

# Een kwestie van langetermijnvisie

Een miljoen Nederlanders heeft op dit moment een hart- of vaatziekte. Eén op de vier Nederlanders overlijdt hieraan. Per dag zijn dat 107 mensen. Bij vrouwen is het doodsoorzaak nummer één. Iedere dag worden duizend mensen opgenomen in het ziekenhuis. Om dit te veranderen heeft het Platform Vitale Vaten met de steun van de Hartstichting de Zorgstandaard CVRM ontwikkeld en tevens ondersteund bij de implementatie in een aantal proefregio's.

Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) lijkt dé oplossing om het aantal overlijdens door hart- en vaatziekten te verminderen. Specialisten, huisartsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners werken hierbij samen met de patiënt aan zijn gezondheid om het risico op hart- of vaatziekten te verkleinen. Het gaat om voorkómen in plaats van genezen. Daarvoor is een structurele gedragsverandering bij de patiënt nodig. Voor zorgverleners betekent dit een andere manier van denken en werken. Meer samenwerken met elkaar, heldere communicatie, efficiënte en specifieke zorg en vooral samen met de patiënt naar oplossingen zoeken. De ontwikkelde Zorgstandaard CVRM is hierbij leidend.

## Praktijkambassadeurs

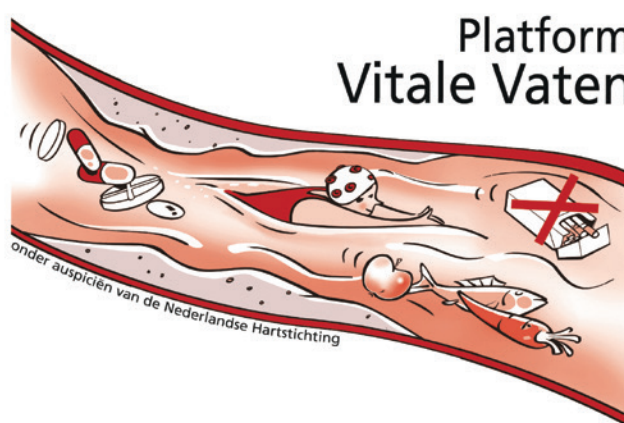
Tussen 2012 en 2014 zijn in een pilot vier zorggroepen gaan werken met de zorgstandaard. Onderwerpen waar men mee aan de slag ging, waren “ondersteunen van zelfmanagement” en “samenwerking tussen eerste lijn (huisartsen) en tweede lijn (cardiologen) na een hartinfarct”.

Uit de concrete ervaringen blijkt dat de prevalentie hoog is. Soms te hoog. Dan worden te veel patiënten geïncludeerd. Hiertoe zijn afspraken gemaakt om de inclusie te beperken tot de noodzakelijke patiënten. Ook is er afgesproken om bij

Risicofactoren voor hart- en vaatziekten (HVZ)

	Algemene bevolking (30-70 jaar)		Patiënten met HVZ in de 2e lijn
	mannen	vrouwen	
Roken	27%	25%	40%
Hoge bloeddruk	37%	26%	57%
Verhoogd cholesterol	15%	17%	66%
Lichamelijke inactiviteit	41%	42%	
Overgewicht	47%	30%	
Obesitas	12%	14%	15%
Diabetes mellitus	7,4%	5,5%	19%

Bron: Hartstichting



de vormgeving van het zorgprogramma uit te gaan van de patiënt: de ziekte moet in het leven passen en niet andersom. Dat kan ook niet anders, want de professionele zorg bedraagt gemiddeld minder dan een procent van de tijd en voor de overige 99 procent is de patiënt de ervaringsdeskundige. Zelfmanagement is daarom heel belangrijk, maar zo'n vijftig procent van de patiënten heeft daarbij gestructureerde ondersteuning nodig (NIVEL 2014). Bijvoorbeeld een vragenlijst ter voorbereiding van een spreekuur, of voor laaggeletterden en anderstaligen een visuele aandachtspuntenlijst.

De reden waarom zorggroepen meedoen is van belang. Is er intrinsieke motivatie? Is er een financiële prikkel? Waarom en hoe pak je een CVRM-zorgprogramma op? De ervaring leert te beginnen bij de meest gemotiveerde zorgprofessionals, die later als ambassadeur gaan optreden. Er moet experimenteer-ruimte komen, tijd en geld om te kunnen leren. Het zorgprogramma levert pas op de langere termijn lagere zorgkosten op, maar wel direct meer kwaliteit van leven.

## Verbeterpotentieel

De samenwerking tussen eerste en tweede lijn is belangrijk. In de praktijk blijken de beelden over en weer verstoord. De overdracht gaat vaak niet goed en het is onduidelijk wie de hoofdbehandelaar is. Als het goed is geregeld, kan bij vrijwel alle patiënten *shared care* worden aangeboden: huisarts en cardioloog samen. Daarnaast kan 25 tot dertig procent van de

# en -resultaat

patiënten van de cardioloog terug naar de huisarts/POH. Ook het betrekken van de patiënten bij de implementatie is een randvoorwaarde, zij blijken met verrassende invalshoeken en inzichten te komen die de implementatie verbeteren.

De ICT verloopt nog niet goed genoeg. Het doorontwikkelen kost tijd, maar moet dan in de administratie en communicatie tijd gaan opleveren. Het inzicht in de kwaliteit van zorg heeft ook nog verbeterpotentieel. De prestatie-indicatoren worden door NHG en InEen verder ontwikkeld en zijn de basis voor

een landelijke uniforme benchmark.

Inzicht in de financiële effecten is er nog niet. Dat kan ook niet, omdat de projecten pas ruim een jaar lopen. Het is een kwestie van een langetermijnvisie en -resultaat. Zorgverzekeraars moeten voorinvesteren in het CVRM-zorgprogramma en kunnen dan in de ziekenhuizen substitueren. Er zijn in het land enkele zorggroepen die langer meedoen en de kwalitatieve en financiële resultaten binnenkort presenteren.

De bijeenkomst over CVRM die door het Platform Vitale Vaten en InEen werd georganiseerd werd door een kleine honderd personen bezocht. Uit de voorlopige uitkomst van de enquête over contractering van CVRM blijkt dat bijna vijftig procent CVRM gecontracteerd heeft. Van de grote zorgverzekeraars heeft alleen Achmea geen contracten voor integrale bekostiging. <<

*Zelfmanagement is heel belangrijk, maar zo'n vijftig procent van de patiënten heeft daarbij gestructureerde ondersteuning nodig*

Betty van Wijngaarden

## Praktijkervaringen Zorgstandaard CVRM

Op de website van het Platform Vitale Vaten staan eind april de ervaringen met het in praktijk brengen van de zorgstandaard CVRM. Het document met *lessons learned* en producten bestaat uit: projectvoorbereiding en -uitvoering, patiëntenparticipatie, ondersteunen zelfmanagement, transmurale samenwerking, externe ondersteuning van de zorggroep.

Voorbeelden van producten:

**Voor zorggroepen:** Knelpuntenanalyse, ervaringen met inventariseren en prioriteren van knelpunten.

**Voor zorgverleners:** ICT-tool om patiënten in beeld te krijgen die niet volgens de richtlijn CVRM worden behandeld.

**Voor patiënten:** Vragenlijsten ter voorbereiding van het spreekuur om zo mede de agenda vast te stellen.

Zie [www.vitalevaten.nl/projecten/implementatieprojecten/organisatie-van-zorg/innovatie-vrm](http://www.vitalevaten.nl/projecten/implementatieprojecten/organisatie-van-zorg/innovatie-vrm)

Project "Innovatie CVRM" van het Platform Vitale Vaten

