



Dit standpunt is vastgesteld in de Algemene Ledenvergadering van 31 mei 2007.

NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg

Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn uitwerking Cardiovasculair risicomanagement

Toelichting

In 2005 verscheen het NHG-Standpunt Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn met uitwerkingen voor diabetes mellitus en astma/COPD. Deze uitwerking van het genoemde Standpunt betreft cardiovasculair risicomanagement en wordt uitgebracht met het oog op de toenemende aandacht voor preventieve zorg. Door de drempelloze toegang in de nabijheid van de patiënt en de beschikbaarheid van evidence-based richtlijnen is de huisarts bij uitstek geschikt om een centrale rol te spelen op het terrein van de preventie van hart- en vaatziekten.

Implementatie Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012¹.

Dit Standpunt geeft de visie van het NHG op cardiovasculair risicomanagement en aanbevelingen voor de huisarts(en) (en) (voorziening) die bijdragen aan kwalitatief goede preventieve zorg. Het Standpunt is geformuleerd in het kader van de implementatie van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. De NHG-Standpunten als vervolg op de Toekomstvisie hebben betrekking op de patiëntenzorg en praktijkorganisatie. Met de geconcretiseerde visie in deze Standpunten en de praktische aanbevelingen wordt een handreiking gegeven voor de innovatie in de huisartsenzorg. De mate waarin een en ander kan worden gerealiseerd is mede afhankelijk van de beschikbare randvoorwaarden.

Een samenvatting van de aanbevelingen voor de huisarts(en) (en) (praktijk) en de randvoorwaarden zijn opgenomen in hoofdstuk 4.

In de tekst wordt voor de overzichtelijkheid het begrip patiënt gebruikt. Vaak gaat het bij cardiovasculair risicomanagement echter om gezonde en symptoomloze mensen.

De huisartsenzorg bestaat uit de huisarts(en), de praktijkassistente(s) en/of praktijkverpleegkundige(n)². Met de termen huisarts of huisartsenpraktijk wordt in dit document het geheel van de huisartsenzorg bedoeld.

¹ Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. LHV/NHG, 2002. Huisartsenzorg en Huisartsenzorg. Concretisering Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2004.

² Waar praktijkverpleegkundige staat wordt tevens praktijkondersteuner bedoeld. Deze functie zal de komende jaren in toenemende mate worden vervuld door de op hbo-opgeleide praktijkverpleegkundige (differentiatie bachelor of nursing).

Inhoudsopgave	<i>Pagina</i>
1. Inleiding	3
2. Uitgangspunten voor het cardiovasculair risicomanagement in de huisartsenpraktijk	
2.1. Cardiovasculair risicomanagement gebaseerd op landelijke richtlijnen	5
2.2. Programmatische aanpak cardiovasculair risicomanagement voor patiënten met een verhoogd risico	6
2.3. Identificatie van patiënten met mogelijk verhoogd risico tijdens het consult	8
3. Randvoorwaarden	
3.1. Adequate organisatie en verslaglegging	10
3.2. Voldoende beschikbare praktijkondersteuning	10
3.3. Voldoende kennis van voorlichting en begeleiding	11
3.4. Adequate financiering	11
4. Overzicht van aanbevelingen en randvoorwaarden	
4.1. Aanbevelingen voor de huisarts	12
4.2. Aanbevelingen voor het NHG	12
4.3. Randvoorwaarden	12
 Bijlagen	
Bijlage 1. NHG-Standpunt ‘Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening’: de uitgangspunten	13
Bijlage 2. NHG-Standpunt ‘Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg’: uitgangspunten	14
Bijlage 3. Overzicht van beschikbare ondersteunende NHG-materialen voor de uitvoering van systematisch cardiovasculair risicomanagement in de huisartsenpraktijk	15
Bijlage 4. Totstandkoming van dit document	16
Bijlage 5. NHG-Standpunten in het kader van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012	17

1. Inleiding

Op de lijst van de belangrijkste doodsoorzaken staan hart- en vaatziekten nog steeds op de eerste plaats. Hart- en vaatziekten zijn verantwoordelijk voor eenderde van de totale sterfte in Nederland. Het gaat om ongeveer 50.000 mensen per jaar. Binnen deze groep aandoeningen vormen coronaire hartziekten en beroerten de belangrijkste doodsoorzaken. De geleidelijke daling in de sterfte aan hart- en vaatziekten in de afgelopen decennia is zowel te danken aan een betere behandeling als aan reductie van cardiovasculaire risicofactoren.³

Veel aandacht voor gezond leven

Momenteel is er in de maatschappij veel aandacht voor gezond leven en preventie. Hierop wordt veelvuldig ingespeeld door partijen buiten de huisartsenpraktijk: zorgverzekeraars, overheid, gezondheidsfondsen (bijvoorbeeld de Nederlandse Hartstichting en Nierstichting), arbodiensten, supermarkten et cetera. Patiënten hebben hierdoor steeds meer behoefte aan informatie over wat zinvol en mogelijk is en aan begeleiding bij het maken van keuzes. Het behoort ook tot de taak van de huisarts om op basis van wetenschappelijke argumenten in te gaan op vragen en de behoefte aan voorlichting van patiënten over preventie. De huisarts is vanwege zijn positie dicht bij de patiënt en de beschikbaarheid van evidence-based richtlijnen goed toegerust om ondersteuning en advisering op maat te bieden.

Nieuwe richtlijn voor preventie van hart- en vaatziekten

De afgelopen decennia zijn grote inspanningen verricht om tot een optimale strategie voor behandeling en preventie van hart- en vaatziekten te komen. In deze ontwikkeling speelden huisartsen een belangrijke rol. Recentelijk is binnen de Nederlandse medische wereld een breed gedragen nieuw plan van aanpak voor cardiovasculair risicomanagement ontwikkeld. De betreffende Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair risicomanagement⁴ is door het NHG, de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) en de Nederlandse Internistenvereniging (NIV) geautoriseerd. De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement is inhoudelijk identiek aan de multidisciplinaire richtlijn.⁵

Voor de preventie en behandeling van hart- en vaatziekten zijn de algemene kenmerken van de zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening van toepassing. Deze zijn benoemd in het Standpunt Zorg voor patiënten met veelvoorkomende chronische aandoeningen in de eerste lijn.⁶ Deze zorg sluit waar nodig aan op de zorg die door andere hulpverleners in eerste of tweede lijn wordt verleend. Binnen de gezondheidszorg spelen andere zorgverleners zoals fysiotherapeuten, diëtisten, apothekers en medisch specialisten op het terrein van preventie ook een belangrijke rol. Onderlinge afstemming en samenwerking bevorderen de effectiviteit van cardiovasculair risicomanagement. De huisarts neemt het voortouw en heeft hierbij een belangrijke spilfunctie.

³ De Hollander AEM, Hoeymans N, Melse JM, Van Oers JAM, Polder JJ. Zorg voor gezondheid, Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Bilthoven: RIVM, 2006.

⁴ Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en NHG. Utrecht.

⁵ NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. Utrecht: NHG, 2006. www.nhg.org.

⁶ Een overzicht van deze algemene kenmerken van zorg voor veelvoorkomende chronische aandoeningen in de eerste lijn is opgenomen in bijlage 1.

Doelmatige preventie beperkt zich tot patiënten met een verhoogd risico

De NHG-Standaard hanteert als criterium voor de behandeling de hoogte van het tienjaars-sterfterisico op hart- en vaatziekten. In de algemene bevolking zullen de meeste hart- en vaatziekten optreden bij personen met een matig verhoogd risico. Bij dit afkappunt wordt de 'epidemie' van hart- en vaatziekten daardoor nauwelijks worden bestreden. Meer hart- en vaatziekten zouden kunnen worden voorkomen door een lagere behandelingsgrens te hanteren. Dit leidt echter tot medicalisering van grote groepen gezonde mensen zonder klachten en toenemende kosten tegenover geringer wordende baten. Bovendien zijn geen gevalideerde strategieën beschikbaar. Om die redenen richt doelmatig cardiovasculair risicomanagement zich op dit moment primair op patiënten bij wie er sprake is van een bekend verhoogd risico.⁴ Afhankelijk van de hoogte van het tienjaarssterfterisico wordt bij patiënten met een verhoogd risico een combinatie van leefstijlinterventies en medicamenteuze behandeling geadviseerd.^{4,5}

De groep patiënten met verhoogd risico op hart en vaatziekten bestaat uit patiënten:

- *met een eerder doorgemaakte hart- en vaatziekte;*
- *met diabetes mellitus type 2;*
- *met een tienjaarssterfterisico aan hart- en vaatziekte hoger dan vijf procent.*

Het groeiende screeningsaanbod van zorgverzekeraars, supermarkten en internet, gaat meestal niet uit van principes van doelmatigheid. Onderzoek naar effectieve en kosteneffectieve opsporingsstrategieën voor patiënten met een verhoogd risico is wenselijk.

Voor het verder terugdringen van het risico op hart- en vaatziekten zijn public health en maatschappelijke aandacht voor leefstijl (van de jeugd), bewegen en gezond leven op zijn plaats.

Huidige situatie

De meeste huisartsen zijn op dit moment al actief op het gebied van preventie van hart- en vaatziekten. Dit betreft vooral de behandeling van bij de huisarts bekende patiënten met hypertensie, hypercholesterolemie, diabetes mellitus type 2 of een cardiovasculaire aandoening. De in 2005 verschenen nieuwe NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement geeft een kwaliteitsimpuls aan deze activiteiten doordat de afzonderlijke risicofactoren nu in samenhang worden bekeken. Het volgen van de betreffende NHG-Standaard leidt tot het completeren van het risicoprofiel van bekende patiënten met een verhoogd risico.

De huisartsenzorg kan de bijdrage op het terrein van preventie van hart- en vaatziekten optimaliseren door het organiseren van een programmatische aanpak van het cardiovasculair risicomanagement op praktijkniveau en het expliciteren van het zorgaanbod met het preventieconsult. Deze preventieve zorg leent zich voor taakdelegatie aan praktijkassistentes en praktijkverpleegkundige vanwege de mogelijkheid om verschillende onderdelen hiervan protocollair uit te voeren. In het LHV/NHG-project 'Preventie: maatwerk HVZ 1998-2000' zijn hier positieve ervaringen mee opgedaan. Praktijkondersteuning is in toenemende mate in de huisartsenpraktijk aanwezig en wordt tot nu toe hoofdzakelijk ingezet bij de zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2 en met astma/COPD.

2. Uitgangspunten voor het cardiovasculair risicomanagement

2.1. Cardiovasculair risicomanagement gebaseerd op landelijke richtlijnen

Preventie en behandeling van hart- en vaatziekten bestaat uit identificatie, risicoschatting en, indien geïndiceerd, leefstijladviesing of medicamenteuze behandeling en follow-up conform de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement⁴. Deze preventieve zorg wordt in samenhang aangeboden in de leefomgeving van de patiënt, waarbij het totaal aan risicofactoren in de context van de individuele patiënt wordt gezien. Hierdoor is er continuïteit in de behandeling en de follow-up, rekening houdend met het totale functioneren van de patiënt en diens eventuele andere klachten, aandoeningen en behandelingen (comorbiditeit en polyfarmacie). Dit is bij oudere patiënten van belang, omdat zij een verhoogd risico hebben op hart- en vaatziekten en een grotere kans op comorbiditeit. De huisarts betreft de patiënt bij de behandelingskeuze wat ten goede komt aan de therapietrouw.⁷⁸

Voor wat betreft de medicamenteuze behandeling van hart- en vaatziekten wordt verwezen naar de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement en de uitgangspunten en aanbevelingen in het NHG-Standpunt Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg. In dit NHG-Standpunt wordt onder meer ingegaan op het beheer van het medicatieoverzicht, medicatiebewaking, polyfarmacie, therapietrouw en de gewenste samenwerking met de apotheker. Voor een samenvatting hiervan wordt verwezen naar bijlage 2.

Het succes van leefstijlverandering en therapietrouw bij medicamenteuze behandeling is sterk afhankelijk van de motivatie van de patiënt. Om de patiënt bij de keuze voor de meest passende behandeling te ondersteunen is een digitale keuzehulp (*decision aid*) ontwikkeld (www.nhg.org of via www.kiesbeter.nl). Een keuzehulp helpt de patiënt bij het kiezen van een behandeling voor een ziekte, klacht of aandoening die het meest geschikt voor hem of haar is.

Veel patiënten die een hart- en vaatziekte hebben doorgemaakt zijn onder behandeling in de tweede lijn (geweest). Het is ook mogelijk dat de patiënt (tijdelijk) onder behandeling komt van de tweede lijn wegens andere aandoeningen. De huisarts blijft bij deze patiënten zorgdragen voor het cardiovasculair risicomanagement indien mogelijk tijdens en in ieder geval na een dergelijke episode. De multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement en de Landelijke Transmurale Afspraak Beleid na doorgemaakt myocardinfarct biedt hiervoor de basis. Een goede gegevensuitwisseling tussen ziekenhuis en huisarts is hierbij van groot belang.

⁷. Van Dijk L, Heerdink ER, Somai D, Van Dulmen S, Sluijs E, De Ridder DT, Griens AFGM, Bensing JM. Patient risk profiles and practice variation in nonadherence to antidepressants, antihypertensives and oral Hypoglycemics. BMC Health Services Research, 2007, 7, 51.

⁸ Heijmans M, Rijken M, Van Dijk L, Dijkers F. Chronisch zieken vertrouwen op behandelaars. Ervaringen en verwachtingen van chronisch zieken rond polyfarmacie en herhalingsreceptuur. Pharmaceutisch Weekblad, 2004, 139,(20), 690-694.

Aanbevelingen voor de praktijk

- De huisarts baseert het cardiovasculair risicomanagement op de landelijke richtlijnen.
- De huisarts verstrekt verantwoorde voorlichting en adequaat advies aan patiënten met alle vragen over hun persoonlijke risico op hart- en vaatziekten.
- Voor de medicamenteuze behandeling van hart- en vaatziekten volgt de huisarts de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement en de aanbevelingen van het NHG-Standpunt Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg (zie bijlage 2).
- De huisarts is verantwoordelijk voor de aanpak van de cardiovasculaire risicofactoren van patiënten die in behandeling (zijn) geweest in de tweede lijn.

2.2. Programmatische aanpak cardiovasculair risicomanagement voor patiënten met en verhoogd risico op hart- en vaatziekten

Aanbevolen wordt om in de huisartsenpraktijk de aanpak van het cardiovasculair risicomanagement voor patiënten met een verhoogd risico programmatisch te organiseren. Hiermee wordt een grootste deel van de doelgroep bereikt.

De aanpak van programmatische preventie en behandeling van hart- en vaatziekten wordt uitgevoerd volgens een vooraf omschreven programma, een vastgelegde taakverdeling en werkwijze en is gericht patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten.⁹

Onderstaand schema geven de stappen weer voor het opzetten van programmatisch cardiovasculair risicomanagement. Deze aanpak is afgeleid van de eerder toegepaste werkwijze in het project Preventie: maatwerk hart- en vaatziekten in 1998-2000, in 1.000 huisartsenpraktijken.¹⁰

⁹ Redactioneel ten geleide Bijblijven 2000. 16(7).

¹⁰ Deze definitie is gebaseerd op de definitie van programmatische preventie vlg Frijling B et al. Preventie van hart- en vaatziekten. Resultaten van het LHV/NHG-project 'Preventie: maatwerk'. Huisart & Wetenschap 2004;47(10):449-54.

Stappen voor het opzetten van programmatisch cardiovasculair risicomanagement

De in het schema weergegeven stappen worden nader toegelicht in de NHG-PraktijkWijzer Cardiovasculair risicomanagement. Daar worden concrete handvatten gegeven voor het structureren van deze processen en voor de registratie. Een groot deel van deze taken kan protocollair worden uitgevoerd en gedelegeerd aan de praktijkassistente en een praktijkverpleegkundige.	
1. Identificeren en selecteren	<ul style="list-style-type: none"> • Maak een lijst van de bekende patiënten met een verhoogd risico die in aanmerking komen voor risicoprofilering, en zet deze groep in een apart bestand.
2. Markeren	<ul style="list-style-type: none"> • Markeer (afhankelijk van mogelijkheden en eigen werkwijze) geselecteerde patiënten in het HIS.
3. Informeren/uitnodigen	<ul style="list-style-type: none"> • Informeer patiënten die in aanmerking komen voor risicoprofilering en nodig hen uit voor CVRM-begeleiding.
4. Risicoprofiel opstellen en risico schatten	<ul style="list-style-type: none"> • Maak en/of completeer het risicoprofiel bij de patiënten met een verhoogd risico. • Schat het risico in bij patiënten zonder hart- en vaatziekten of diabetes mellitus.
5. Behandelingsplan opstellen en starten	<ul style="list-style-type: none"> • Kies in overleg met de patiënt welke interventies worden uitgevoerd. • Start behandeling en begeleiding.
6. Controleren en begeleiden	<ul style="list-style-type: none"> • Eerste fase: stel behandeling in en begeleidt patiënt. • Zorg daarna ten minste jaarlijks voor: <ul style="list-style-type: none"> - controle van afwijkende risicofactor(en); - actualisatie van het risicoprofiel; - zo nodig aanpassing van de behandeling; - zo nodig (opnieuw) aanbieden van leefstijlinterventie

Overeenkomst met de aanpak van gestructureerde diabeteszorg

De activiteiten voor het programmeren van cardiovasculair risicomanagement en van een optimale diabeteszorg vertonen veel overeenkomsten. De organisatie van cardiovasculair risicomanagement kan daarom aansluiten bij een goedlopende, gestructureerde diabeteszorg in de huisartsenpraktijk.

Zorgvuldige registratie en dossierbeheer

Voor een goed functionerend signaleringssysteem en voor het controleren en verder verbeteren van de kwaliteit van de geboden zorg is het noodzakelijk dat de gegevens-verzameling in het elektronisch patiëntendossier zorgvuldig en éénvoudig is. Het is aan te bevelen om hiertoe duidelijke afspraken binnen het hele team van de huisartsenpraktijk te maken. Voor verantwoording, kwaliteitscontrole en -verbetering kan jaarlijks een overzicht op praktijkniveau worden gegenereerd. De NHG-Richtlijn Adequaat gebruik van het EMD en de NHG-PraktijkWijzer Jaarplan/Jaarverslag met behorende cursussen bieden hierbij ondersteuning.

Aanbevelingen voor de praktijk

- Het cardiovasculair risicomanagement voor patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten wordt programmatisch georganiseerd met als doel deze patiëntengroep zo goed mogelijk te bereiken en hun een optimale behandeling te geven.
- De huisarts delegeert de onderdelen van het cardiovasculair risicomanagement die protocollair uitgevoerd kunnen worden aan een praktijkassistente en praktijk-verpleegkundige.
- De huisarts zorgt voor duidelijke afspraken binnen het team van de huisartsenpraktijk over eenduidige en zorgvuldige registratie in het elektronisch patiëntendossier ten behoeve van het signaleringssysteem en de kwaliteitsbewaking.

2.3. Identificatie van patiënten met mogelijk een verhoogd risico tijdens het consult

Binnen de praktijkpopulatie bevinden zich nog patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten die nog niet bekend zijn bij de huisarts. Dit zijn patiënten die zich (mogelijk) niet bewust zijn van hun verhoogde risico op hart- en vaatziekten. Het gaat hierbij vooral om mannen ouder dan 50 jaar en vrouwen ouder dan 55 jaar, met extra aandacht voor mensen in achterstandsgroepen.

Deze patiënten kunnen door de huisarts tijdens het consult worden geïdentificeerd als mogelijke patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten (al dan niet naar aanleiding van vragen van de patiënt of via eigen diagnostiek) of doordat zij de huisarts melden dat elders een verhoogde bloeddruk of cholesterolgehalte of andere relevante risicofactor(en) voor hart- en vaatziekten zijn geconstateerd.

Het signaleren kan worden bevorderd door het maken van afspraken over het pro-actief verwijzen van patiënten met een vermoed verhoogd risico op hart- en vaatziekten naar de praktijkverpleegkundige en/of het meegeven van de NHG-Patiëntenbrief 'Het opstellen van een risicoprofiel voor hart- en hartziekten'.

Preventieconsult

Met pro-actieve identificatie tijdens reguliere consulten worden niet alle patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten bereikt. Huisarts én patiënt zijn in de beschikbare consulttijd met name gericht op klacht of aandoening waarvoor de patiënt gekomen is. Aanbevolen wordt om een preventieconsult aan te bieden. Hiermee wordt een speciale gelegenheid geboden voor het beantwoorden vragen over preventie en, indien geïndiceerd, het opstellen van cardiovasculair risicoprofiel. Een dergelijk aanbod draagt bij tot het profileren van de preventieve zorg binnen de eerste lijn .

Vragenlijst voor cardiovasculair risicomanagement

Aanbevolen wordt om, ten behoeve van de selectie voor het preventieconsult, een valide vragenlijst te ontwikkelen. Een dergelijke vragenlijst kan worden gebruikt als voorlichtingsinstrument en voor geïnteresseerde patiënten om zich te oriënteren op de vraag of een preventieconsult met de huisarts over risicofactoren nodig is . Tijdens een preventieconsult is de ingevulde vragenlijst het vertrekpunt voor het onderdeel risicoprofilering en risicocommunicatie. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de bestaande keuzehulpjes over hart- en vaatziekten, zoals die te vinden zijn op de NHG-Consultwijzer en de website www.kiesbeter.nl.

Daarnaast voorziet een dergelijke vragenlijst in een behoefte van de huisartsenzorg om iets te kunnen aanbieden in antwoord op (al dan niet door derden gevoede) behoefte van patiënten aan informatie over risico's op hart en vaatziekten.

Naar een dergelijke, ook elektronisch, beschikbare vragenlijst kunnen patiënten met vragen in eerste instantie worden verwezen.

Aanbevelingen voor de praktijk

- Zodra het cardiovasculair risicomanagement programmatisch is georganiseerd worden afspraken gemaakt over het pro-actief signaleren van een mogelijk verhoogd risico op hart- en vaatziekten bij patiënten. Hierbij valt te denken aan een verwijzing door de huisarts naar de praktijkverpleegkundige en het meegeven van de NHG-Patiëntenbrief 'Het opstellen van een risicoprofiel voor hart- en vaatziekten'.
- Bied een preventieconsult aan voor vragen over preventie en, indien geïndiceerd, het opstellen van een cardiovasculair risicoprofiel. Hierbij kan worden samengewerkt met andere eerstelijnszorgverleners.

Aanbeveling voor het NHG

- Het ontwikkelen van een gevalideerde vragenlijst, die antwoord geeft op de vraag of een preventieconsult met de huisarts over risico's op hart- en vaatziekten nodig is.

3. Randvoorwaarden

Preventieve zorg conform de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement betreft het basisaanbod.

Programmatische preventieve zorg voor patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten op praktijkniveau betreft (net als geprogrammeerde zorg voor chronische aandoeningen zoals diabeteszorg) aanvullend aanbod. Dit kan worden gerealiseerd als is voorzien in de hierna beschreven randvoorwaarden voor de praktijkorganisatie.

3.1. Adequate organisatie en verslaglegging

Voor een gestructureerde selectie en identificatie van patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en het bieden van gestructureerde zorg zijn een geautomatiseerd registratiesysteem en bruikbare codering noodzakelijk. Bovendien moet de gegevensverzameling in het HIS en het elektronisch patiëntendossier zorgvuldig en eenduidig zijn. Voorwaarden hiervoor zijn de beschikbaarheid van goede, geïntegreerde ICT-modules en mogelijkheden voor het selecteren van gegevens voor monitoring en feedback. Overeenkomstig het advies in de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 wordt het gebruik van een apart elektronisch dossier voor patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten afgeraden.

Een belangrijk gemis is op dit moment de mogelijkheid om eenvoudig via het elektronisch patiëntendossier lijsten te genereren van patiënten die tot de risicogroepen behoren om hen zo meer systematisch te kunnen oproepen, behandelen en vervolgen.¹¹ Ook ontbreken meestal gestandaardiseerde gegevens voor het beschrijven en vaststellen van de kwaliteit van het cardiovasculair risicomanagement.¹²

- Zorgvuldig en een eenduidig beheer van het patiëntendossier.
- Een geautomatiseerd registratiesysteem en bruikbare codering voor het opstellen van een risicoprofiel.
- Geïntegreerde ICT-modules voor het selecteren van gegevens voor monitoring en feedback.

3.2. Voldoende beschikbare praktijkondersteuning

Cardiovasculair risicomanagement is tijdsintensief door de bijbehorende patiëntenvoorlichting en -begeleiding. Deze zorg is geschikt voor taakdelegatie aan ondersteunend personeel binnen de huisartsenpraktijk, aangezien veel onderdelen protocollair kunnen worden uitgevoerd. Taakdelegatie is mogelijk bij voldoende beschikbare capaciteit van praktijkondersteuning (zie NHG-Praktijkwijzer voor een rekenmodule) en bijkomende randvoorwaarden (beschikbaarheid van protocollen en praktijkruimte voor de praktijkverpleegkundige).

¹¹ Grol R, Faber M, Braspenning J, Timmermans A. Commonwealth Fund 2006, Huisartsenenquête in 7 landen. Nijmegen/Utrecht, WOK/NHG, oktober 2006.

¹² Van Roosmalen M, Braspenning J, Grol R. Cardiovasculair risicomanagement: praktijkvoering en medisch handelen. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 2004.

- De huisartsenpraktijk beschikt over voldoende praktijkondersteuning van een praktijkverpleegkundige.
- De huisartsenpraktijk beschikt over protocollen en praktijkruimte voor de praktijkverpleegkundige.

3.3. Voldoende kennis van voorlichting en begeleiding

De huisartsenpraktijk moet zijn toegerust voor het verstrekken van goede voorlichting en het geven van leefstijladviezen. Voorwaarde hiervoor is bekendheid met en gebruik van voorlichtingsmaterialen. Ook moeten er vaardigheden zijn op het gebied van risicocommunicatie en counseling, waarin het betrokken personeel zo nodig moet worden getraind. Voor begeleiding van leefstijlverandering moeten de mogelijkheden voor verwijzing bekend zijn (bijvoorbeeld stoppen-met-roken, bewegingsprogramma's, (sport)cursussen of zelfhulpgroepen) en wordt bij voorkeur samengewerkt met andere zorgverleners.

Desgewenst zorgt de huisartsenpraktijk voor het verkrijgen van organisatorische en inhoudelijke ondersteuning voor cardiovasculair risicomanagement. Hierbij valt te denken aan samenwerking met een ROS, WDH, zorggroep of andere organisatie.

- Bekendheid met en gebruik van voorlichtingsmaterialen.
- De huisarts en praktijkverpleegkundige beschikken over vaardigheden op het gebied van risicocommunicatie en counseling.
- Mogelijkheden voor verwijzing naar programma's voor leefstijlverandering.
- Samenwerking met andere eerstelijnszorgverleners op het terrein van leefstijlverandering.

3.4. Adequate financiering

Voor een geprogrammeerde aanpak van cardiovasculair risicomanagement zijn extra organisatorische maatregelen, voldoende capaciteit van praktijkondersteuners en faciliteiten nodig. Hiervoor is aanvullende financiering van de zorgverzekeraars noodzakelijk. Voor de berekening van de bijbehorende kosten is in de NHG-PraktijkWijzer een rekenmodel opgenomen.

Een systematiek voor de financiering van geprogrammeerde preventieve zorg voor hart- en vaatziekten moet nog ontwikkeld worden. Momenteel is een nieuwe systematiek voor diabetes in onderzoek, waarbij een specifiek multidisciplinair zorgprogramma is ontwikkeld. Hiertoe zijn alle betrokken zorgverleners verenigd in een diabetes zorggroep die als één contractant naar de ziektekostenverzekeraars optreedt bij het vaststellen van een tarief (keten-DBC). Het RIVM gaat onderzoek doen naar de resultaten van deze nieuwe werkvorm. Besluitvorming over de wenselijkheid van uitbreiding van keten-DBC's naar andere chronische ziekten zal worden gebaseerd op deze resultaten.¹³

- Extra financiering voor een programmatische aanpak van cardiovasculair risicomanagement op praktijkniveau.

¹³ www.zonmw.nl/nl/home/nieuws/januari-2007/zorggroepen-diabetes-van-start-met-keten-dbc.html

4. Overzicht van aanbevelingen en randvoorwaarden

4.1. Aanbevelingen voor de huisarts

1. De huisarts baseert het cardiovasculair risicomanagement op de landelijke richtlijnen.
2. De huisarts verstrekt verantwoorde voorlichting en adequaat advies aan patiënten met vragen over hun persoonlijke risico op hart- en vaatziekten.
3. Voor de medicamenteuze behandeling van hart- en vaatziekten volgt de huisarts de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement en de aanbevelingen van het NHG-Standpunt Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg.
4. De huisarts is verantwoordelijk voor de aanpak van de cardiovasculaire risicofactoren van patiënten die in behandeling zijn (geweest) in de tweede lijn.
5. Het cardiovasculair risicomanagement voor patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten wordt programmatisch georganiseerd met als doel deze patiëntengroep zo goed mogelijk te bereiken en hun een optimale behandeling te geven.
6. De huisarts delegeert de onderdelen van het cardiovasculair risicomanagement die protocollair uitgevoerd kunnen worden aan een praktijkassistente en praktijk-verpleegkundige.
7. De huisarts zorgt voor duidelijke afspraken binnen het team van de huisartsenpraktijk over eenduidige en zorgvuldige registratie in het elektronisch patiëntendossier ten behoeve van het signaleringssysteem en de kwaliteitsbewaking.
8. Zodra het cardiovasculair risicomanagement in de huisartsenpraktijk programmatisch is georganiseerd, worden afspraken gemaakt over het pro-actief signaleren van een mogelijk verhoogd risico op hart- en vaatziekten bij patiënten. Hierbij valt te denken aan een verwijzing door de huisarts naar de praktijkverpleegkundige en het meegeven van de NHG-Patientenbrief 'Het opstellen van een risicoprofiel voor hart- en vaatziekten'.
9. Bied, eventueel in samenwerking met andere eerstelijnszorgverleners, een preventieconsult aan voor vragen over preventie en, indien geïndiceerd, het opstellen van een cardiovasculair risicoprofiel.

4.2. Aanbeveling voor het NHG

1. Het ontwikkelen van een valide vragenlijst die antwoord geeft op de vraag of een consult met de huisarts over risico's op hart- en vaatziekten nodig is.

4.3. Randvoorwaarden

1. Zorgvuldig en een eenduidig beheer van het patiëntendossier.
2. Een geautomatiseerd registratiesysteem en bruikbare codering voor het opstellen van een risicoprofiel.
3. Geïntegreerde ICT-modules voor het selecteren van gegevens voor monitoring en feedback.
4. De huisartsenpraktijk beschikt over voldoende praktijkondersteuning van een praktijkverpleegkundige.
5. De huisartsenvoorziening beschikt over protocollen en praktijkruimte voor de praktijkverpleegkundige.
6. Bekendheid met en gebruik van voorlichtingsmaterialen.
7. De huisarts en praktijkverpleegkundige beschikken over vaardigheden op het gebied van risicocommunicatie en counseling.
8. Mogelijkheden voor verwijzing naar programma's voor leefstijlverandering.
9. Samenwerking met andere eerstelijnszorgverleners op het terrein van leefstijlverandering
10. Extra financiering voor een programmatische aanpak van cardiovasculair risicomanagement op praktijkniveau.

Bijlage 1

Algemene kenmerken van zorg voor patiënten met een chronische aandoening

Uit het NHG-Standpunt Toekomstvisie ‘Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn’:

In de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012 en de concretisering daarvan zijn de kenmerken van de huisartsenzorg beschreven. Deze kenmerken zijn ook van toepassing op huisartsenzorg voor patiënten met een chronische aandoening:

- De zorg gaat uit van een generalistische benadering, met aandacht voor de persoonlijke context van de patiënt in zijn/haar sociale en woonomgeving, voorgeschiedenis en comorbiditeit.
- De zorg wordt zo dicht mogelijk bij huis in de huisartsenpraktijk (en zo nodig thuis) verleend.
- De zorg is afgestemd op de behoeftes en keuzes van de patiënt en sluit waar nodig aan op de zorg die door andere hulpverleners in eerste of tweede lijn wordt verleend. De huisarts vervult een spilfunctie in de gezondheidszorg en fungeert voor de patiënt als gids.
- Aansluitend bij de hulpvraag wordt zorg verleend volgens de actuele richtlijnen. Naast de NHG-Standaarden vormen landelijke samenwerkingsafspraken de basis voor afstemming en samenwerking met andere zorgverleners in eerste en tweede lijn.
- Programmatische zorg voor patiënten met een chronische aandoening betreft het aanvullend aanbod. Dit betekent dat kwalitatief goede zorg meer randvoorwaarden (ondersteuning, ruimte) vraagt dan het basisaanbod huisartsenzorg. Hierin dient te zijn voorzien om het aanvullend aanbod te kunnen waarmaken volgens de kwaliteitsnormen van het NHG.

Voor het complete Standpunt ‘Zorg patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn’ wordt verwezen naar de website: www.nhg.org.

Bijlage 2

Uit het NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg 'Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg'

Uitgangspunten farmacotherapiebeleid

1. Het farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg is met het oog op kwaliteit en doelmatigheid gebaseerd op landelijke wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen en andere onafhankelijke informatiebronnen.
2. De huisarts is de voorschrijver van geneesmiddelen in de eerstelijnszorg, en is daarom eindverantwoordelijk voor (de keuze van) de medicamenteuze behandeling van de patiënt. De huisarts is ook verantwoordelijk voor de door de praktijkassistente/ praktijkverpleegkundige voorgeschreven herhaalmedicatie.
3. De huisarts dient met het oog op kwalitatief goed (transmurale) farmacotherapeutische zorg te beschikken over een volledig en actueel medicatieoverzicht van de patiënt en een systeem van medicatiebewaking.
4. Er dient sprake te zijn van een voor de patiënt herkenbare continuïteit in de zorg bij het voorschrijven door de huisarts en in het ziekenhuis.
5. Een optimale farmacotherapie is mede afhankelijk van het op de juiste wijze gebruiken van geneesmiddelen door de patiënt.
6. Er dienen goede samenwerkingafspraken te zijn tussen de huisarts en de apotheker over taken en verantwoordelijkheden voor verantwoorde zorgverlening.

Voor de aanbevelingen van dit Standpunt wordt verwezen naar de website www.nhg.org

Bijlage 3

Overzicht van beschikbare ondersteunende NHG-materialen voor de uitvoering van systematisch cardiovasculair risicomanagement in de huisartsenpraktijk

- NHG-PraktijkWijzer Cardiovasculair risicomanagement: NHG-PraktijkWijzers ondersteunen huisartsen en praktijkondersteuners bij het implementeren van de betreffende standaard.
- NHG-ConsultWijzer: een cd met een programma waarmee onder meer het NHG-Cardiovasculair Adviesysteem beschikbaar is.
- Het NHG-Formularium
- NHG-Patiëntenbrieven over verhoogd risico en vastgestelde hart- of vaatziekten
- NHG-Patiëntenfolders over leefstijl (gezonde voeding, stoppen met roken, cholesterol, hoge bloeddruk, gezond bewegen en overgewicht)
- NHG-Richtlijn Adequaat gebruik van het EMD met bijbehorende cursus
- NHG-PraktijkWijzer Jaarplan/Jaarverslag met bijbehorende cursus

Bijlage 4

Totstandkoming van dit document

In juni 2006 is een werkgroep van start gegaan met de uitwerking van cardiovasculair risicomangement van het NHG-Standpunt Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn. De werkgroep bestond uit:

- dr. Carel Bakx, huisarts te Doesburg, afdeling Huisartsgeneeskunde, stafmedewerker UMC St Radboud te Nijmegen
- Job den Boer, huisarts, wetenschappelijk medewerker NHG
- dr. Ton Drenthen, senior-wetenschappelijk medewerker NHG
- Arnold Romeijnders, huisarts te Steensel
- Tjarda Scheltens, huisarts te Utrecht, huisartsonderzoeker Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde van het UMC Utrecht
- dr. Edmond Walma, huisarts te Schoonhoven, afdeling Huisartsgeneeskunde ErasmusMC Rotterdam

De werkgroep is ondersteund door dr. Lex Goudswaard, huisarts/hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap en (achtereenvolgens) dr. Geertje La Rivière en drs. Anke ter Brugge (senior-beleidsmedewerkers).

Een eerste oriëntatie op de uitgangspunten van het Standpunt heeft plaatsgevonden in de vergadering van de Verenigingsraad op 26 juni 2006.

In de periode tussen 29 maart en 20 april 2007 april heeft de externe commentaarronde plaatsgevonden.

Het concept-Standpunt is op 12 april 2007 besproken door de Verenigingsraad en op het besloten deel van de NHG-website geplaatst met het verzoek om commentaar.

Er zijn 38 commentaren van huisartsen en externe partijen ontvangen.

Externe commentaren zijn ontvangen van:

- de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV);
- het Nederlands Platform Perifeer Arterieel Vaatlijden;
- de Hartstichting;
- Stichting Hoofd Hart en Vaten
- het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO;
- Nederlands Instituut voor de gezondheidszorg NIVEL;
- College voor Zorgverzekeringen(CVZ);
- Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG);
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Vermelding als referent betekent niet dat de referent het NHG-Standpunt op elk detail onderschrijft.

Bijlage 5

NHG-Standpunten in het kader van de implementatie van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012

Verschenen:

- Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn. Dit Standpunt is uitgewerkt voor diabetes mellitus en astma/COPD (2005).
- De huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg (2005)
- Ondersteunend personeel in de huisartsenzorg (in samenwerking met de LHV, 2005)
- Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg (2006)

In voorbereiding zijn:

- Huisartsgeneeskunde voor ouderen (bekrachtiging voorzien in de Algemene Ledenvergadering van 31 mei 2007)
- Geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn

Gepland:

- Gegevensbeheer en -overdracht
- Verpleegkundige zorg in de eerste lijn
- Jeugdgezondheidszorg