

Vasculair Risicomanagement in de huisartspraktijk: volgens de zorgstandaard? Nulmeting eerste lijn

M. Vervloet (NIVEL)
A. Brabers (NIVEL)
M. Bos (Nederlandse Hartstichting)
L. van Dijk (NIVEL)

Een enquête met subsidie van de Nederlandse Hartstichting



ISBN 97-89461-220-370

<http://www.nivel.nl>

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 verveelvoudigd 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
1 Inleiding	11
1.1 Risicofactoren voor hart- en vaatziekten	11
1.2 Zorgstandaarden	11
1.3 De zorgstandaard Vasculair Risicomanagement (VRM)	12
1.3.1 Algemeen	12
1.3.2 Chronic Care Model	13
1.4 De rol van de huisartspraktijk	15
1.5 Indicatoren in de zorgstandaard te meten bij huisartsen	15
1.6 Onderzoeksvragen	16
2 Methode van onderzoek	17
2.1 Inleiding	17
2.2 Steekproef huisartsen	17
2.3 Dataverzameling	18
2.4 Data analyses	18
3 Resultaten	19
3.1 Inleiding	19
3.2 Respons & karakteristieken	19
3.3 De CBO-richtlijn/NHG-Standaard Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM)	20
3.4 De zorgstandaard Vasculair Risicomanagement (VRM)	22
3.5 Cardiovasculair risicoprofiel	24
3.6 Individueel zorgplan voor patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ	25
3.7 Voorlichtingsbrochures Nederlandse Hartstichting	26
3.8 Patiëntendossier	27
3.9 Samenwerkingsafspraken over de zorg rond CVRM	28
4 Samenvatting en discussie	31
4.1 Samenvatting	31
4.1.1 Bekendheid CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM en zorgstandaard VRM	31
4.1.2 Organisatie zorg rondom vasculair risicomanagement	32
4.1.3 Samenwerking tussen huisartsen en andere zorgverleners en met patiënten	32
4.2 Beperkingen van het onderzoek	33
4.3 Discussie	33

Literatuur		35
Bijlage 1	Leden van het Platform Vitale Vaten	37
Bijlage 2	Vragen opgenomen t.b.v. zorgstandaard VRM	39

Voorwoord

Dit rapport bevat de resultaten van een nulmeting onder huisartsen 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 patiënten (Van Boheemen 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 huisartsen die, door de vragenlijst in te vullen, 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 C, Van Geffen ECG, Gilgert D, Bouvy M, 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, www.hartstichting.nl en www.vitalevaten.nl.

1 Inleiding

Dit rapport beschrijft een nulmeting onder *huisartsen* 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. De zorgstandaard VRM is in februari 2009 uitgebracht door het Platform Vitale Vaten onder auspiciën van de Nederlandse Hartstichting.

1.1 Risicofactoren voor hart- en vaatziekten

Hart- en vaatziekten (HVZ) vormen in Nederland een belangrijke oorzaak voor overlijden: 30% van de sterfgevallen in Nederland wordt hierdoor veroorzaakt (Vaartjes et al, 2009). Risicofactoren voor HVZ zijn gevorderde leeftijd, man zijn, een hoog cholesterolgehalte, een verhoogd bloedglucose gehalte, hoge bloeddruk, roken, hart- en vaatziekten in de familie, ongezonde voedingsgewoonten, overmatig alcoholgebruik, lichamelijke inactiviteit, hoge Body Mass Index en een grote middelomtrek (Richtlijn CVRM 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 onvoldoende¹. Van de 65-plussers kwam in 2008 meer dan een derde met een verhoogde bloeddruk bij de huisarts. Voor mensen tussen de 45 en 65 was dat ruim 15% (Verheij et al 2008). Beïnvloeding van deze risicofactoren, bijvoorbeeld door verandering van leefgewoonten en of door middel van medicatie, kan de cardiovasculaire sterfte en morbiditeit doen verminderen. Dit vereist veelal een gedragsverandering die voor veel mensen niet eenvoudig te bereiken is. Daarom is het 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 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 (p.9): *Een zorgstandaard geeft*

¹ Cijfers afkomstig van: www.nationaalkompas.nl (geraadpleegd op 26 mei 2010).

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 deze 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 beschikbaar.

1.3 De zorgstandaard Vasculair Risicomanagement (VRM)

1.3.1 Algemeen

In februari 2009 is de zorgstandaard VRM uitgebracht door het Platform Vitale Vaten onder auspiciën van de Nederlandse Hartstichting. Leden van het platform zijn patiëntenorganisaties en beroepsverenigingen van professionals (zie bijlage 1). De zorgstandaard VRM is een aanvulling op de multidisciplinaire CBO-richtlijn/NHG-Standaard cardiovasculair risicomanagement (CVRM) (NHG en CBO 2006) en beschrijft hoe volgens deskundigen (patiënten, zorgverleners en wetenschappers) de zorg rondom de aanpak van risicofactoren voor hart- en vaatziekten georganiseerd zou moeten worden (Platform Vitale Vaten 2009)². Het gaat hierbij om mensen met een verhoogd risico op door atherosclerose veroorzaakte hart- en vaataandoeningen 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 wel een vasculaire aandoening hebben.

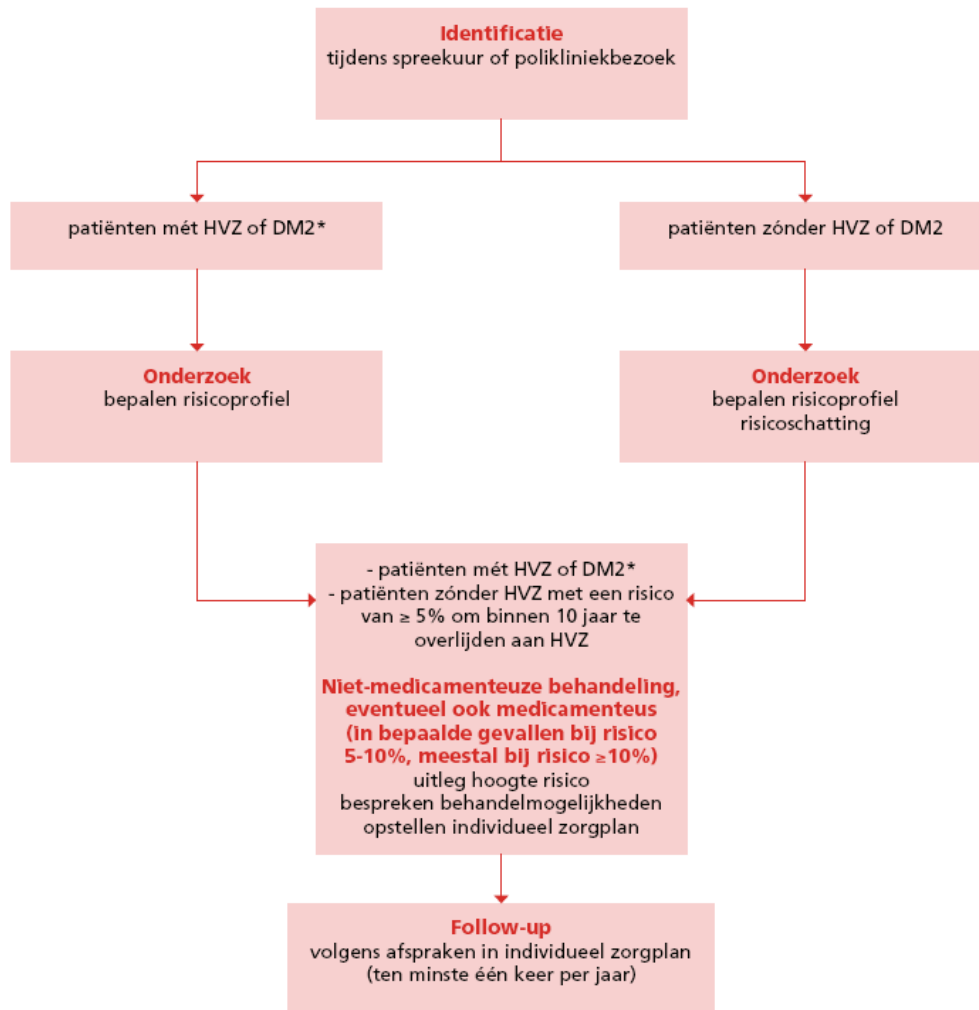
Binnen deze zorg moet voor verschillende elementen aandacht zijn:

- preventie (het voorkomen van ziekten of de gevolgen daarvan), waaronder medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandeling (leefstijladvisering en -begeleiding);
- 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.

² De CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM is als deel IV opgenomen in de zorgstandaard VRM.

Deze elementen moeten waar relevant in het zorgproces voorkomen. De zorgstandaard VRM verdeelt het zorgproces in vier fasen (zie figuur 1.1): identificatie, onderzoek, behandeling en follow-up.

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 Diabetesfederatie⁵⁵. De zorgstandaard vasculair risicomangement is voor hen aanvullend.

1.3.2 Chronic Care Model

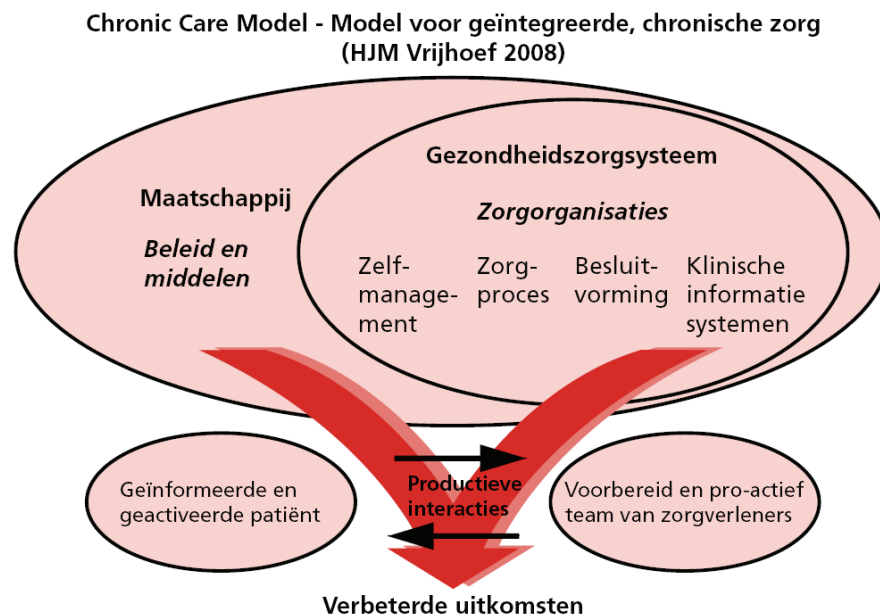
De zorgstandaard VRM heeft als theoretische basis het Chronic Care Model (zie figuur 1.2). Het Chronic Care Model gaat ervan uit dat de resultaten van de zorg verbeteren door productieve interacties tussen een goed geïnformeerde en geactiveerde patiënt en een goed voorbereid multidisciplinair team van zorgverleners, zoals onderaan in de figuur wordt weergegeven (Wagner 1996). Een aantal elementen in het gezondheidszorgsysteem

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 (zorgstandaard 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 De rol van de huisartspraktijk

De huisarts – of iemand anders in de huisartspraktijk – kan, maar hoeft niet, de centrale zorgverlener te zijn. Huisartsen zijn echter sowieso een belangrijke schakel in de zorg voor patiënten met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten. De drempel om naar de huisarts te gaan in Nederland is laag. Daarom kan de huisarts een belangrijke rol spelen in het vroegtijdig signaleren van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Uit onderzoek van Nielen en Schellevis (2008) ten behoeve van het Diabetes Fonds, Nierstichting en Hartstichting (Lekker Lang Leven) blijkt dat een kwart van de huisartsen patiënten actief oproept om naar de praktijk te komen voor preventieve metingen van risicofactoren voor hart- en vaatziekten, diabetes en chronische nierziekten. Meestal worden preventieve metingen echter gedaan als de patiënt er tijdens een consult zelf om vraagt of wanneer zij met andere klachten op het spreekuur komen. De preventieve activiteiten worden veelal uitgevoerd door de huisarts zelf, waarna deze een groot deel van de taken over geeft aan de praktijkondersteuner (POH) voor ondersteuning bij leefstijlveranderingen. Vooral jongere huisartsen staan positief ten opzichte van het uitvoeren van preventieve activiteiten (Nielen en Schellevis 2008). Voor de zorgstandaard VRM is de huisarts een van de belangrijke zorgverleners, vanwege de centrale positie die de huisarts in de zorg inneemt. Daarom richt dit onderzoek zich op huisartsen. Er wordt gekeken in hoeverre de zorg die geleverd wordt al overeenkomt met de aanbevelingen in de zorgstandaard VRM. Dit wordt nagegaan middels de relevante indicatoren in de zorgstandaard (zorgstandaard 2009, deel III).

1.5 Indicatoren in de zorgstandaard te meten bij huisartsen

Een belangrijk doel van de zorgstandaard is de zorg voor patiënten met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten te verbeteren zowel op landelijk niveau als op het niveau van de individuele patiënt en de individuele zorgverlener. Om de kwaliteit van de zorg te kunnen meten en monitoren zijn kwaliteitsindicatoren ontwikkeld. Zij vormen een belangrijk onderdeel van de zorgstandaard. De indicatoren richten zich zowel op de inhoudelijke zorg als op de organisatie van de zorg. Een aantal van deze indicatoren, welke kort staan omschreven in tabel 1.1, heeft betrekking op zorgverleners, waaronder de huisarts. Ook andere indicatoren hebben betrekking op zorgverleners. In dit onderzoek is echter gekozen voor de selectie van indicatoren uit tabel 1, omdat bij deze indicatoren werd aanbevolen ze te meten met behulp van een enquête onder de zorginstelling, in dit geval de huisartspraktijk. Deze indicatoren vormden de basis voor het onderzoek dat in dit rapport beschreven wordt.

Tabel 1.1: Indicatoren uit de zorgstandaard VRM die (mede) betrekking hebben op zorgverlening in de huisartspraktijk (zorgstandaard VRM, 2009, deel III)

Nummer indicator	Omschrijving indicator
1	Het individueel zorgplan: percentage patiënten met een individueel zorgplan
2	Het individueel zorgplan voor VRM voldoet aan inhoudelijke kwaliteitseisen
7	Transmurale beschikbaarheid medicatiegegevens: iedere patiënt met een cardiovasculaire risicofactor heeft een actueel overzicht beschikbaar over de huidige medicatie
8	Multidisciplinaire en transmurale samenwerkingsafspraken zijn schriftelijk vastgelegd
11	Beoordeling cardiovasculaire risicofactoren in samenhang, met behulp van een risicotabel
12	Protocol voor VRM voor de praktijkondersteuner/verpleegkundig specialist
13	Richtlijn CVRM is direct en integraal te raadplegen
14	Mogelijkheden en gebruik van het registratiesysteem

1.6 Onderzoeksvragen

Bij de uitvoering van de zorgstandaard 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 anno begin 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 multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement 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 huisarts.

In dit rapport worden drie onderzoeksvragen beantwoord. De eerste onderzoeksvraag gaat in op de bekendheid met de zorgstandaard en gerelateerde producten. De andere twee vragen zijn gerelateerd aan de indicatoren zoals hierboven vermeld. De onderzoeksvragen zijn:

- 1) In welke mate kennen en gebruiken huisartsen de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM, de zorgstandaard VRM en de brochures van de Nederlandse Hartstichting (NHS)?
- 2) Hoe is de zorg rondom vasculair risicomanagement in de huisartspraktijk georganiseerd (indicatoren 7, 11-14)?
- 3) Welke samenwerkingsafspraken hebben huisartsen met: a) andere zorgverleners in de eerste lijn (indicator 8); b) zorgverleners in de tweede lijn (indicator 8) en c) patiënten (indicatoren 1 en 2)?

In het volgende hoofdstuk beschrijven we de gebruikte onderzoeksmethode. Hoofdstuk 3 gaat in op de resultaten, waarna hoofdstuk 4 een beschouwing bevat.

2 Methode van onderzoek

2.1 Inleiding

In onderhavig onderzoek wordt in kaart gebracht in hoeverre huisartsen op de hoogte zijn van de zorgstandaard VRM en in welke mate zij gebruik maken van de aanwijzingen uit deze zorgstandaard om de zorg rond CVRM in de praktijk te organiseren. Omdat deze vragen goed aansloten bij een al lopend onderzoek van het NIVEL, is besloten beide onderzoeken te combineren. Dit al lopende onderzoek betreft een evaluatie van het Programma Doelmatigheid Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM)³. Een van de onderdelen van dat evaluatieonderzoek is het afnemen van een schriftelijke vragenlijst onder huisartsen om de ondernomen activiteiten rondom CVRM binnen dit programma in kaart te brengen. Omdat de zorgstandaard VRM aansluit bij de richtlijn CVRM, gaf dit de mogelijkheid om de vragen van beide onderzoeken te combineren tot één schriftelijke vragenlijst en een grotere steekproef van huisartsen te benaderen.

In dit hoofdstuk worden de gebruikte methoden voor dit onderzoek verder toegelicht. De steekproef van huisartsen wordt beschreven in paragraaf 2.2. De dataverzameling, waaronder de ontwikkeling van de vragenlijst, wordt toegelicht in paragraaf 2.3. Tot slot beschrijft de laatste paragraaf de gebruikte analyses.

2.2 Steekproef huisartsen

Voor de steekproef van huisartsen is gebruik gemaakt van de NIVEL-Beroepenregistratie. Het doel van deze beroepenregistratie is het op continue basis verzamelen van gegevens over aantal, samenstelling en spreiding van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Onder andere van huisartsen wordt de registratie bijgehouden⁴. In januari 2010 stonden 8.759 huisartsen geregistreerd. De volgende achtergrondgegevens zijn van hen bekend: leeftijd, geslacht, functie, praktijkvorm en stedelijkheid. Uitgaande van een respons van circa 30% (gebaseerd op eerdere ervaringen) is een steekproef van 1.500 huisartsen getrokken. Het streven hierbij was een ingevulde vragenlijst retour te ontvangen van 500 huisartsen.

Het primaire doel van het Programma Doelmatigheid CVRM was het bevorderen van voorschrijven van simvastatine 40 mg als eerste keus aan nieuwe gebruikers. Het programma is intensiever ingezet (dwz. er zijn meer activiteiten ontplooid) in regio's waarin huisartsen minder vaak simvastatine als eerste keus voorschreven. Om deze reden is een gestratificeerde steekproef van huisartsen getrokken. Er is gekozen voor een

³ Het implementatietraject is in november 2009 van start gegaan. Het behelsde een implementatietraject van de richtlijn (CVRM) door het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), met financiële steun van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

⁴ Voor meer informatie over de NIVEL-Beroepenregistratie: www.nivel.nl/beroepeninzorg

oververtegenwoordiging van huisartsen uit de actievere regio's, zijnde de volgende gemeentes: Bergeijk, Cranendonk, Deurne, Ede, Eersel, Goes, Helmond, Maastricht, Schouwen-Duiveland (Zierikzee), Valkenswaard, Waalre, Zaltbommel (Aalst) en Zoetermeer. In totaal stonden 361 huisartsen in deze gemeentes geregistreerd in de NIVEL-Beroepenregistratie. Besloten is 100 huisartsen uit de pool van 361 huisartsen te trekken en 1.400 huisartsen uit de resterende pool van 8.398 huisartsen te trekken. Uit vergelijking van de antwoorden bleek dat er voor dit onderdeel in de vragenlijst geen significante verschillen waren tussen huisartsen in deze regio's en andere huisartsen.

2.3 Dataverzameling

Ten behoeve van onderhavig onderzoek zijn 19 gesloten vragen opgenomen in de vragenlijst (zie bijlage 2). Deze vragen zijn grotendeels gebaseerd op de acht organisatie-indicatoren uit deel III van de zorgstandaard VRM, welke in de inleiding reeds zijn toegelicht (zie paragraaf 1.5). Daarnaast is een vraag opgenomen over het meegeven van voorlichtingsmaterialen uitgegeven door de Nederlandse Hartstichting over het onderwerp CVRM aan patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ.

De vragenlijst is zowel op papier als via internet aangeboden. Eind januari is een eerste brief met papieren vragenlijst en antwoordenvolop aan alle huisartsen toegestuurd. Op de vragenlijst kon de huisarts de inloggegevens voor invullen op internet terugvinden indien dit de voorkeur had. Na tweeënhalve week is een eerste reminder verstuurd: een brief met het verzoek de vragenlijst alsnog op papier of online in te vullen. Na nog eens drie weken werd de tweede en laatste reminder verzonden. Deze bestond uit een brief met opnieuw een papieren exemplaar van de vragenlijst en antwoordenvolop. Van de 1.500 verstuurde vragenlijsten kwamen er 44 onbestelbaar retour, waardoor het netto verstuurde aantal vragenlijsten uitkomt op 1.456.

2.4 Data analyses

Er zijn veelal beschrijvende analyses uitgevoerd (frequentieverdelingen en kruistabellen). Het kwam regelmatig voor dat een huisarts een vraag niet had beantwoord die wel beantwoord had moeten worden. De weergegeven percentages in het resultatenhoofdstuk (hoofdstuk 3) zijn valide percentages, oftewel percentages berekend over het aantal huisartsen dat de vraag ook daadwerkelijk beantwoord heeft.

Verschillen in achtergrondkenmerken tussen respondenten, non-respondenten en de landelijke huisartspopulatie zijn getoetst met de chi-kwadraattoets, evenals verschillen in uitkomsten naar achtergrondkenmerken. Ook is getoetst of er verschillen zijn in uitkomsten tussen huisartsen die aangeven wel of niet de zorgstandaard VRM ontvangen te hebben. Alle analyses zijn uitgevoerd met STATA, versie 10.

3 Resultaten

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk begint met een beschrijving van de respons op de vragenlijst en de karakteristieken van de huisartsen in paragraaf 3.2. Daarna worden de multidisciplinaire CBO-richtlijn/NHG-Standaard Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM) en de zorgstandaard Vasculair Risicomanagement (VRM) besproken in respectievelijk paragraaf 3.3 en 3.4. Paragraaf 3.5 gaat in op het in kaart brengen van het cardiovasculair risicoprofiel. Vervolgens wordt in paragraaf 3.6 het individueel zorgplan voor patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ besproken. Het meegeven van voorlichtingsmateriaal, ontwikkeld door de Nederlandse Hartstichting aan patiënten door de huisarts wordt besproken in paragraaf 3.7. Paragraaf 3.8 geeft vervolgens inzicht in het patiëntendossier. Tot slot licht de laatste paragraaf de samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en zorgverleners uit de eerste en tweede lijn over de zorg rond CVRM toe.

3.2 Respons & karakteristieken

De respons op de vragenlijst verzonden aan de huisartsen is weergegeven in tabel 3.1. Netto zijn 1.456 vragenlijsten verstuurd. Er kwamen 523 vragenlijsten retour. Na opschoning van het responsebestand, onder andere door dubbel ingevulde vragenlijsten (5x) en niet volledig ingevulde vragenlijsten te verwijderen, bleef een totaal van 498 huisartsen over. Hiermee komt de netto respons uit op 34,2 %.

Tabel 3.1: Respons van de huisartsen op de vragenlijst

Verzonden	Onbestelbaar	Ontvangen		Dubbel/niet volledig	Totale netto respons (%)
		Papier	online		
1500	44	422	101	25	498 (34,2%)

De respondenten zijn zowel met de non-respondenten als met de landelijke huisartspopulatie vergeleken. Het blijkt dat een kleine meerderheid (55,2 %) van de respondenten vrouw is. Bij de non-respondenten lag het percentage vrouwen op 55,5 %. In de landelijke populatie is de meerderheid (60,8 %) van de huisartsen echter man. Bijna 70 % van de huisartsen van de respondenten en de non-respondenten is tussen de 36 en 55 jaar oud. Een meerderheid van zowel de respondenten (65,9 %) als de non-respondenten (69,5 %) heeft een groepspraktijk. In de landelijke populatie ligt dit percentage lager (52,4 %). In de steekproef waren huisartsen in dienst van een huisarts (HIDHA) oververtegenwoordigd. Tussen de respondenten en de non-respondenten is slechts een klein verschil te zien in het aandeel HIDHA's.

Voor geen van de achtergrondkenmerken is een significant verschil waarneembaar tussen de respondenten en non-respondenten. Er blijken echter wel significante verschillen te zijn tussen de respondenten en de landelijke populatie huisartsen met betrekking tot de achtergrondkenmerken (zie tabel 3.2).

Tabel 3.2: Achtergrondkenmerken van de huisartsen

	respondenten (N = 498)		non- respondenten (N = 958)		landelijke populatie (N = 8.875)	
	%	n	%	n	%	n
Geslacht	<i>p < 0.001</i>					
Man	44,8	223	44,5	426	60,8	5.393
Vrouw	55,2	275	55,5	532	39,2	3.482
Leeftijdscategorie	<i>p < 0.001</i>					
25-35 jaar	18,3	91	14,7	141	8,5	756
36-45 jaar	35,7	178	37,5	359	29,3	2.603
46-55 jaar	32,7	163	31,1	298	36,3	3.221
56-65 jaar	13,3	66	16,5	158	25,5	2.265
> 65 jaar	0,0	0	0,2	2	0,4	30
Praktijkvorm	<i>p < 0.001</i>					
Solo	6,6	33	5,3	51	19,1	1.694
Duo	27,5	137	25,2	241	28,5	2.526
Groepspraktijk	65,9	328	69,5	666	52,4	4.655
Stedelijkheid (aantal adressen per km ²) ¹	<i>p < 0.05</i>					
Zeer sterk (>2500)	14,1	70	18,1	173	20,0	1.771
Sterk (1500-2500)	29,3	146	30,9	296	27,6	2.452
Matig (1000-1500)	21,3	106	18,2	174	18,9	1.679
Weinig (500-1000)	23,5	117	22,3	213	21,6	1.914
Niet (<500)	11,9	59	10,7	102	11,9	1.059
Functie	<i>p < 0.001</i>					
Zelfstandige/loondienst	71,3	355	69,5	666	88,2	7.831
HIDHA	28,7	143	30,5	292	11,8	1.044

¹ Definitie zoals gehanteerd door het Centraal Bureau van de Statistiek (CBS)

Voor alle resultaten weergegeven in de komende paragrafen 3.3 tot en met 3.8 is gekeken of er verschillen waren tussen huisartsen met betrekking tot alle bovenstaande achtergrondkenmerken. Alleen indien er significante verschillen gevonden werden tussen huisartsen op een bepaald kenmerk, wordt dit in de tekst vermeld.

3.3 De CBO-richtlijn/NHG-Standaard Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM)

De CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM is in 2006 uitgebracht. Het doel van deze standaard is het bevorderen van een optimaal beleid ten aanzien van de behandeling van patiënten met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten (HVZ). De in dit rapport

centraal staande zorgstandaard VRM is een aanvulling op deze CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM. Vandaar dat ook het gebruik van deze standaard onder huisartsen is onderzocht in dit onderzoek.

Van de huisartsen geeft 99,0 % (n = 489) aan dat de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM aanwezig is in de praktijk. De meerderheid (69,7 %, n = 341) van deze huisartsen geeft aan de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM zowel op papier als digitaal beschikbaar te hebben in de praktijk. Van de overige huisartsen bij wie de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM aanwezig is, zegt 22,7 % (n = 111) van de huisartsen deze alleen op papier beschikbaar te hebben en 7,6 % (n = 37) alleen digitaal.

Tabel 3.3 geeft aan hoe vaak de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM geraadpleegd wordt tijdens het consult door huisartsen. Van de huisartsen, bij wie de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM in de praktijk aanwezig is, zegt 90,3 % (n = 426) deze wel eens te raadplegen tijdens het consult. De meerderheid (53,2 %) van deze huisartsen geeft aan de standaard alleen te raadplegen indien er twijfel is over de behandeling. Er zijn significante verschillen hierin naar leeftijd van de huisarts (p < 0,05). Jongere huisartsen (35 jaar en jonger) raadplegen vaker de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM, met name tijdens het eerste consult. Waar 33,7 % van de jongere huisartsen dit doet, doet dat tussen de 20 en 27 % van de oudere huisartsen. Van de oudste groep huisartsen (56-plus) geeft 16,7 % aan de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM niet te raadplegen, tegenover tussen de 3 en 14 % in de andere leeftijdsgroepen.

Tabel 3.3: Raadplegen van de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM tijdens het consult door de huisartsen bij wie deze standaard aanwezig is in de praktijk (N = 472)

	%	n
Tijdens het eerste consult	25,2	119
Tijdens elk consult	7,0	33
Alleen bij twijfel over de behandeling	53,2	251
Andere gelegenheid	4,9	23
Raadpleegt deze niet	9,7	46

Huisartsen geven aan vooral de onderdelen ‘risicotabel voor inschatting 10-jaarsrisico van sterfte door HVZ’ (97,7 %) en ‘richtlijnen medicamenteuze behandeling’ (65,7 %) te raadplegen. Een minderheid van de huisartsen geeft echter aan de onderdelen ‘factoren die het risicoprofiel bepalen’ en ‘de richtlijnen niet-medicamenteuze behandeling’ (respectievelijk 32,4 en 20,2 %) te raadplegen (zie tabel 3.4). Vrouwelijke huisartsen raadplegen duidelijk vaker de richtlijnen voor medicamenteuze behandeling dan mannelijke huisartsen (respectievelijk 70,6 % versus 53,4 %, p < 0,001). Ook met betrekking tot leeftijd zien we hier verschillen: hoe jonger de huisarts, hoe vaker de medicamenteuze richtlijnen worden geraadpleegd (p < 0,05). Van de huisartsen van 56 jaar en ouder zegt 45,3 % deze richtlijnen te raadplegen, bij de jongste huisartsen (35 jaar en jonger) ligt dit percentage op 68,6 %. Dit is onafhankelijk van geslacht: zowel jongere mannelijke als jongere vrouwelijke huisartsen geven aan dat zij vaker de richtlijnen medicamenteuze

behandeling raadplegen. Daar tegenover staat dat oudere huisartsen vaker zeggen de niet-medicamenteuze richtlijnen te raadplegen ($p < 0,01$): 11,6 % in de jongste groep en 26,4 % in de oudste groep.

Tabel 3.4: Onderdelen CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM die huisartsen, bij wie deze in praktijk aanwezig is, raadplegen (N = 426)

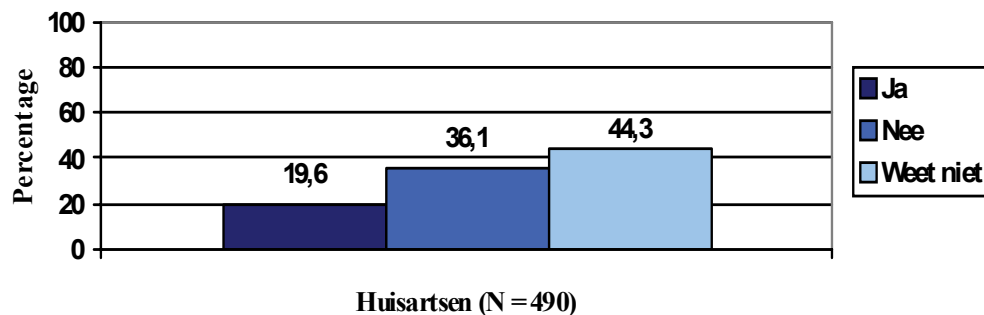
	%	n
Risicotabel voor inschatting 10-jaarsrisico van sterfte door HVZ	97,7	416
Richtlijnen voor medicamenteuze behandeling	65,7	280
Factoren die het risicoprofiel bepalen	32,4	138
Richtlijnen niet-medicamenteuze behandeling	20,2	86

3.4 De zorgstandaard Vasculair Risicomanagement (VRM)

In februari 2009 is de zorgstandaard Vasculair Risicomanagement (VRM) door het Platform Vitale Vaten uitgebracht. In deze zorgstandaard worden de zorginhoud (de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM) en organisatie van zorg aan elkaar gekoppeld, waarbij het patiëntenperspectief leidend is. De standaard bestaat uit vier delen: deel I voor zorgverleners, deel II voor patiënten, deel III bevat indicatoren en deel IV is de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM.

Bijna een vijfde (19,6 %) van de huisartsen geeft aan de zorgstandaard VRM te hebben ontvangen (zie figuur 3.1). Ruim 40 % van de huisartsen geeft echter aan niet te weten of ze de zorgstandaard VRM hebben ontvangen. Oudere respondenten geven vaker aan de zorgstandaard VRM te hebben ontvangen: 30,7 % in de oudste (> 56 jaar) leeftijdsgroep tegenover 11,0 % in de jongste groep (< 35 jaar) ($p < 0,01$). Hiermee samenhangend geven zelfstandig gevestigde huisartsen (die vaak wat ouder zijn) vaker dan HIDHA's aan de zorgstandaard VRM te hebben ontvangen ($p < 0,05$).

Figuur 3.1: Zorgstandaard VRM ontvangen door de huisarts



Van de huisartsen die zeggen de zorgstandaard VRM te hebben ontvangen, geeft een

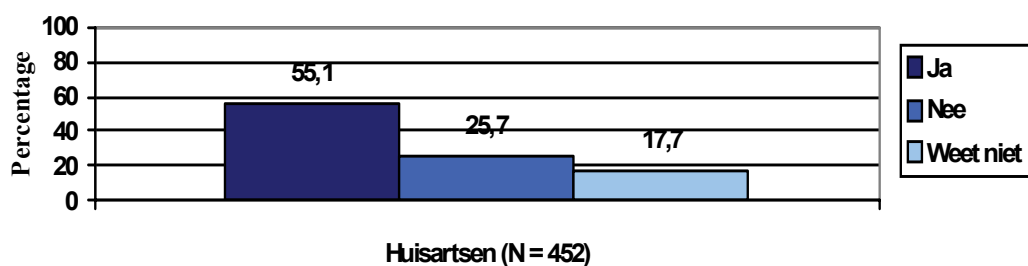
meerderheid (61,5 %) aan deel I van deze zorgstandaard VRM te hebben doorgenomen (zie tabel 3.5). De huisartsen die deel I hebben doorgenomen blijken veelal ook degenen te zijn die de andere drie delen hebben doorgenomen (niet in tabel). Zo geven 34 van de 59 huisartsen die deel I hebben doorgenomen aan ook deel II te hebben doorgenomen. Verder geven 30 van de 34 huisartsen die deel I en II hebben doorgenomen aan ook deel III te hebben doorgenomen. Tenslotte zeggen 28 huisartsen alle delen te hebben doorgenomen. Een derde (33,3 %) van de huisartsen die de zorgstandaard VRM hebben ontvangen, geeft aan geen enkel deel van deze standaard te hebben doorgenomen.

Tabel 3.5: Doorgenomen delen van de zorgstandaard VRM door huisartsen die deze hebben ontvangen (N = 96)

	%	n
Deel I (zorgverleners)	61,5	59
Deel II (patiënten)	36,5	35
Deel III (indicatoren)	38,5	37
Deel IV (CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM)	42,7	41
Geen enkel deel	33,3	32

Huisartsen kunnen onderdelen van de zorgstandaard VRM delegeren aan praktijkassistenten, praktijkondersteuners en/of praktijkverpleegkundigen. Dit betreft de onderdelen die protocollair kunnen worden uitgevoerd. Bij 452 huisartsen (91,1 %) is ondersteunend personeel in de praktijk werkzaam. Van deze huisartsen geeft ruim de helft (55,1 %) aan dat een protocol voor VRM voor deze zorgverleners aanwezig is in hun praktijk (zie figuur 3.2), een kwart van de huisartsen (25,7 %) geeft aan dat een protocol voor VRM niet beschikbaar is in de praktijk.

Figuur 3.2: Protocol voor VRM beschikbaar voor zorgverleners



Als het gaat om de beschikbaarheid van een dergelijk protocol blijkt er een significant verschil te zijn naar functie: HIDHA's geven vaker dan zelfstandig gevestigde huisartsen aan niet te weten of er een protocol beschikbaar is (31,2 % versus 13,0 %, $p < 0,001$). Daarnaast geven de huisartsen die zeggen de zorgstandaard VRM te hebben ontvangen vaker aan dat er een protocol voor zorgverleners in de praktijk is ($p < 0,001$).

3.5 Cardiovasculair risicoprofiel

Het cardiovasculaire risicoprofiel wordt door een meerderheid van de huisartsen dan wel de praktijkondersteuners/-verpleegkundigen in kaart gebracht. Meer dan driekwart van de huisartsen zegt voor alle patiënten met Diabetes Mellitus Type 2 (DM2) het cardiovasculaire profiel in kaart te brengen. Voor patiënten met HVZ is dat minder, iets meer dan de helft van de huisartsen geeft aan dit te doen. Huisartsen geven aan minder vaak een cardiovasculair risicoprofiel in kaart te brengen voor patiënten met een risico dan voor patiënten met aanwezige (co)morbiditeit (zie tabel 3.6).

Tabel 3.6: In kaart brengen van het cardiovasculair risicoprofiel bij specifieke patiëntgroepen door de huisartsen

	Alle		Meerderheid		Helft		Minderheid		Nee	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Patiënten										
- met HVZ (n=495)	52,3	259	37,2	184	5,9	29	3,6	18	1,0	5
- met DM2 (n=491)	78,4	385	17,5	86	0,6	3	2,1	10	1,4	7
- zonder HVZ/DM2, mogelijk verhoogd risico (n=487)	22,4	109	39,4	192	19,1	93	16,4	80	2,7	13
- met belaste familieanamnese (n=487)	15,4	75	35,1	171	23,4	114	23,8	116	2,3	11
- met zichtbaar overgewicht (n=488)	5,3	26	26,0	127	31,4	153	33,8	165	3,5	17

Risicoinschatting op HVZ

Bij 99,0 % (n = 489) van de huisartsen is de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM aanwezig in de praktijk (zie paragraaf 3.3). Om het individuele risico op HVZ te schatten voor patiënten met een verhoogd risico op HVZ zeggen bijna alle (97,2 %) huisartsen weleens de risicotabel uit de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM of de Consultwijzer of het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) te gebruiken (zie tabel 3.7). Ruim 40% geeft aan dit bij alle patiënten te doen. Dit is in lijn met de resultaten uit tabel 3.6, waar huisartsen aangaven bij een meerderheid van de patiënten met HVZ en bij patiënten met diabetes risicoscores op te stellen, maar bij een minderheid van de patiënten met een hoog risico⁵.

Tabel 3.7: Raadplegen van de risicotabel door huisartsen om het individuele risico op HVZ bij patiënten te schatten (N = 496)

	%	n
Voor alle patiënten	42,8	212
Voor een meerderheid van de patiënten	39,1	194
Voor ongeveer de helft van de patiënten	9,3	46
Voor een minderheid van de patiënten	6,0	30
Voor geen van de patiënten	2,8	14

⁵ Niet alle HIS-en beschikken over een risicotabel. Dit is de reden dat breder gevraagd is, onder andere naar de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM welke ook op papier beschikbaar is.

Bijna een kwart (23,0 %) van de huisartsen geeft aan de SCORE risicometer op www.scoremeter.nl te gebruiken om het individuele risico op HVZ uit te rekenen voor patiënten met een verhoogd risico op HVZ (zie tabel 3.8). Oudere huisartsen en huisartsen gevestigd in niet stedelijke gebieden geven aan de SCORE risicometer vaker te gebruiken dan jongere huisartsen en huisartsen in zeer sterk stedelijke gebieden ($p < 0,05$). Verder geven huisartsen die zeggen de zorgstandaard VRM te hebben ontvangen vaker aan de SCORE risicometer te gebruiken voor een meerderheid tot alle patiënten ($p < 0,01$).

Tabel 3.8: Raadplegen van de SCORE meter door huisartsen om het individuele risico op HVZ bij patiënten te schatten (N = 495)

	%	n
Voor een meerderheid van de patiënten	15,6	87
Voor ongeveer de helft van de patiënten	2,6	13
Voor een minderheid van de patiënten	4,8	24
Voor geen van de patiënten	77,0	381

Leefstijladviezen

Op één huisarts na geven alle ondervraagde huisartsen aan adviezen met betrekking tot de leefstijl te geven. Zo'n 94% van de huisartsen zegt aan de meerderheid van de patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ leefstijladviezen over bijvoorbeeld roken, voeding, alcoholgebruik en lichamelijke activiteit te geven (zie tabel 3.9). Met betrekking tot het geven van leefstijladviezen zijn geen significante verschillen gevonden tussen groepen huisartsen.

Tabel 3.9: Geven van leefstijladviezen aan patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ door de huisartsen (N = 495)

	%	n
Aan alle/meerderheid van de patiënten	93,6	462
Aan ongeveer de helft van de patiënten	4,8	24
Aan minderheid/geen van de patiënten	1,6	8

3.6 Individueel zorgplan voor patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ

Een van de aanwijzingen uit de zorgstandaard VRM is het opstellen van een individueel zorgplan voor elke patiënt met (een verhoogd risico op) HVZ. Dit zorgplan is van en voor de patiënt en bevat de doelen en afspraken die zorgverlener en patiënt samen maken. Slechts iets meer dan een kwart ($n = 136$) van de huisartsen geeft aan dit te doen; van de huisartsen die zeggen dit te doen, geeft 40,4 % aan een zorgplan op te stellen voor een meerderheid van de patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ (zie tabel 3.10). Huisartsen die de zorgstandaard VRM hebben ontvangen geven vaker aan een zorgplan op te stellen ($p < 0,001$).

Tabel 3.10: Opstellen van een individueel zorgplan voor patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ

	n	% van huisartsen die zorgplan opstellen (n=136)	% van totaal (n = 490)
Voor alle patiënten	19	14,0	3,9
Voor een meerderheid van de patiënten	55	40,4	11,2
Voor ongeveer de helft van de patiënten	26	19,1	5,3
Voor een minderheid van de patiënten	36	26,5	7,3

Indien een zorgplan wordt opgesteld, dan geeft een meerderheid (75,7 %) van de huisartsen aan dit ofwel digitaal of op papier vast te leggen. Uit tabel 3.11 blijkt dat indien een zorgplan wordt opgesteld, vooral het risicoprofiel van de patiënt en de doelen/ streefwaarden worden beschreven, gevolgd door het controleschema met tijdsplanning om deze doelen/streefwaarden te controleren en de begeleiding van de patiënt.

Tabel 3.11: Onderdelen die beschreven worden in het individueel zorgplan van de patiënt door huisartsen

Onderdelen	n	% van huisartsen met zorgplan (n=106)	% totaal (n = 490)
Risicoprofiel van de patiënt	111	81,6	22,7
Doelen / streefwaarden	83	61,0	16,9
Controleschema met tijdsplanning om te controleren of doelen / streefwaarden bereikt zijn	76	55,9	15,5
Begeleiding patiënt	68	50,0	13,9
Manier om doelen / streefwaarden te bereiken	67	49,3	13,7
Wijze van evaluatie en bijstelling zorgplan	50	36,8	10,2
Centrale zorgverlener	47	34,6	9,6

3.7 Voorlichtingsbrochures Nederlandse Hartstichting

De Nederlandse Hartstichting (NHS) heeft brochures ontwikkeld, welke huisartsen als voorlichtingsmateriaal kunnen meegeven aan patiënten bij wie (een verhoogd risico op) HVZ is vastgesteld. Tabel 3.12 geeft inzicht in welke van deze brochures door huisartsen worden meegeven aan deze patiënten. Ongeveer een derde van de huisartsen zegt niet bekend te zijn met het materiaal wat de NHS heeft ontwikkeld/uitgegeven (zie tabel 3.12). Bij de huisartsen die aangeven de zorgstandaard VRM *niet* te hebben ontvangen, zijn ook de voorlichtingsbrochures van de NHS vaker onbekend ($p < 0,05$). Verder geeft een minderheid van de huisartsen aan het voorlichtingsmateriaal mee te geven aan patiënten bij wie (een verhoogd risico op) HVZ is vastgesteld.

Tabel 3.12: Brochures van de NHS die door huisartsen aan patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ worden meegegeven (percentage huisartsen)

Brochure	Ja, aan meerderheid patiënten		Ja, aan helft patiënten		Ja, aan minderheid patiënten		Nee		Kent materiaal niet	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
‘Werken aan vitale vaten’ (n=459)	3,9	18	1,3	6	8,9	41	45,6	209	40,3	185
‘Te hoog cholesterol’ (n=462)	12,3	57	5,6	26	15,2	70	38,3	177	28,6	132
Relevante delen patiënten-versie zorgstandaard VRM (n=460)	3,7	17	2,4	11	8,0	37	56,5	260	29,4	135

3.8 Patiëntendossier

Tabel 3.13 geeft aan in hoeverre gegevens duidelijk zichtbaar zijn in het medisch dossier van patiënten wanneer de huisarts deze raadpleegt. De meeste huisartsen noemen de diagnose DM2, gevolgd door hypertensie, HVZ, bloeddruk en cholesterol. Huisartsen die de zorgstandaard VRM hebben ontvangen geven vaker aan dat zij rookstatus en –verleden duidelijk zichtbaar genoteerd hebben in het dossier ($p < 0,05$). Echter, maar 18,7 % van de huisartsen geeft aan dat het percentage sterfterisico door HVZ (volgens SCORE) zichtbaar is. Dit percentage sterfterisico door HVZ is vaker zichtbaar bij mannelijke huisartsen ($p = 0,05$), zelfstandig gevestigde huisartsen ($p < 0,05$), en huisartsen gevestigd in niet stedelijke gebieden ($p < 0,001$).

Tabel 3.13: Onderdelen die duidelijk zichtbaar zijn in het patiëntendossier indien de huisarts dit dossier raadpleegt (N = 487)

Onderdeel	%	n
Diagnose DM2 indien gesteld	98,8	481
Diagnose hypertensie indien gesteld	94,0	458
Diagnose HVZ indien gesteld	84,0	409
Bloeddruk	74,1	361
Cholesterolgehalte	70,6	344
Rookstatus en –verleden	44,6	217
Percentage sterfterisico door HVZ (volgens SCORE)	18,7	91

Verder wordt in tabel 3.14 weergegeven in hoeverre huisartsen aangeven inzicht te hebben in een totaaloverzicht van de medicatie die aan patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ uit hun praktijk wordt voorgeschreven. Bijna de helft (47,2 %) van de huisartsen zegt voor alle patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ een actueel totaal overzicht van de medicatie te hebben. Huisartsen geven aan dat patiënten zelf veelal geen actueel totaaloverzicht medicatie ($n = 364$) hebben, maar dat patiënten dit vaak wel bij hun apotheek kunnen opvragen (zie tabel 3.15); niet duidelijk is of huisartsen dit ook daadwerkelijk adviseren. Jongere huisartsen geven overigens veel vaker aan dat patiënten dit bij de apotheek kunnen opvragen dan oudere huisartsen (respectievelijk 83,7 % van de huisartsen van 35 jaar en jonger versus 56,9 % van de 56-plussers; $p < 0,01$).

Tabel 3.14: Aandeel patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ waarvoor de huisarts een actueel totaaloverzicht medicatie bezit (N = 494)

	%	n
Alle patiënten	47,2	233
Meerderheid van de patiënten	29,1	144
Ongeveer de helft van de patiënten	2,8	14
Minderheid van de patiënten	0,8	4
Geen van de patiënten, maar dit is op te vragen bij de apotheek	15,0	74
Geen van de patiënten	5,1	25

Tabel 3.15: Aandeel patiënten dat volgens de huisarts zelf over een actueel totaaloverzicht medicatie beschikt (N = 479)

	%	n
Op papier	14,2	68
Digitaal	0,8	4
Op papier en digitaal	0,2	1
Niet in bezit, dit kunnen patiënten opvragen bij de apotheek	76,0	364
Niet in bezit	8,8	42

3.9 Samenwerkingsafspraken over de zorg rond CVRM

Van de 498 ondervraagde huisartsen geven 202 huisartsen (40,6 %) aan dat zij géén samenwerkingsafspraken over de zorg rond CVRM hebben gemaakt met zorgverleners uit de eerste of tweede lijn. Hierbij kan worden opgemerkt, dat huisartsen die geen afspraken maken met zorgverleners uit de eerste lijn, meestal (91,4 %, n = 202) ook geen afspraken maken met zorgverleners uit de tweede lijn.

Van de 296 huisartsen die wel zeggen samenwerkingsafspraken met de eerste of tweede lijn te hebben gemaakt, geven 267 huisartsen (90,2%) aan dat afspraken gemaakt zijn met andere zorgverleners uit de eerste lijn (zie tabel 3.16). Met de diëtist wordt het vaakst afspraken gemaakt over de zorg rond CVRM, gevolgd door de diabetesverpleegkundige en de apotheker.

Tabel 3.16: Samenwerkingsafspraken over de zorg rond CVRM tussen de huisarts en zorgverleners uit de eerste lijn (N = 267)

Zorgverlener uit de 1 ^e lijn	%	n
Diëtist	59,6	159
Diabetesverpleegkundige	53,2	142
Apotheker	51,3	137
Fysiotherapeut	40,4	107
Psycholoog	4,1	11
Andere zorgverleners uit de 1 ^e lijn (veelal POH-er, podotherapeut of de zorggroep/ketenzorg)	8,2	22

Aan de huisartsen die aan hebben gegeven samenwerkingsafspraken te hebben gemaakt met zorgverleners uit de eerste lijn, is gevraagd over welke onderwerpen deze afspraken gingen. Deze vraag werd echter door weinig huisartsen (n = 112) beantwoord. Van deze huisartsen zegt 77 % afspraken te hebben gemaakt over de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden binnen het eerstelijns team (zie tabel 3.17) en 58 % over de aanwijzing van de centrale zorgverlener.

Tabel 3.17: Onderwerpen waarover samenwerkingsafspraken zijn gemaakt met andere zorgverleners uit de eerste lijn (N = 112)

Onderwerp	Ja, wel schriftelijk vastgelegd	Ja, niet schriftelijk vastgelegd	Nee
	%	%	%
Aanwijzing centrale zorgverlener	33,9	24,1	42,0
Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden binnen eerstelijns team	42,5	34,5	23,0

Van de 296 huisartsen die samenwerkingsafspraken met de eerste of tweede lijn hebben gemaakt, geven 97 huisartsen (32,7 %) aan dat ze afspraken met de tweede lijn hebben gemaakt (zie tabel 3.18). Indien in de tweede lijn afspraken over de zorg rond CVRM worden gemaakt, worden deze vooral met de internist gemaakt, gevolgd door de cardioloog.

Tabel 3.18: Samenwerkingsafspraken over de zorg rond CVRM tussen de huisarts en zorgverleners uit de tweede lijn (N = 97)

Zorgverlener uit de 2 ^e lijn	%	n
Internist	86,6	84
Cardioloog	47,4	46
Neuroloog	15,5	15
Vaatchirurg	14,4	14
Andere zorgverleners uit 2 ^e lijn (veelal de oogarts)	7,2	7

Aan de huisartsen die samenwerkingsafspraken hadden gemaakt met zorgverleners uit de tweede lijn, is ook gevraagd over welke onderwerpen deze afspraken gingen. De huisartsen geven aan dat de gemaakte samenwerkingsafspraken betrekking hebben op de transmurale afspraken over de wijze van verwijzen en terugverwijzen (zie tabel 3.19). Vier op de tien huisartsen geeft aan geen transmurale afspraken te hebben gemaakt over voorkeursmedicatie.

Tabel 3.19: Onderwerpen waarover samenwerkingsafspraken zijn gemaakt met andere zorgverleners uit de tweede lijn (N = 80, 84 en 75)

Onderwerp	Ja, wel schriftelijk vastgelegd	Ja, niet schriftelijk vastgelegd	Nee
Aanwijzing centrale zorgverlener (n=80)	43,8	22,5	33,8
Transmurale afspraken over de wijze van verwijzen en terugverwijzen (n=84)	56,0	39,3	4,8
Transmurale afspraken over voorkeursmedicatie (n=74)	38,7	20,0	41,3

4 Samenvatting en discussie

4.1 Samenvatting

In 2009 is de zorgstandaard VRM uitgebracht door het Platform Vitale Vaten. Deze zorgstandaard beschrijft hoe volgens deskundigen (patiënten, zorgverleners en wetenschappers) de zorg rondom de aanpak van risicofactoren voor hart- en vaatziekten georganiseerd zou moeten worden (Platform Vitale Vaten 2009). Het gaat hierbij om mensen met een verhoogd risico op door atherosclerose veroorzaakte hart- en vaataandoeningen 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 wel een vasculaire aandoening hebben. Huisartsen vormen een belangrijke schakel in de zorg voor patiënten met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten. De drempel naar de huisarts is laag en de huisarts heeft een centrale positie binnen de Nederlandse gezondheidszorg. In dit onderzoek stonden de huisartsen daarom centraal: hoe hebben zij een aantal zaken rondom de zorg voor patiënten met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten geregeld. De volgende drie vragen zijn daarbij gesteld:

- 1) In welke mate kennen en gebruiken huisartsen de richtlijn CVRM, de zorgstandaard VRM en NHS brochures?
- 2) Hoe is de zorg rondom vasculair risicomanagement in de huisartspraktijk georganiseerd?
- 3) Welke samenwerkingsafspraken hebben huisartsen met: a) andere zorgverleners in de eerste lijn; b) zorgverleners in de tweede lijn en c) patiënten?

Deze vragen zijn onderzocht met behulp van een schriftelijke vragenlijst onder een steekproef van 1500 huisartsen. De netto respons was 34,2 % (n = 498). Hieronder worden per onderzoeksvraag de belangrijkste resultaten weergegeven.

4.1.1 *Bekendheid CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM en zorgstandaard VRM*

Bij bijna alle huisartsen is de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM aanwezig in de praktijk. Iets meer dan twee derde van de huisartsen geeft aan deze CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM zowel op papier als digitaal beschikbaar te hebben. De standaard wordt door het merendeel van de huisartsen alleen gebruikt indien er twijfel is over de behandeling.

Ongeveer een vijfde van de huisartsen geeft aan de zorgstandaard VRM, welke in februari 2009 is uitgebracht, te hebben ontvangen. Meer dan 40 % van de huisartsen geeft echter aan niet te weten of ze de zorgstandaard VRM hebben ontvangen. Huisartsen hebben het vaakst het deel voor de zorgverleners (deel I) doorgenomen. Een derde van de huisartsen die de zorgstandaard VRM heeft ontvangen, zegt geen enkel deel van deze standaard doorgenomen.

4.1.2 **Organisatie zorg rondom vasculair risicomanagement**

De zorgstandaard adviseert een cardiovasculair risicoprofiel voor elke patiënt met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten in kaart te brengen. Negen op de tien huisartsen zegt dit te doen bij alle of een meerderheid van de patiënten die bekend zijn met hart- en vaatziekten. Nog meer huisartsen (96 %) geven aan dit te doen bij alle of een meerderheid van de patiënten die bekend zijn met diabetes. Circa 60 % van de huisartsen doet dit bij alle of een meerderheid van de patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Bij patiënten met een belaste familieanamnese en zichtbaar overgewicht zijn er echter veel minder huisartsen die een risicoprofiel in kaart brengen.

Daarnaast adviseert de zorgstandaard VRM om een individueel zorgplan op te stellen. Slechts een kwart van de huisartsen geeft aan dit ook daadwerkelijk te doen. Dit zijn vaker huisartsen die de zorgstandaard zeggen te hebben ontvangen. Indien de huisarts een individueel zorgplan opstelt, wordt dit door ongeveer de helft van de huisartsen voor alle of een meerderheid van de patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ gedaan. De onderdelen die het vaakst in de zorgplannen worden opgenomen zijn: het risicoprofiel, de doelen en streefwaarden en een tijdschema voor controles. Slechts 9% van de huisartsen geeft aan een centrale zorgverlener aan te wijzen.

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 doet dit voor rookstatus. Slechts 20% zet het totale risico op HVZ (volgens SCORE) op een duidelijk zichtbare plaats. Iets meer dan driekwart van de huisartsen bezit voor de meerderheid van de patiënten een totaal overzicht van de medicatie. Slechts 15% van de patiënten bezit zelf een totaal overzicht van hun medicatie.

4.1.3 **Samenwerking tussen huisartsen en andere zorgverleners en met patiënten**

Uit het onderzoek komt naar voren dat in iets meer dan de helft van alle huisartspraktijken een protocol aanwezig is voor taakdelegatie rondom VRM naar praktijkondersteuners, praktijkverpleegkundigen en assistentes.

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. Slechts een vijfde van de huisartsen doet dit met zorgverleners uit de tweede lijn, vooral met internisten en cardiologen. Het gaat hierbij vooral om transmurale afspraken over de wijze van verwijzen en terugverwijzen.

Huisartsen kunnen hun samenwerkingsafspraken met patiënten vastleggen in het individuele zorgplan van de patiënt. Dit zorgplan is van en voor de patiënt en bevat de doelen en afspraken die zorgverlener en patiënt samen maken. Slechts iets meer dan een kwart van de huisartsen geeft aan dit te doen maar lang niet altijd voor alle patiënten. Huisartsen die de zorgstandaard hebben ontvangen geven vaker aan een zorgplan op te stellen. Opgemerkt moet worden dat slechts 6% van alle patiënten zegt een zorgplan te

hebben. Dit blijkt uit een meting onder gehouden onder 600 patiënten met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten, die vrijwel gelijk met de meting onder huisartsen is gehouden (Van Boheemen et al 2010).

4.2 Beperkingen van het onderzoek

De schriftelijke enquête is afgenomen bij een steekproef van 1500 huisartsen. De respons was 34 %, wat vergelijkbaar is met veel ander onderzoek onder huisartsen. Deze respons kan selectief zijn. Hoewel de respondenten weinig verschillen van de non-respondenten kan er wel degelijk een bias naar het onderwerp zijn in de respons. Daarnaast verschilt de steekproef wel van de landelijke populatie huisartsen. Er zijn meer jonge en vrouwelijke huisartsen vertegenwoordigd in de steekproef. Op een aantal kenmerken zien we dat er verschillen zijn, met name tussen jongere en oudere huisartsen. Deze zijn in de tekst aangegeven. Ook kan het zijn dat huisartsen die mee hebben gedaan positiever staan ten opzichte van de zorgstandaard en al meer volgens deze standaard werken. Momenteel stellen we een aantal vragen uit onderhavig onderzoek ook aan huisartsen die deelnemen aan het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg, een panel van huisartsen waarvan de registratiegegevens gebruikt worden voor onderzoek. Deze huisartsen vullen elk jaar een vragenlijst in over diverse onderwerpen. De kans op bias naar onderwerp is bij deze huisartsen kleiner omdat de vragenlijst meerder onderwerpen omvat dan alleen CVRM en er daardoor minder kans op non-respons die samenhangt met het onderwerp CVRM. De resultaten hiervan komen echter pas later dit jaar. Het kan ook zijn dat huisartsen die deelnamen aan het onderzoek sociaal-wenselijke antwoorden hebben gegeven of dat zij overschatten hoe veel en hoe vaak zij bijvoorbeeld bepaalde zaken vastleggen. Een vergelijking met een meting die vrijwel tegelijkertijd is gehouden onder 600 patiënten met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten laat zien dat huisartsen en patiënten op verschillende punten anders antwoorden (Van Boheemen et al 2010). We geven hier een aantal voorbeelden waarbij de resultaten van de huisartsen en patiënten een ander beeld geven. Vergeleken met hun patiënten geven huisartsen vaker aan een individueel zorgplan op te stellen. Huisartsen geven ook aan vaak leefstijladviezen te geven terwijl uit de patiëntenenquête blijkt dat een aanzienlijk deel van de patiënten geen leefstijladviezen kreeg (Van Boheemen et al 2010).

4.3 Discussie

Het gebruik van de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM is onder huisartsen duidelijk groter dan die van de zorgstandaard VRM. Dit is niet vreemd: NHG-Standaarden zijn er al sinds eind jaren 80 van de vorige eeuw, terwijl zorgstandaarden als concept pas recentelijk zijn geïntroduceerd. Het toesturen van de zorgstandaard aan de huisartsen is aan veel van hen voorbijgegaan: 40 % wist niet deze te hebben ontvangen. De eerste stap om de zorgstandaard verder te implementeren, lijkt daarmee een betere verspreiding en vergroting van de bekendheid van de zorgstandaard, met name onder jongere huisartsen. Naast deel I (voor zorgverleners) zal er extra aandacht gevestigd moeten worden op de patiëntenversie van de zorgstandaard (deel II) als ook de indicatoren (deel III).

Heel positief is dat de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM zeer bekend is en ook wordt geraadpleegd. Het onderzoek laat zien dat deze richtlijn/standaard goed geïmplementeerd is. Vanuit de invalshoek van de richtlijn/standaard vragen de onderstaande punten meer aandacht:

- vaststellen risicoprofiel bij mensen met een verhoogd risico;
- niet-medicamenteuze behandeling (leefstijl);

De zorgstandaard koppelt, met behulp van het Chronic Care Model, inhoud van zorg (zoals beschreven in richtlijn/standaard) aan de organisatie van zorg waarbij het patiëntenperspectief leidend is. Kijkende naar de organisatie van zorg vragen de volgende punten om acties:

- protocol voor vasculair risicomanagement voor zorgverleners als praktijkassistenten, praktijkondersteuners en/of praktijkverpleegkundigen;
- geïntegreerde zorg (ketenzorg) door het maken van samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners in eerste en tweede lijn;
- een eerste aanspreekpunt voor patiënt en zorgverleners (de centrale zorgverlener als 'front office');
- actueel totaaloverzicht medicatie;
- registratie risico- incl. leefstijlfactoren;
- registratie sterfterisico door HVZ (volgens SCORE).

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

- het individueel zorgplan, met extra aandacht voor begeleiding patiënt, wijze waarop doelen en streefwaarden te bereiken, evaluatie en bijstelling en centrale zorgverlener (deel III, organisatie-indicator 2);
- actueel totaaloverzicht medicatie voor patiënten.

Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat de zorg voor patiënten met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten op een aantal punten voldoet aan de zorg zoals beschreven in de zorgstandaard VRM. Echter op een aantal punten is verbetering noodzakelijk. Dit geldt vooral voor het stimuleren van het zelfmanagement en informeren van patiënten en de samenwerking met andere 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 op deze elementen moeten richten. De eerste stap daarbij is de bekendheid van de zorgstandaard VRM te vergroten.

Literatuur

Boheemen C van, Van Geffen K, Gilbert D, Bouvy M, Bos M, Van Dijk L. Zorg voor mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Utrecht/Den Haag: NIVEL/Nederlandse Hartstichting, 2010.

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

Platform Vitale Vaten. zorgstandaard Vasculair Risicomanagement. Den Haag, Platform Vitale Vaten, 2009.

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.

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

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

www.nationaalkompas.nl

Bijlage 1 Leden van het Platform Vitale Vaten

Het Platform Vitale Vaten kent leden en adviserende leden.

Leden

Patiëntenorganisaties:

- Hart&Vaatgroep
- de Nederlandse CVA-vereniging Samen Verder
- Harten Twee
- Patiëntenvereniging Aangeboren Hartafwijkingen
- Contactgroep Marfan Nederland
- Diabetesvereniging Nederland

Beroepsverenigingen van professionals:

- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Nederlandse Vereniging voor Vasculaire Geneeskunde
- Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- 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
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten
- Nederlands Instituut van Psychologen

Adviserende leden

- Zorgverzekeraars Nederland
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO
- Nederlands Genootschap voor Interventie Radiologie
- Nederlandse Hartstichting
- Nederlandse Diabetes Federatie
- Nierstichting
- Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie
- Stivoro
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (waarnemer)

Bijlage 2 Vragen opgenomen t.b.v. zorgstandaard VRM

Deze bijlage bevat de vragen die gebruikt zijn voor dit onderzoek. De gehele vragenlijst is op te vragen bij het NIVEL (l.vanDijk@nivel.nl).

Hieronder volgen de vragen die voor onderhavig onderzoek zijn opgenomen in de vragenlijst die uitgezet is ten behoeve van het evaluatieonderzoek van het Programma Doelmatigheid CVRM. De vragen 1, 2 en 3, en 20, 22 en 23 zijn voor beide onderzoeken relevant.

1. Is de NHG-Standaard CVRM in uw praktijk aanwezig?
 - Ja, op papier
 - Ja, digitaal
 - Ja, op papier en digitaal
 - Nee → ga naar vraag 4
 - Weet niet → ga naar vraag 4

2. Raadpleegt u de NHG-Standaard CVRM tijdens het consult?
 - Ja, tijdens het eerste consult met een patiënt met (een verhoogd risico op) HVZ
 - Ja, tijdens elk consult met een patiënt met (een verhoogd risico op) HVZ
 - Ja, alleen bij twijfel over de behandeling
 - Ja, andere gelegenheid namelijk:
 - Nee → ga naar vraag 4

3. Welke onderdelen van de NHG-Standaard CVRM raadpleegt u? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
 - Factoren die het risicoprofiel bepalen
 - Risicotabel voor inschatting 10-jaarsrisico van sterfte door HVZ
 - Richtlijnen niet-medicamenteuze behandeling
 - Richtlijnen medicamenteuze behandeling
 - Ander onderdeel, namelijk

9. Geeft u, of uw praktijkondersteuners/-verpleegkundigen, onderstaande voorlichtingsmaterialen mee aan patiënten bij wie (een verhoogd risico op) HVZ is vastgesteld?

	Ja, aan alle patiënten	Ja, aan meerderheid patiënten	Ja, aan helft van patiënten	Ja, aan minderheid patiënten	Nee, nooit	Materiaal is mij onbekend
j. Patiëntenbrochure 'Werken aan vitale vaten' van de Nederlandse Hartstichting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Patiëntenbrochure 'Te hoog cholesterol' van de Nederlandse Hartstichting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Relevante delen uit patiëntenversie van de Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Voor hoeveel patiënten brengt u, of uw praktijkondersteuner/-verpleegkundige, het cardiovasculaire risicoprofiel in kaart? Kunt u dit per genoemde groep patiënten aangeven?

	Alle patiënten	Meerderheid patiënten	Helft patiënten	Minderheid patiënten	Nooit
a. Patiënten met HVZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Patiënten met DM2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Patiënten zonder HVZ of DM2, met (mogelijk) verhoogd risico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Patiënten met een belaste familieanamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Patiënten met zichtbaar overgewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Andere patiënten, namelijk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Gebruikt u de risicotabel (uit de NHG-Standaard, de Consultwijzer of uw HIS) om het individuele risico op HVZ te schatten voor patiënten met een verhoogd risico op HVZ?

- Ja, voor alle patiënten
 Ja, voor een meerderheid van de patiënten
 Ja, voor ongeveer de helft van de patiënten
 Ja, voor een minderheid van de patiënten
 Nee

23. Gebruikt u de SCORE risicometer op www.scoremeter.nl om het risico op HVZ uit te rekenen voor patiënten met een verhoogd risico op HVZ?

- Ja, voor alle patiënten
- Ja, voor een meerderheid van de patiënten
- Ja, voor ongeveer de helft van de patiënten
- Ja, voor een minderheid van de patiënten
- Nee

25. Heeft u de Zorgstandaard VRM ontvangen?

- Ja
- Nee → ga naar vraag 27
- Weet niet → ga naar vraag 27

26. Heeft u (delen van) de Zorgstandaard VRM al doorgenomen? (*meerdere antwoorden mogelijk*)

- Ja, deel I voor zorgverleners
- Ja, deel II voor patiënten
- Ja, deel III met indicatoren
- Ja, deel IV de NHG-Standaard CVRM
- Nee

27. Een van de aanwijzingen uit de Zorgstandaard VRM is het opstellen van een individueel zorgplan voor elke patiënt met een verhoogd risico op HVZ. Dit zorgplan is een plan van en voor de patiënt met de doelen en afspraken die zorgverlener en patiënt samen maken. Is voor patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ in uw praktijk een individueel zorgplan opgesteld?

- Ja, voor alle patiënten
- Ja, voor een meerderheid van de patiënten
- Ja, voor ongeveer de helft van de patiënten
- Ja, voor een minderheid van de patiënten
- Nee → ga naar vraag 30

28. Is dit zorgplan schriftelijk (ofwel digitaal of op papier) vastgelegd?

- Ja
- Nee

29. Welke van volgende elementen zijn aanwezig in het zorgplan? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Beschrijving van het risicoprofiel van de patiënt
- Beschrijving van de doelen/streefwaarden
- Beschrijving van de manier om doelen/streefwaarden te bereiken
- Beschrijving van de begeleiding van de patiënt
- Beschrijving van de wijze van evaluatie en bijstelling van het zorgplan
- Controleschema met tijdsplanning om te controleren of doelen/streefwaarden bereikt zijn
- Beschrijving wie de centrale zorgverlener is

30. Onderdelen van vasculair risicomanagement die protocollair uitgevoerd kunnen worden, kunt u delegeren aan praktijkassistenten, praktijkondersteuners en/of praktijkverpleegkundigen. Is er in uw praktijk een protocol voor VRM beschikbaar voor deze zorgverleners?

- Ja
- Nee
- Weet niet

31. Beschikt u over een actueel totaaloverzicht van de medicatie die aan patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ uit uw praktijk is voorgeschreven (dus ook alle medicatie die voorgeschreven is door bijvoorbeeld medisch specialisten)?

- Ja, voor alle patiënten
- Ja, voor een meerderheid van de patiënten
- Ja, voor ongeveer de helft van de patiënten
- Ja, voor een minderheid van de patiënten
- Nee, maar dit is op te vragen bij de apotheek
- Nee

32. Beschikken patiënten zelf over dit actuele totaaloverzicht van de medicatie?

- Ja, op papier
- Ja, digitaal
- Ja, op papier en digitaal
- Nee, maar dit kunnen zij opvragen bij de apotheek
- Nee

33. Welke van onderstaande gegevens zijn duidelijk zichtbaar als u het medisch dossier van een patiënt met (een verhoogd risico op) HVZ inkijkt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Rookstatus en –verleden
- Cholesterolgehalte
- Bloeddruk
- Diagnose hypertensie indien gesteld
- Diagnose DM2 indien gesteld
- Diagnose HVZ indien gesteld
- Percentage sterfterisico door HVZ (volgens SCORE)

34. Heeft u, of uw praktijk, samenwerkingsafspraken over de zorg rond CVRM met andere zorgverleners *binnen de eerste lijn* gemaakt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ja, met apotheker(s)
- Ja, met diëtiste(n)
- Ja, met fysiotherapeut(en)
- Ja, met diabetesverpleegkundige(n)
- Ja, met psycholo(o)g(en)
- Ja, met andere zorgverleners uit de 1^e lijn, nl:
- Nee

35. Heeft u, of uw praktijk, samenwerkingsafspraken over de zorg rond CVRM met andere zorgverleners *uit de tweede lijn* gemaakt?

- Ja, met internist(en)
- Ja, met cardiolo(o)g(en)
- Ja, met neurolo(o)g(en)
- Ja, met vaatchirurg(en)
- Ja, met andere zorgverleners uit de 2^e lijn, nl:
- Nee

36. Over welke onderwerpen heeft u samenwerkingsafspraken gemaakt? Wilt u daarbij aangeven of deze afspraken schriftelijk zijn vastgelegd?

	Ja, wel schriftelijk vastgelegd	Ja, niet schriftelijk vastgelegd	Nee
a. Aanwijzing centrale zorgverlener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden binnen het eerstelijns team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Transmurale afspraken over de wijze van verwijzen en terugverwijzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Transmurale afspraken over voorkeursmedicatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Andere onderwerpen, namelijk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>