt. Bij verdere invoering van de zorgstandaard kan aandacht besteed worden aan taakoverdracht aan de praktijkondersteuner of -verpleegkundige of de gespecialiseerde verpleegkundigen. Zij kunnen meer taken overnemen van de huisarts en de specialist. Dit idee wordt ondersteund doordat praktijkverpleegkundigen naar tevredenheid van de patiënt vergelijkbare of zelfs betere resultaten bereiken bij cardiovasculair risicomangement dan huisartsen (Voogdt 2010) en patiënten meer aanzetten tot zelfmanagement (dit onderzoek).

Bovenstaande vraagt om acties op de volgende punten:

- aanwijzen van een centrale zorgverlener voor elke patiënt met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten. Te denken valt aan de verpleegkundige of praktijkondersteuner, maar deze rol is niet uitsluitend aan hen voorbehouden. In principe kan iedere zorgverlener de rol op zich nemen;
- stimuleren geïntegreerde zorg (ketenzorg) door het maken van samenwerkingsafspraken tussen de verschillende zorgverleners.

### **Het individueel zorgplan**

Zelfmanagement is een belangrijk aspect van de zorgstandaard. Wat zorgverleners ook doen: het is uiteindelijk de patiënt zelf die medicijnen moet innemen en werken aan een gezondere leefstijl. Het is belangrijk dat patiënten zich realiseren dat zij verantwoordelijk zijn en dat zij ondersteund worden in het oppakken van die verantwoordelijkheid (zelfmanagement). De zorgstandaard biedt met het individueel zorgplan een instrument om meer gestructureerde en patiëntgerichte zorg in de praktijk te brengen. Op basis van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat een individueel zorgplan zoals aanbevolen in de zorgstandaard tot op heden niet gangbaar is.

Het individueel zorgplan is voor en door de patiënt. Echter, het kan ook zorgverleners helpen bij het aanbieden van de juiste informatie op het juiste moment. Voor patiënten kan het prettig zijn als de informatie gefaseerd wordt aangeboden. In het individueel zorgplan kan worden aangegeven aan welke elementen als eerste aandacht besteed gaat worden en wat een volgende keer aan bod kan komen. Ook kan in het zorgplan komen te staan welke informatie de patiënt van andere zorgverleners heeft gekregen. Het verdient daarbij aanbeveling ook een variant voor de (centrale) zorgverlener te maken. Die kan daarin bijhouden wat de betreffende patiënt aan zorg heeft gehad, welke informatie is geboden etc.

Gegeven het voorgaande is het wat betreft meer patiëntgericht gaan werken en zo zelfmanagement te bevorderen, belangrijk om in te zetten op:

- verdere implementatie van het individueel zorgplan, met extra aandacht voor actieve rol van de patiënt, welke doelen de patiënt heeft, de wijze waarop doelen en streefwaarden bereikt kunnen worden, evaluatie en bijstelling en centrale zorgverlener;
- het opstellen van een populaire versie van de zorgstandaard voor zorgverleners;
- het inzetten van het zorgplan in de interactie tussen centrale zorgverlener en patiënt en in de coördinatie van de zorg voor de patiënt.

### **Leefstijladvisering, informatievoorziening en ondersteuning**

Voordat patiënten op een zinvolle wijze kunnen meedenken en meebeslissen over hun eigen behandeling, hebben zij informatie en adviezen nodig. Ook ondersteuning bij het uitvoeren van zelfmanagement is belangrijk. Uit dit onderzoek komt naar voren dat patiënten lang niet altijd alle relevante informatie en adviezen krijgen (zowel over leefstijl als geneesmiddelen) en vooral verwijzen naar andere zorgverleners. Zorgverleners zouden over informatie moeten beschikken welke effectieve begeleidingsprogramma's in hun regio worden aangeboden. Het blijkt namelijk dat als mensen begeleiding krijgen aangeboden ze hier ook gebruik van maken. Er is daarnaast meer onderzoek nodig naar de vraag welke werkwijzen tot betere resultaten leiden. Hierbij valt te denken aan het effect van goede coaching om een meer gezonde leefstijl te bereiken en vol te houden.

Gezien het bovenstaande is het belangrijk aandacht te besteden aan:

- het geven van relevante informatie en het aanbieden van gepaste oplossingen voor ondersteuning; te denken valt hierbij aan:
  - o goede risicocommunicatie: welke risicofactoren hebben mensen en wat zijn mogelijke gevolgen daarvan? (op te nemen in het zorgplan);
  - o schriftelijke informatie over klinische gegevens zoals bloeddrukwaarden en cholesterol (op te nemen in het zorgplan);
  - o juiste en volledige informatie over geneesmiddelen en het geven van een volledig medicatie-overzicht (zie ook Vervloet e.a 2010);
- het bevorderen van de kennis van het aanbod aan activiteiten en effectieve begeleidingsprogramma's in de regio bij zorgverleners;
- het (verder) bevorderen van onderzoek naar effectieve werkwijzen om informatie (gefaseerd en op maat) en ondersteuning aan te bieden.

### **Tot slot**

Zorgverleners spannen zich in om hun patiënten goede zorg te leveren. De zorgstandaard vasculair risicomangement ondersteunt zorgverleners om de kwaliteit van de zorg voor patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten te verbeteren. De patiënt staat in deze zorgstandaard centraal. De bovenstaande aandachtspunten kunnen de implementatie van de zorgstandaard bevorderen. Al de inspanningen die zorgverleners nu al leveren om goede zorg te bieden zullen dan veel meer effect en een grotere tevredenheid bij patiënten opleveren.



# Literatuur

Heijmans MJWM, Spreeuwenberg, P, Rijken PM. Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met astma en mensen met COPD. Trends en ontwikkelingen over de periode 2001-2008. Utrecht: NIVEL 2009.

Jansen, J. Communicating with older cancer patients: impact on information recall = De invloed van communicatie op het reproduceren van informatie door oudere patiënten met kanker. Utrecht: NIVEL, 2009

Leemrijse, C.J., Ooms, L., Veenhof, C. Evaluatie van kansrijke beweegprogramma's om lichaamsbeweging in de bevolking te bevorderen: fase 2. Utrecht: NIVEL, 2009.

McAdams MA, Van Dam RM, Hu FB. Comparison of self-reported and measured BMI as correlates of disease markers in US adults. *Obesity (Silver Spring)* 2007; 15(1): 188-196.

Nielen, M.M.J., Schellevis, F.G. Preventie in de huisartsenpraktijk anno 2008: de vroege opsporing van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en nierziekten. Utrecht: NIVEL, 2008.

Vaartjes I, Reitsma JB, de Bruin A, Berger-van Sijl M, Bos MJ, Breteler MM, Grobbee DE, Bots ML. Nationwide incidence of first stroke and TIA in the Netherlands. *Eur J Neurol.* 2008 Dec;15(12):1315-23.

Kaasjager HAH, Van Dis SJ. Cardiovasculaire risicofactoren bij patiënten met hart- en vaatziekten. Factsheet Nederlandse Hartstichting, 2008.

Verheij RA, van Dijk CE, Abrahamse H, Davids R, van den Hoogen H, Braspenning J, van Althuis T. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ, 2009, [<http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?pageid=12668>], bezocht mei 2010

Vervloet M, Brabers A, Bos M, van Dijk L. Vasculair risicomanagement in de huisartsenpraktijk: volgens de zorgstandaard? Nulmeting eerste lijn. Utrecht/Den Haag: NIVEL/Nederlandse Hartstichting, 2010.

Voogdt-Pruis HR, Beusmans GH, Gorgels AP, Kester AD, Van Ree JW. Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial. *BR J Gen Pract* 2010; 60:40-6. [Vertaald: CVRM door een praktijkverpleegkundige is effectief. *Huisarts Wet.* 2010; 53(7)].

Voogdt-Pruis HR, Gorgels AP, van Ree JW, van Hoef EFM, Beusmans, GHMI. Patient perceptions of nurse-delivered cardiovascular prevention: Cross-sectional survey within a randomised trial. *Int J Nurs Stud.* 2010, Mar 17; 20303080. [Vertaald: Hoe ervaren hoogrisicopatiënten CVRM door een praktijkondersteuner? *Tijdschrift voor praktijkondersteuning* 2010]

Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q.* 1996;74(4):511-44



## **Bijlage 1: (adviserende) leden van het Platform Vitale Vaten, per september 2010**

### **Leden**

#### *Patiëntenorganisaties:*

- Hart&Vaatgroep
- de Nederlandse CVA-vereniging Samen Verder
- Diabetesvereniging Nederland

#### *Beroepsverenigingen van professionals:*

- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Nederlandse Vereniging voor Vasculaire Geneeskunde
- Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde/Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie
- Nederlandse Internisten Vereniging/Internistisch Vasculair Genootschap
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
- Nederlandse vereniging voor Hart en Vaat Verpleegkundigen
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie/ Vereniging Hart-, Vaat- en Longfysiotherapie
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten
- Nederlands Instituut van Psychologen

### **Adviserende leden**

- Zorgverzekeraars Nederland
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO
- Nederlandse Hartstichting
- Nederlandse Diabetes Federatie
- Nierstichting
- Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMw)
- Stivoro
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (waarnemer)
- Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG)





## Bijlage 2: Vragenlijst



Nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
gezondheidszorg

Otterstraat 118-124  
Postbus 1568  
3500 BN Utrecht  
Telefoon 030 2 729 700

FAR020/CvB/MB

Onderzoeksnummer

--	--	--	--	--

(Dit nummer is voor de onderzoekers niet te herleiden tot persoonsgegevens.)

---

## Vragenlijst

### Zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) hart- of vaatziekten

---

## Toelichting op de vragenlijst

U bent door uw apotheker gevraagd deze vragenlijst in te vullen. Uw mening is belangrijk om de zorg te verbeteren. Het gaat hierbij vooral om de zorg en behandeling van risicofactoren van hart- en vaatziekten. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door NIVEL en UPPER met subsidie van de Nederlandse Hartstichting.

De vragenlijst bestaat uit vier delen.

1. Leefstijl en gezondheid
2. Huidige zorg en informatievoorziening
3. Medicijnen en de apotheek
4. Achtergrondinformatie

In totaal bestaat de vragenlijst uit 69 vragen en het invullen duurt ongeveer **20 minuten**. Niet alle vragen hoeven op u betrekking te hebben. Het is belangrijk dat de vragen worden ingevuld door de geadresseerde. Bij het beantwoorden van de vragen gaat het steeds om **uw** mening en **uw** ervaringen. Er zijn dus geen goede of foute antwoorden. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk, bij andere vragen verzoeken wij u om slechts één antwoord aan te kruisen.

Wilt u de vragenlijst invullen met een zwarte of blauwe pen?  
Zet duidelijk een kruisje in het vakje van uw keuze, bijvoorbeeld:

Wat is uw geslacht ?

- Man  
 Vrouw

Als u per ongeluk een verkeerd antwoord aankruist, dan kunt u alsnog het juiste antwoord aankruisen en voor de duidelijkheid hiervoor een extra pijl plaatsen. Hieronder ziet u een voorbeeld.

7. In welke stad woont u?

- Amsterdam (fout aangekruist)  
 Groningen  
→  Leiden (juiste antwoord aangeduid met kruis en pijl)  
 Utrecht

Wilt u de ingevulde vragenlijst **binnen 14 dagen** in de bijgevoegde antwoordenvelop terugsturen?  
Een postzegel is niet nodig.

De gegevens zullen anoniem en vertrouwelijk verwerkt worden en zijn niet herleidbaar tot personen.

Als u meer over dit onderzoek wilt weten of vragen heeft over deze vragenlijst, dan kunt u contact opnemen met: Carla van Boheemen, telefoon 030-2729828, email: [c.vanboheemen@nivel.nl](mailto:c.vanboheemen@nivel.nl).

**Hartelijk dank voor uw medewerking!**

## Leefstijl en gezondheid

Eerst volgt een aantal vragen over uw manier van leven en uw gezondheid.

1. Hebt u één of meer van de volgende aandoeningen (*meerdere antwoorden mogelijk*)?
  - Hoog cholesterolgehalte
  - Hoge bloeddruk (hypertensie)
  - Ernstig overgewicht
  - Diabetes (suikerziekte)
  - Geen van alle
  
2. Hebt u één of meer van de volgende aandoeningen / behandelingen doorgemaakt (*meerdere antwoorden mogelijk*)?
  - Angina pectoris (pijn op de borst door vernauwde kransslagader)
  - Hartinfarct
  - TIA (voorbijgaande beroerte die geen blijvende stoornis tot gevolg heeft)
  - Beroerte /CVA (herseninfarct of hersenbloeding)
  - Perifeer arterieel vaatlijden (etalagebenen)
  - Dotter- of stentbehandeling
  - Bypass-operatie
  - Geen van alle → *ga naar vraag 6*
  
3. Wanneer hebt u voor het laatst één van de bovengenoemde aandoeningen / behandelingen doorgemaakt?
  - Kortere dan één maand geleden
  - Tussen één maand en drie maanden geleden
  - Tussen drie maanden en één jaar geleden
  - Tussen één jaar en drie jaar geleden
  - Langer dan drie jaar geleden
  
4. Hebt u revalidatie gehad vanwege uw hart- of vaatziekte?
  - Nee → *ga naar vraag 6*
  - Ja, hartrevalidatie → *ga naar vraag 5*
  - Ja, revalidatie na een beroerte → *ga naar vraag 6*
  - Ja, looptraining → *ga naar vraag 6*
  - Anders, namelijk .....
  - Weet ik niet → *ga naar vraag 6*
  
5. Welke vorm van hartrevalidatie hebt u gevolgd? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
  - Bewegingsprogramma (FIT, conditietraining, training onder begeleiding van fysiotherapeut)
  - Voorlichtingsprogramma (INFO, informatiebijeenkomsten)
  - Ontspanningsprogramma/stressmanagement (omgaan met stress, ontspanningsoefeningen, ademhalingsoefeningen)
  - Begeleidingsprogramma (PEP, groepsbijeenkomsten over omgaan met beperkingen, angst, etc.)
  - Individuele behandeling (begeleiding door psycholoog of maatschappelijk werker voor bijvoorbeeld angst, depressie en/of stress)
  - Anders, namelijk .....

6. Rookt u?
- Ja → naar vraag 8
  - Nee, maar ik heb in het verleden wel gerookt
  - Nee → naar vraag 8
7. Indien u in het verleden hebt gerookt, hoeveel jaar geleden bent u (ongeveer) gestopt?  
..... jaar
8. Wat is uw lengte in cm?  
..... cm
9. Wat is uw gewicht in kilo's?  
..... kilo
10. Hoeveel dagen per week beweegt u **minstens** een half uur per dag intensief? (*Activiteiten waarbij u een hogere hartslag en ademhaling krijgt zoals stevig wandelen, fietsen, zwemmen*)  
..... dagen per week
11. Hoe vaak voelt u spanning / stress in uw dagelijks leven?
- Altijd
  - Meestal
  - Soms
  - Nooit

## Huidige zorg en informatievoorziening

12. Van welke zorgverlener krijgt u nu de **meeste zorg of ondersteuning** in de behandeling van uw (risico op) hart- en vaatziekten? (*Het is belangrijk dat u slechts één antwoord geeft!*)
- Huisarts
  - Praktijkondersteuner in de huisartspraktijk
  - Verpleegkundige van de thuiszorg
  - Cardioloog
  - Internist
  - Neuroloog
  - Vaatchirurg
  - Verpleegkundige in het ziekenhuis
  - Andere zorgverlener, namelijk .....

13. Zorgverleners hebben hun eigen manier om met patiënten om te gaan. Wij zouden graag willen weten wat uw mening is over de zorgverlener waarvan u de **meeste zorg en ondersteuning** krijgt. Uw antwoorden zijn vertrouwelijk. Aan uw zorgverlener wordt niet doorgegeven wat u van hem of haar vindt. Geef a.u.b. open en eerlijke antwoorden. (Per regel graag één antwoord invullen)

	Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Geen duidelijke mening	Mee eens	Helemaal mee eens
Ik voel me begrepen door mijn zorgverlener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik kan tegen mijn zorgverlener zeggen wat ik denk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn zorgverlener moedigt me aan vragen te stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn zorgverlener geeft zorgvuldig en volledig antwoord op mijn vragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn zorgverlener luistert naar hoe ik de dingen zou willen aanpakken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn zorgverlener gaat goed om met mijn emoties en gevoelens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn zorgverlener laat mij meedenken over keuzes in de behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn zorgverlener heeft mij gevraagd wat voor doelen ik graag wil bereiken in het omgaan met de risicofactoren voor hart- en vaatziekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn zorgverlener heeft samen met mij doelen vastgesteld die ik graag wil bereiken in het omgaan met de risicofactoren voor hart- en vaatziekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik kan meebeslissen over de behandeling of hulp die ik krijg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn zorgverlener stimuleert mij om vóór het volgende contact na te denken over wat ik aan de orde wil stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Met welke zorgverlener neemt u als eerste contact op wanneer u vragen, problemen of zorgen hebt over de behandeling van uw (risico op) hart- en vaatziekten? (**Het is belangrijk dat u slechts één antwoord geeft!**)

- Huisarts
- Praktijkondersteuner in de huisartspraktijk
- Verpleegkundige van de thuiszorg
- Cardioloog
- Internist
- Neuroloog
- Vaatchirurg
- Verpleegkundige in het ziekenhuis
- Andere zorgverlener, namelijk .....

15. Zorgt **deze persoon** ook dat de contacten tussen u en andere zorgverleners goed verlopen (hier vallen bijvoorbeeld ook de diëtist en fysiotherapeut onder)?
- Ja  
 Nee  
 Weet ik niet
16. Heeft **deze persoon** u gevraagd hoe uw bezoeken aan andere zorgverleners zijn gegaan?
- Ja  
 Nee  
 Niet van toepassing
17. Heeft u met deze persoon een plan gemaakt om u risicofactoren aan te pakken?
- Ja  
 Nee
18. De volgende stellingen gaan over uw ervaringen met de zorgverlener waarvan u de **meeste zorg en ondersteuning** krijgt. Wilt u bij elk van de onderstaande stellingen aangeven in hoeverre u het met de stelling eens of oneens bent?  
*(Per regel graag één antwoord invullen)*

	Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Geen duidelijke mening	Mee eens	Helemaal mee eens
Ik heb duidelijke uitleg gekregen over welke risicofactoren voor hart –en vaatziekten ik heb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb duidelijke uitleg gekregen over de mogelijke lange-termijngevolgen van mijn klachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb duidelijke uitleg gekregen over mijn cholesterolgehalte en/of bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb mijn cholesterolgehalte en/of bloeddrukwaarden op papier meegekregen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb duidelijke uitleg gekregen over wat ik zelf kan doen aan mijn behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn zorgverlener heeft me uitgelegd hoe andere zorgverleners mij ook zouden kunnen helpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Gezonde voeding

19. Hebt u het advies gekregen om gezonder te gaan eten?
- Ja  
 Nee → *ga naar vraag 27*
20. Van wie hebt u het advies gekregen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- Huisarts  
 Praktijkondersteuner in de huisartspraktijk  
 Verpleegkundige van de thuiszorg  
 Cardioloog  
 Internist  
 Neuroloog  
 Vaatchirurg  
 Verpleegkundige in het ziekenhuis  
 Andere zorgverlener, namelijk .....

21. Was dit advies duidelijk?
- Ja
  - Gedeeltelijk
  - Nee
22. Hebt u met (één van) uw zorgverlener(s) ook afspraken gemaakt over veranderingen in uw voeding (bijvoorbeeld minder of gezonder?) (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Dat ik zou proberen minder te eten
  - Dat ik zou proberen gezonder te eten
  - Het is wel besproken maar we hebben geen concrete afspraken gemaakt → *ga naar vraag 27*
  - Ik wil mijn voeding niet veranderen → *ga naar vraag 27*
  - Ik kan mijn voeding niet veranderen → *ga naar vraag 27*
  - Anders, namelijk .....
23. Is u hierbij begeleiding aangeboden? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Nee
  - Ik ben doorverwezen naar de diëtist
  - Ik ben doorverwezen naar de gewichtsconsulent
  - Ik heb andere begeleiding aangeboden gekregen, namelijk .....
24. Hebt u (al) gebruik gemaakt van begeleiding? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Nee
  - Nee, maar ben ik wel van plan begeleiding te zoeken
  - Ik ben naar de diëtist gegaan
  - Ik ben naar de gewichtsconsulent gegaan
  - Ik heb andere begeleiding gekregen, namelijk .....
25. Bent u tevreden over de ondersteuning die u krijgt bij het gezonder eten?
- Ik ben tevreden
  - Ik ben niet tevreden, niet ontevreden
  - Ik ben niet tevreden
26. Bent u tevreden over het resultaat?
- Ja
  - Gedeeltelijk
  - Nee
  - Ik ben nog te kort geleden begonnen

### **Stoppen met Roken**

27. Hebt u het advies gekregen om te stoppen met roken?
- Niet van toepassing, ik rook niet → *ga naar vraag 35*
  - Nee → *ga naar vraag 35*
  - Ja

28. Van wie hebt u het advies gekregen? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Huisarts
  - Praktijkondersteuner in de huisartspraktijk
  - Verpleegkundige van de thuiszorg
  - Cardioloog
  - Internist
  - Neuroloog
  - Vaatchirurg
  - Verpleegkundige in het ziekenhuis
  - Andere zorgverlener, namelijk .....
29. Was dit advies duidelijk?
- Ja
  - Gedeeltelijk
  - Nee
30. Hebt u met één van uw zorgverlener(s) afspraken gemaakt over stoppen met roken?
- Dat ik zou proberen te stoppen met roken
  - Dat ik zou proberen minder te roken
  - Het is wel besproken maar we hebben geen concrete afspraken gemaakt *ga naar vraag 35*
  - Ik wil niet stoppen met roken → *ga naar vraag 35*
  - Ik kan niet stoppen met roken → *ga naar vraag 35*
  - Anders, namelijk .....
31. Is u hierbij begeleiding aangeboden? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Nee
  - Ik ben doorverwezen naar een “stoppen met roken” cursus
  - Ik ben gewezen op nicotinevervangers zoals antirookpleisters/antirookkauwgum
  - Ik ben gewezen op antirookmedicijnen
  - Ik heb andere begeleiding aangeboden gekregen, namelijk .....
32. Hebt u (al) gebruik gemaakt van begeleiding om te stoppen met roken? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Nee
  - Nee, maar ben ik wel van plan begeleiding te zoeken
  - Ik ben naar een stoppen met roken cursus gegaan
  - Ik ben nicotinevervangers zoals antirookpleisters/antirookkauwgum gaan gebruiken
  - Ik ben antirookmedicijnen gaan gebruiken
  - Anders, namelijk .....
33. Bent u tevreden over de ondersteuning die u krijgt bij het stoppen met roken?
- Ik ben tevreden
  - Ik ben niet tevreden, niet ontevreden
  - Ik ben niet tevreden
34. Bent u tevreden over het resultaat?
- Ja
  - Gedeeltelijk
  - Nee
  - Ik ben nog te kort geleden begonnen



## Bewegen

35. Hebt u het advies gekregen om meer te bewegen?
- Ja
  - Nee → *ga naar vraag 43*
36. Van wie hebt u het advies gekregen? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Huisarts
  - Praktijkondersteuner in de huisartspraktijk
  - Verpleegkundige van de thuiszorg
  - Cardioloog
  - Internist
  - Neuroloog
  - Vaatchirurg
  - Verpleegkundige in het ziekenhuis
  - Andere zorgverlener, namelijk .....
37. Was dit advies duidelijk?
- Ja
  - Gedeeltelijk
  - Nee
38. Hebt u met (één van) uw zorgverlener(s) afspraken gemaakt over bewegen? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Dat ik zou proberen meer te bewegen
  - Het is wel besproken maar we hebben geen concrete afspraken gemaakt → *ga naar vraag 43*
  - Ik wil niet meer bewegen → *ga naar vraag 43*
  - Ik kan niet meer gaan bewegen → *ga naar vraag 43*
  - Andere namelijk .....
39. Is u hierbij begeleiding aangeboden? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Nee
  - Ik ben doorverwezen naar fysiotherapie
  - Ik ben doorverwezen naar een meer-bewegenprogramma bij een sportschool
  - ik ben doorverwezen naar een bewegegroep van De Hart&Vaatgroep (HIB-club)
  - Ik heb andere begeleiding aangeboden gekregen, namelijk .....
40. Hebt u (al) gebruik gemaakt van begeleiding? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Nee
  - Nee, maar ben ik wel van plan begeleiding te zoeken
  - Ik ben naar fysiotherapie gegaan
  - Ik heb een meer-bewegenprogramma bezocht
  - Anders namelijk .....
41. Bent u tevreden over de ondersteuning die u krijgt bij het meer bewegen?
- Ik ben tevreden
  - Ik ben niet tevreden, niet ontevreden
  - Ik ben niet tevreden

42. Bent u tevreden over het resultaat?
- Ja
  - Gedeeltelijk
  - Nee
  - Ik ben nog te kort geleden begonnen

### Omgaan met stress

43. Hebt u het advies gekregen om stress / spanning te vermijden of er beter mee om te gaan?
- Ja
  - Nee → *ga naar vraag 51*
  - Niet van toepassing, ik heb geen last van stress → *ga naar vraag 51*
44. Van wie hebt u het advies gekregen? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Huisarts
  - Praktijkondersteuner in de huisartspraktijk
  - Verpleegkundige van de thuiszorg
  - Cardioloog
  - Internist
  - Neuroloog
  - Vaatchirurg
  - Verpleegkundige in het ziekenhuis
  - Andere zorgverlener, namelijk .....
45. Was dit advies duidelijk?
- Ja
  - Gedeeltelijk
  - Nee
46. Hebt u met één van uw zorgverlener(s) afspraken gemaakt over het verminderen van stress / spanningen? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Dat ik zou proberen beter met stress/spanningen om te gaan
  - Dat ik zou proberen stress/spanningen te vermijden
  - Het is wel besproken maar we hebben geen concrete afspraken gemaakt → *ga naar vraag 51*
  - Ik wil mijn spanning/stress niet verminderen → *ga naar vraag 51*
  - Ik kan mijn spanning/stress niet verminderen → *ga naar vraag 51*
  - Anders, namelijk .....
47. Is u hierbij begeleiding aangeboden? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Nee
  - Ik ben doorverwezen naar de psycholoog
  - Ik ben geweest op een stressmanagement- en/of ontspanningscursus
  - Ik heb andere begeleiding aangeboden gekregen, namelijk .....
48. Hebt u (al) gebruik gemaakt van begeleiding? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Nee
  - Nee, maar ben ik wel van plan begeleiding te zoeken
  - Ik ben naar de psycholoog gegaan
  - Ik heb een cursus stressmanagement bezocht
  - Ik heb een ontspanningscursus bezocht
  - Anders namelijk .....

49. Bent u tevreden over de ondersteuning die u krijgt bij het verminderen van stress / spanning?
- Ik ben tevreden
  - Ik ben niet tevreden, niet ontevreden
  - Ik ben niet tevreden
50. Bent u tevreden over het resultaat?
- Ja
  - Gedeeltelijk
  - Nee
  - Ik ben nog te kort geleden begonnen

### Het zorgplan

51. Een individueel zorgplan is een schriftelijk vastgelegd plan waarin afspraken tussen u en uw zorgverlener(s) staan om uw risico op hart- en vaatziekten te verminderen (bijvoorbeeld afspraken over stoppen met roken of beter medicijngebruik). Het plan past bij uw persoonlijke situatie. Hebt u samen met één van uw zorgverleners zo'n plan opgesteld?
- Ja
  - Nee → *ga naar vraag 54*
52. De volgende omschrijvingen gaan over **de informatie die dit zorgplan bevat**. Wilt u bij ieder van de onderstaande omschrijvingen aangeven of deze informatie in uw zorgplan is opgenomen? (*Per omschrijving is slechts één antwoord mogelijk*)

	Ja	Nee	Weet ik niet
De factoren die bij u de kans op hart- en vaatziekten verhogen (bijvoorbeeld roken en/of een hoge bloeddruk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De doelen die u nastreeft om uw gezondheid te verbeteren (bijvoorbeeld afvallen of stoppen met roken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De manier waarop u deze doelen wilt gaan bereiken (bijvoorbeeld door een diëtist te bezoeken en meer te bewegen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Op welk tijdstip u welk doel wilt bereiken (bijvoorbeeld over een half jaar 5 kilo afvallen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie de centrale zorgverlener is (de persoon die uw zorg coördineert)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De manier waarop uw zorgverleners, en met name uw centrale zorgverlener, u gaan begeleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De manier waarop u de gemaakte afspraken gaat nabespreken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Hebt u met uw zorgverlener(s) afspraken gemaakt over het vervolg van de behandeling?
- Ja,
  - Nee, maar hij/zij heeft het wel aangeboden
  - Nee

De onderstaande vragen zijn bedoeld om inzicht te krijgen in de samenwerking tussen verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van uw (risico op) hart- en vaatziekten, zoals de huisarts, de praktijkverpleegkundige, de apotheker en de specialist.

54. Geven de verschillende zorgverleners u wel eens tegenstrijdige informatie of adviezen?

- Altijd
- Meestal
- Soms
- Nooit

55. Moet u steeds opnieuw hetzelfde verhaal vertellen bij de verschillende zorgverleners?

- Altijd
- Meestal
- Soms
- Nooit

56. Bent u tevreden over de manier waarop uw zorg georganiseerd is?

- Ik ben tevreden
- Ik ben niet tevreden, niet ontevreden
- Ik ben niet tevreden

### **Medicijngebruik**

57. Welke van de onderstaande medicijnen op recept van uw arts gebruikt u om uw risico op hart- en vaatziekten te verminderen? (*meerdere antwoorden mogelijk*)

- Bloeddrukverlagers en/of plaspillen
- Cholesterolverlagers
- Bloedverdunners (zoals aspirine of middelen waarvoor u de trombosedienst bezoekt)
- Bloedsuikerverlagende middelen
- Vaatverwijder voor het hart
- Weet ik niet
- Anders, namelijk:.....

58. Hoe lang gebruikt u al medicijnen om het risico op hart- en vaatziekten te verminderen?

- Kortere dan één maand
- Tussen één maand en drie maanden
- Tussen drie maanden en één jaar
- Tussen één jaar en drie jaar
- Langer dan drie jaar

59. De volgende vragen gaan over de informatie die u kreeg over uw medicijn(en) om het risico op hart- en vaatziekten te verminderen. Het gaat hierbij om een totaaloordeel over de mondelijke informatie die u hebt ontvangen (bijvoorbeeld van uw huisarts, specialist en apotheek) en niet over schriftelijke informatie zoals de bijsluiter. Wilt u aangeven hoeveel informatie u kreeg over de volgende onderwerpen. *(Per regel graag één antwoord invullen)*

	Te veel	Voldoende	Te weinig	Niet gekregen	Was niet nodig
Waarvoor het medicijn is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wat het medicijn doet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe het medicijn werkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoelang het duurt voor het medicijn werkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe u merkt of het medicijn werkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoelang u het medicijn moet gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe u het medicijn moet gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waarom u het medicijn moet gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe u uw herhaalmedicatie krijgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Of het medicijn bijwerkingen heeft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wat de kans is dat u bijwerkingen krijgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wat u moet doen als u bijwerkingen krijgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Of er wisselwerkingen zijn met andere medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wat de risico's zijn als u het medicijn niet inneemt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wat u moet doen als u een dosis bent vergeten in te nemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. Van welke zorgverlener kreeg u de meeste informatie over de medicijnen die u gebruikt om het risico op hart- en vaatziekten te verminderen? ***(Het is belangrijk dat u slechts één antwoord geeft!)***
- Huisarts
  - Praktijkondersteuner in de huisartspraktijk
  - Apotheker (of apotheekmedewerker)
  - Verpleegkundige van de thuiszorg
  - Cardioloog
  - Internist
  - Neuroloog
  - Vaatchirurg
  - Verpleegkundige in het ziekenhuis
  - Andere zorgverlener, namelijk .....

61. Met welke zorgverlener zou u als eerste contact opnemen wanneer u vragen of problemen heeft met uw medicijnen? (*Het is belangrijk dat u slechts één antwoord geeft!*)
- Huisarts
  - Praktijkondersteuner in de huisartspraktijk
  - Apotheker (of apotheekmedewerker)
  - Verpleegkundige van de thuiszorg
  - Cardioloog
  - Internist
  - Neuroloog
  - Vaatchirurg
  - Verpleegkundige in het ziekenhuis
  - Andere zorgverlener, namelijk .....
62. Hieronder staat een aantal uitspraken, die mensen ooit gedaan hebben over hun medicijnen. Wilt u per uitspraak aangeven in hoeverre u het eens bent met deze uitspraak als het gaat om uw medicijnen om het risico op hart- en vaatziekten te verminderen.

	Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Geen duidelijke mening	Mee eens	Helemaal mee eens
Op het moment hangt mijn gezondheid af van mijn medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik maak me zorgen over het feit dat ik medicijnen moet nemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn leven zou erg moeilijk zijn zonder mijn medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soms maak ik me zorgen over de effecten die mijn medicijnen op lange termijn kunnen hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zonder mijn medicijnen zou ik heel ziek zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ben onvoldoende op de hoogte van wat mijn medicijnen doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn toekomstige gezondheid hangt af van mijn medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn medicijnen ontwrichten mijn leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soms ben ik bang dat ik té afhankelijk zal worden van mijn medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn medicijnen voorkomen dat ik verder achteruit ga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De voordelen van medicijngebruik wegen op tegen de nadelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik vind het makkelijker medicijnen te gebruiken dan mijn leefstijl aan te passen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik weet dat ik de rest van mijn leven deze medicijnen moet innemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deze medicijnen hebben onplezierige bijwerkingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63. Hieronder staat een aantal vragen over de dienstverlening in uw apotheek. Wilt u deze vragen beantwoorden als het gaat om uw medicijnen om het risico op hart- en vaatziekten te verminderen.

In hoeverre:	Altijd	Vaak	Soms	Nooit
Vroeg men in uw apotheek naar uw ervaringen met deze medicijnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vroeg men in uw apotheek of u last van bijwerkingen had van deze medicijnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dacht men in uw apotheek met u mee over oplossingen, als u last had van bijwerkingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was men in uw apotheek goed op de hoogte van de medicijnen, die u gebruikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vroeg men in uw apotheek of u medicijnen gebruikte die zonder recept te koop zijn (bijvoorbeeld pijnstillers) naast uw receptmedicijnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gaf men in uw apotheek voldoende persoonlijke begeleiding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gaf men in uw apotheek u de gelegenheid al uw vragen te stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vroeg men in uw apotheek of het u lukte uw medicijnen volgens voorschrift te gebruiken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Achtergrondinformatie

De volgende vragen gaan over uzelf. Deze informatie gebruiken we om inzicht te krijgen in de ervaringen van verschillende groepen mensen.

64. Wat is uw geboortedatum?

..... - ..... - ..... (dag-maand-jaar)

65. Bent u een vrouw of een man?

- Vrouw  
 Man

66. Wat is het geboorteland van uzelf?

- Nederland  
 Indonesië  
 Suriname  
 Marokko  
 Turkije  
 Nederlandse Antillen  
 Aruba  
 Anders, namelijk .....

67. Wat is het geboorteland van uw vader?
- Nederland
  - Indonesië
  - Suriname
  - Marokko
  - Turkije
  - Nederlandse Antillen
  - Aruba
  - Anders, namelijk .....
68. Wat is het geboorteland van uw moeder?
- Nederland
  - Indonesië
  - Suriname
  - Marokko
  - Turkije
  - Nederlandse Antillen
  - Aruba
  - Anders, namelijk .....
69. Wat is uw hoogst voltooide opleiding? (een opleiding afgerond met diploma of getuigschrift)
- Geen opleiding (lagere school / school niet afgemaakt)
  - Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
  - Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)
  - Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)
  - Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
  - Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
  - Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
  - Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)

Hebt u nog opmerkingen naar aanleiding van deze vragenlijst

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Hartelijk dank voor het invullen van de enquête.**  
**Wilt u de enquête in de bijgevoegde envelop aan het NIVEL retourneren?**  
**Hebt u de envelop niet meer, dan kunt u de vragenlijst zonder postzegel sturen naar:**  
**NIVEL, t.a.v. C. van Boheemen ,Antwoordnummer 4026, 3500 VB UTRECHT**



## Bijlage 3: Extra tabellen

Tabel B.3.1: Percentage patiënten met de volgende risicofactoren voor hart- en vaatziekten

	Starters zonder bloedv.	Starters met bloedv.	Chron. gebr. zonder bloedv.	Chron. gebr. met bloedv.
Roken	N=270	N=84	N=142	N=131
❖ Ja	16%	19%	13%	12%
❖ Nee, maar in het verleden wel	49%	48%	46%	59%
❖ Nee	35%	33%	40%	29%
Gewicht	N=266	N=83	N=140	N=128
❖ Ernstig overgewicht	19%	10%	35%	29%
❖ Overgewicht	45%	41%	44%	45%
❖ Normaal gewicht	33%	43%	19%	25%
❖ Ondergewicht	2%	6%	2%	2%
Aantal dagen per week ten minste een half uur intensief bewegen	N=266	N=83	N=140	N=128
❖ 0 dagen	12%	5%	15%	19%
❖ 1 of 2 dagen	27%	32%	22%	26%
❖ 3 of 4 dagen	26%	23%	28%	15%
❖ 5 tot 7 dagen	35%	38%	35%	40%
Stress in het dagelijks leven	N=269	N=84	N=144	N=130
❖ Altijd	4%	6%	1%	2%
❖ Meestal	19%	15%	17%	15%
❖ Soms	65%	58%	65%	60%
❖ Nooit	12%	20%	17%	22%

Tabel B3.2: Percentage patiënten dat het zeer eens of eens is met de volgende stellingen over de ervaringen met de zorgverlener van wie de patiënt de meeste zorg en ondersteuning krijgt (N = 563 – 587)

	Starters zonder bloedv.	Starters met bloedv.	Chron. gebr. zonder bloedv.	Chron. gebr. met bloedv.
Ik heb duidelijke uitleg gekregen over mijn cholesterolgehalte en/of bloeddruk	63%	53%	79%	75%
Ik heb duidelijke uitleg gekregen over wat ik zelf kan doen aan mijn behandeling	60%	53%	76%	60%
Ik heb duidelijke uitleg gekregen over welke risicofactoren voor hart- en vaatziekten ik heb	52%	60%	59%	65%
Ik heb duidelijke uitleg gekregen over de mogelijke langetermijngevolgen van mijn klachten	48%	44%	58%	54%
Ik heb mijn cholesterolgehalte en/of bloeddrukwaarden op papier meegekregen	33%	26%	50%	34%
Mijn zorgverlener heeft me uitgelegd hoe andere zorgverleners mij ook zouden kunnen helpen	27%	20%	37%	32%

Tabel B.3.3: Percentage patiënten dat het zeer eens of eens is met de volgende uitspraken over medicijnen (N = 563 – 587)

	Starters zonder bloedv.	Starters met bloedv.	Chron. gebr. zonder bloedv.	Chron. gebr. met bloedv.
Op het moment hangt mijn gezondheid af van mijn medicijnen	40%	54%	66%	73%
Ik maak me zorgen over het feit dat ik medicijnen moet nemen	39%	41%	33%	34%
Mijn leven zou erg moeilijk zijn zonder medicijnen	26%	35%	54%	64%
Soms maak ik me zorgen over de effecten die mijn medicijnen op lange termijn kunnen hebben	43%	37%	48%	40%
Zonder mijn medicijnen zou ik heel ziek zijn	17%	23%	34%	41%
Ik ben onvoldoende op de hoogte van wat mijn medicijnen doen	29%	33%	41%	41%
Mijn toekomstige gezondheid hangt af van mijn medicijnen	42%	42%	68%	66%
Mijn medicijnen ontwrichten mijn leven	9%	11%	10%	15%
Soms ben ik bang dat ik te afhankelijk zal worden van mijn medicijnen	26%	26%	30%	34%
Mijn medicijnen voorkomen dat ik verder achteruit ga	51%	57%	67%	71%
De voordelen van medicijngebruik wegen op tegen de nadelen	57%	72%	75%	72%
Ik vind het gemakkelijker medicijnen te gebruiken dan mijn leefstijl aan te passen	21%	20%	40%	25%
Ik weet dat ik de rest van mijn leven deze medicijnen moet nemen	44%	60%	84%	85%
Deze medicijnen hebben onplezierige bijwerkingen	18%	24%	17%	21%