

Vasculair risicomanagement in de tweede lijn: volgens de zorgstandaard?

Meting in de tweede lijn

S. Snoeijs (NIVEL)
A. Strijbis (Platform Vitale Vaten/Hartstichting)
M. Bos (Hartstichting)
L. van Dijk (NIVEL)

Een enquête met subsidie van de Hartstichting.

ISBN 97-8946-122-0967

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2011 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 |
| Management samenvatting: drie metingen inzake de zorgstandaard VRM | 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 Elementen van de zorgstandaard | 12 |
| 1.3.2 Chronic Care Model | 14 |
| 1.4 De rol van de tweede lijn | 15 |
| 1.5 Indicatoren uit de zorgstandaard | 15 |
| 1.6 Onderzoeksvragen | 16 |
| 2 Methode | 19 |
| 2.1 Benaderen van de maatschappen en dataverzameling | 19 |
| 2.2 Vragenlijst | 20 |
| 2.3 Data analyses | 20 |
| 3 Resultaten | 23 |
| 3.1 Respons en beschrijving van de populatie | 23 |
| 3.2 De multidisciplinaire CBO-richtlijn/NHG-Standaard cardiovasculair risicomanagement 2006 | 24 |
| 3.3 De zorgstandaard vasculair risicomanagement (VRM) | 25 |
| 3.4 Het individueel zorgplan voor patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ (indicatoren 1 en 2) | 26 |
| 3.5 Medicatieoverzicht (indicator 7) | 28 |
| 3.6 Samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners (indicator 8) | 29 |
| 3.7 Protocol voor vasculair risicomanagement voor de verpleegkundig specialist (indicator 12) | 31 |
| 3.8 Mogelijkheid om CVRM-richtlijn te raadplegen tijdens consult (indicator 13) | 31 |
| 3.9 Mogelijkheden en gebruik van het registratiesysteem (indicator 14) | 32 |
| 3.10 Overzicht resultaten voor bekendheid en indicatoren | 32 |
| 3.11 Implementatieactiviteiten | 34 |
| 3.11.1 Implementatie CBO-richtlijn/NHG-Standaard Cardiovasculair Risicomanagement | 34 |
| 3.11.2 Implementatie zorgstandaard vasculair risicomanagement | 34 |
| 3.11.3 Bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie zorgstandaard VRM | 34 |
| 3.12 Cardiovasculair spreekuur/poli | 35 |
| 3.12.1 Een apart spreekuur/poli voor vasculair risicomanagement | 36 |
| 3.12.2 Groepen patiënten die (zullen) worden doorverwezen naar het spreekuur/poli | 36 |
| 3.12.3 Risicofactoren HVZ waaraan aandacht besteed wordt | 38 |
| 3.12.4 Financiering van het spreekuur/poli | 38 |
| 3.12.5 Vergelijking met de situatie in 2004/2005 | 39 |
| 3.13 Aangeboden revalidatietrajecten | 40 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 4 | Discussie en conclusie | 43 |
| 4.1 | Samenvatting en vergelijking met eerdere twee metingen | 43 |
| 4.1.1 | Bekendheid CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM en zorgstandaard VRM | 43 |
| 4.1.2 | Het werken volgens de zorgstandaard VRM | 44 |
| 4.1.3 | Implementatie | 46 |
| 4.1.4 | Organisatie van het vasculair risicomanagement in de tweede lijn | 46 |
| 4.2 | Beperkingen van het onderzoek | 47 |
| 4.3 | Discussie | 47 |
| 4.3.1 | Het individueel zorgplan en bevorderen van zelfmanagement | 48 |
| 4.3.2 | De centrale zorgverlener | 48 |
| 4.3.3 | Samenwerking met andere zorgverleners | 48 |
| 4.4 | Conclusie | 49 |
| | Literatuur | 51 |
| | Bijlage 1: Leden van het Platform Vitale Vaten | 53 |
| | Bijlage 2: Voorbeeld van begeleidende brief vragenlijst | 55 |
| | Bijlage 3: Vragenlijst Zorgstandaard VRM (medisch specialisten) | 57 |

Voorwoord

Dit rapport bevat de resultaten van een meting onder medisch specialisten in de tweede lijn 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 Hartstichting. In 2010 zijn al twee studies verschenen waarin de resultaten zijn gepresenteerd van de nulmeting onder patiënten (Van Boheemen e.a. 2010) alsmede van de nulmeting in de eerste lijn (Vervloet e.a. 2010).

Voor dit onderzoek is een begeleidingscommissie samengesteld. Hierin hadden de volgende personen zitting:

- Anne-Margreet Strijbis (Platform Vitale Vaten/Hartstichting)
- Margo Weerts (De Hart & Vaat Groep)
- Cor Spreeuwenberg (Platform Vitale Vaten)
- Joep Teijink (Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie)
- Karin Kaasjager (Nederlandse Vereniging van Internisten)
- Tjark van Lier (Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie)
- Karin Klijn (Nederlandse Vereniging voor Neurologen)

Op deze plaats willen wij hen hartelijk bedanken voor hun constructieve bijdrage aan dit onderzoek. Ook willen wij Ineke van Dis (Hartstichting) bedanken voor haar adviezen. Daarnaast gaat onze dank uit naar de medisch specialisten uit de maatschappen Cardiologie, Interne Geneeskunde, Neurologie en Vaatchirurgie die, door de vragenlijst in te vullen, hebben meegewerkt aan dit onderzoek.

Utrecht, augustus 2011

Management samenvatting: drie metingen inzake de zorgstandaard VRM

Vooraf: Het rapport dat voor u ligt, beschrijft de resultaten van een meting onder medisch specialisten. Het rapport maakt deel uit van een reeks van drie rapporten. De twee andere rapporten verschenen in het najaar van 2010 en beschreven metingen onder huisartsen en onder patiënten. In de hieronder volgende samenvatting worden de resultaten van deze drie studies **gezamenlijk** beschreven. Een uitgebreidere samenvatting van de meting onder medisch specialisten is terug te vinden in hoofdstuk 4 van dit rapport.

Zorgstandaard VRM: resultaten van een nulmeting onder patiënten en zorgverleners

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, 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 momenteel voor? Een onderzoek onder ruim 600 patiënten die hart- en vaatmedicatie gebruiken, bijna 500 huisartsen en ruim 150 medisch specialisten geeft hierin inzicht. Het onderzoek werd gesubsidieerd door de Hartstichting.

Risicofactoren en leefstijladvisering

Een aanzienlijk deel van de patiënten rapporteert 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. Tweederde van de patiënten zegt wel duidelijke uitleg te hebben gekregen over en/of hoge bloeddruk.

Cardiovasculair risicoprofiel: brengt de arts het in kaart?

Om patiënten te kunnen monitoren en te ondersteunen, adviseert de zorgstandaard huisartsen 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 en medisch specialisten zetten op een goed zichtbare plaats in hun elektronisch patiëntendossier neer of de patiënt diabetes of hypertensie heeft. Ook de cholesterolgehalten en bloeddrukwaardes zijn in een

meerderheid van de dossiers duidelijk zichtbaar. Bij medisch specialisten is de rookstatus van de patiënt eveneens goed zichtbaar. Echter, 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 21% van de huisartsen geeft aan dit wel te doen (schriftelijk of digitaal vastgelegd), maar dan lang niet voor alle patiënten, waarbij geldt dat huisartsen die de zorgstandaard hebben, dit vaker doen. Bij medisch specialisten geeft 35% aan een schriftelijk of digitaal vastgelegd individueel zorgplan te maken. Opvallend is echter dat slechts 6% van de patiënten aangeeft aan een dergelijk zorgplan te hebben. 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. In de huidige zorg is het idee van een centrale zorgverlener nog niet uitgewerkt. Duidelijk is wel dat de meeste patiënten de huisarts zien als het eerste aanspreekpunt in de zorg voor hart- en vaatziekten, met op een verre tweede plaats de cardioloog. De afstemming tussen zorgverleners kan volgens patiënten beter. Zo geeft bijna een derde aan soms of vaker 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. Dit beeld wordt bevestigd in het onderzoek onder de medisch specialisten: ook zij geven aan weinig samenwerkingsafspraken met de eerste lijn te hebben. Vaker hebben ze afspraken met andere medisch specialisten (van hun eigen en andere disciplines). Echter, hierin bestaan wel duidelijke verschillen tussen de

specialismen. Aan de medisch specialisten is gevraagd hoe het werken met de zorgstandaard vasculair risicomanagement bevorderd kan worden. Zij noemen het vaakst het maken van transmurale samenwerkingsafspraken, gevolgd door goede ICT-voorzieningen die deze samenwerking ondersteunen.

Conclusie

Zorgverleners spannen zich in om hun patiënten goede zorg te leveren. De zorgstandaard vasculair risicomanagement geeft richting aan 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 2011 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. Verbetering is vooral noodzakelijk wat betreft het stimuleren van het zelfmanagement, het informeren van patiënten, de begeleiding van 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. De eerste stap daarbij is de bekendheid van de zorgstandaard VRM onder zorgverleners te vergroten.

Metingen

In 2010 en 2011 heeft de Hartstichting drie onderzoeken uitgezet als nulmeting voor de implementatie van de zorgstandaard VRM. De drie onderzoeken hebben tot doel inzicht te verkrijgen in de mate waarin in Nederland al volgens de zorgstandaard vasculair risicomanagement wordt gewerkt (en daarmee ook volgens de multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement 2006). 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. Het derde onderzoek heeft plaatsgevonden onder 161 medisch specialisten in het voorjaar van 2011 en had als vraag hoe de zorg voor vasculair risicomanagement in de tweede lijn geregeld is. In alle drie de onderzoeken is gebruik gemaakt van schriftelijke vragenlijsten.

Boheemen C van, Van Geffen ECG, Gilbert D, Bouvy M, Bos M, Van Dijk L. Vasculair risicomanagement vanuit patiëntenperspectief: volgens de zorgstandaard? Nulmeting patiënten. NIVEL, Utrecht, 2010.

Snoeijs S, Strijbis A, Bos M, Van Dijk L. Vasculair risicomanagement in de tweede lijn: volgens de zorgstandaard? Meting tweede lijn. NIVEL, Utrecht, 2011.

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 bevat de resultaten van een enquête onder medisch specialisten inzake de bekendheid met en de toepassing van de zorgstandaard Vasculair Risicomanagement (VRM). De zorgstandaard VRM beschrijft hoe volgens gebruikers en deskundigen 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 Hartstichting. Het Platform Vitale Vaten bestaat uit leden van patiëntenorganisaties en beroepsverenigingen van professionals (bijlage 1).

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 bloedglucosegehalte, hoge bloeddruk, roken, hart- en vaatziekten in de familie, ongezonde voedingsgewoonten, overmatig alcoholgebruik, lichamelijke inactiviteit, een hoge Body Mass Index en een grote middelomtrek (CBO/NHG 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 (Nationaal Kompas) en is bijna de helft (47%) van de mensen van 20 jaar en ouder te zwaar. Eén op de tien volwassen Nederlanders heeft zelfs ernstig overgewicht. Een kleine helft van de Nederlanders beweegt onvoldoende. Van de 65-plussers kwam in 2008 meer dan een derde met een verhoogde bloeddruk bij de huisarts. Van de mensen tussen de 45 en 65 was dat ruim 15% (Verheij et al 2008). Beïnvloeding van deze risicofactoren, bijvoorbeeld door verandering van leefgewoonten of door middel van medicatie, kan de cardiovasculaire sterfte en morbiditeit verminderen. Dit vereist 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 - te optimaliseren, zeker vanwege de verwachte toename van het aantal mensen met een dergelijk vasculair risico. Ook is het zaak te voorkomen dat mensen die bijvoorbeeld een hartinfarct of CVA hebben gehad dit opnieuw krijgen. De zorg voor mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten krijgt daarmee steeds meer een chronisch karakter. Om deze zorg 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: *'Een zorgstandaard geeft vanuit het patiëntenperspectief een op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde*

individuele preventie en zorg, ook inhoudende de ondersteuning bij zelfmanagement, voor een bepaalde chronische ziekte gedurende het complete zorgcontinuüm, alsmede een beschrijving van de organisatie van de betreffende preventie en zorg en de relevante kwaliteitsindicatoren' (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2010)

Zorgstandaarden zijn in de eerste plaats bedoeld voor patiënten en hun zorgverleners. Daarnaast zijn ze 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. Het uitgangspunt hierbij is dat er niet langer betaald wordt per verrichting, maar voor een complete behandeling. Keten-DBC's zijn hierbij afspraken waarop deze integrale bekostiging gebaseerd wordt. Zorggroepen spreken met verzekeraars een bepaald bedrag per patiënt per jaar af, waarvoor alle zorg geleverd wordt. Keten-DBC's zijn gebaseerd op de hiervoor genoemde zorgstandaarden. Tot op heden zijn er drie aandoeningen waarvoor integrale bekostiging is ingevoerd: diabetes, cardiovasculair risicomanagement en COPD (<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/chronische-ziekten/integrale-bekostiging>; geraadpleegd 29 juli 2011). Voor deze aandoeningen zijn zorgstandaarden beschikbaar (Rijksoverheid zorgstandaarden).

1.3 De zorgstandaard Vasculair Risicomanagement (VRM)

1.3.1 Elementen van de zorgstandaard

In februari 2009 bracht het Platform Vitale Vaten onder auspiciën van de Hartstichting de zorgstandaard VRM uit. Deze zorgstandaard sluit aan op de multidisciplinaire CBO-richtlijn/NHG-Standaard cardiovasculair risicomanagement (CVRM) uitgebracht in 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). In de zorgstandaard worden de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM en de organisatie van zorg aan elkaar gekoppeld: hoe kan in de zorgpraktijk vorm gegeven worden aan de adviezen in de richtlijn? Waarbij het patiëntenperspectief leidend is voor het beantwoorden van deze vraag. De zorgstandaard bestaat uit 4 onderdelen: deel I voor zorgverleners, deel II voor patiënten, deel III indicatoren. CBO-richtlijn/De NHG-Standaard CVRM is toegevoegd als deel IV.

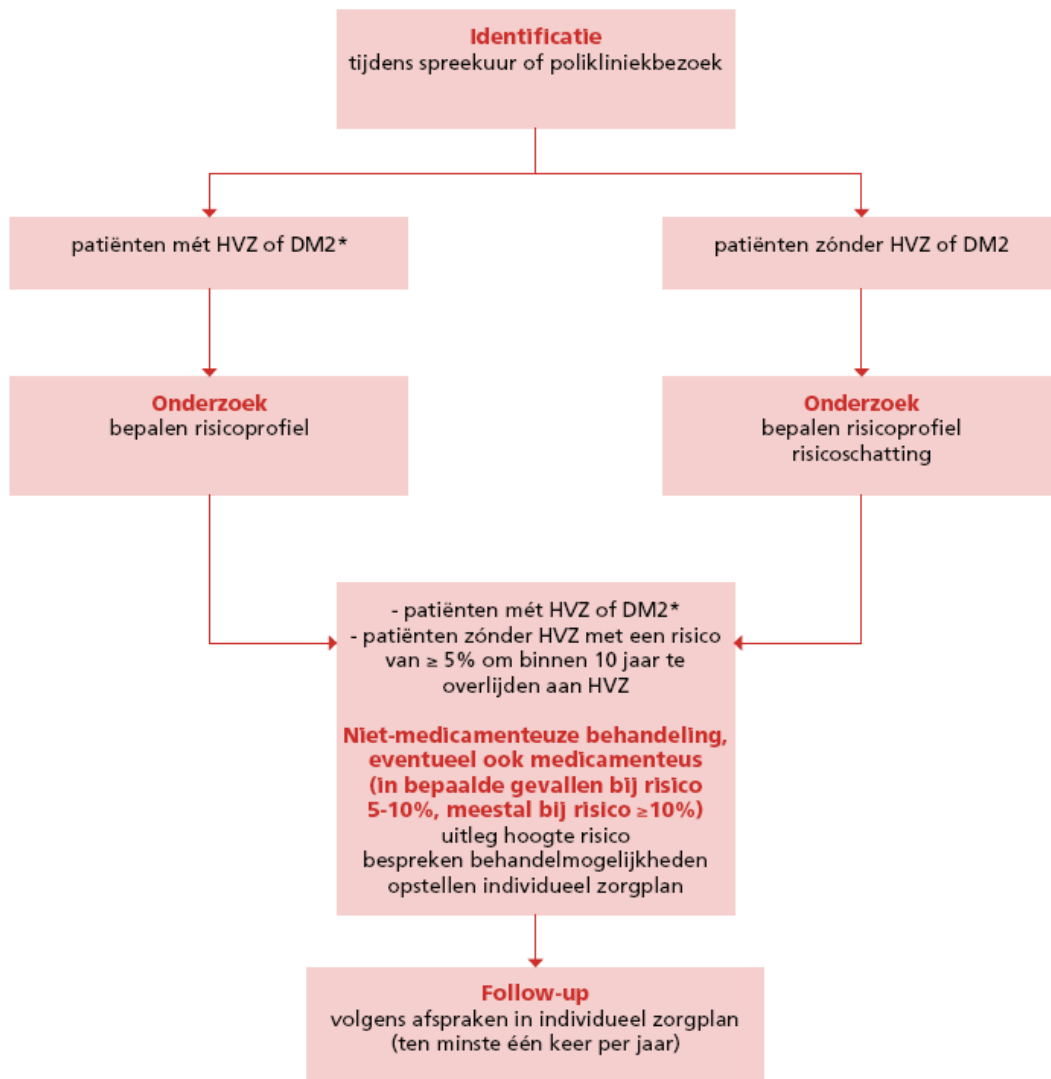
De zorgstandaard VRM richt zich op mensen met een verhoogd risico op door atherosclerose veroorzaakte hart- en vaataandoeningen, die om een of andere reden in contact komen met de huisarts, medisch specialist of een andere zorgverlener. Daarnaast omvat de zorgstandaard de organisatie van zorg voor mensen die al een vasculaire aandoening hebben. Belangrijk in de zorgstandaard is de aandacht voor:

- *Preventie*; het voorkomen van ziekten of de gevolgen daarvan door middel van medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandeling (leefstijladvisering en -begeleiding).
- *Zelfmanagement*: patiënten en hun directe omgeving krijgen een grotere zorginhoudelijke rol in medicijngebruik en leefstijl.

- *Centrale monitoring*; voor een geïntegreerde aanpak waarin alle omschreven elementen verenigd zijn, is een goede afstemming tussen alle zorgverleners tijdens het volledige ziektebeloop van groot belang. Een belangrijk aspect hierbij is de aanstelling van de centrale zorgverlener.

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

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



HVZ = hart- of vaatziekte

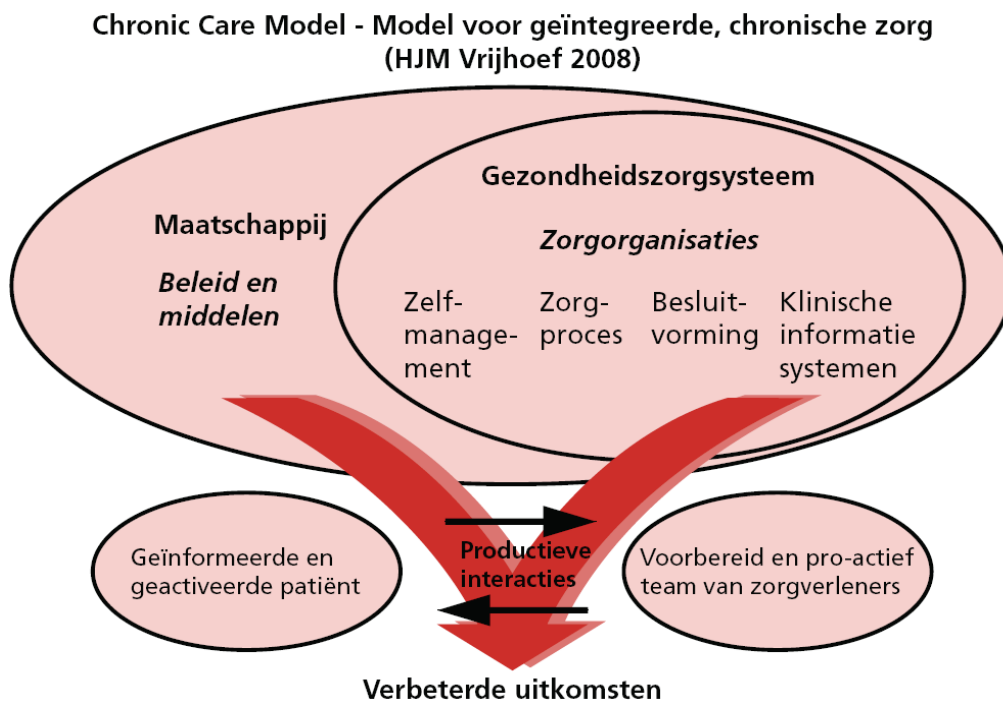
DM2 = diabetes mellitus type 2 * patiënten met DM2 worden behandeld volgens de zorgstandaard van de Nederlandse Diabetesfederatie⁵. De zorgstandaard vasculair risicomangement is voor hen aanvullend.

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; Vrijhoef 2008). Een aantal elementen in het gezondheidszorgsysteem helpt deze interacties goed vorm te geven. De zorgstandaard werkt er vier uit (Platvorm Vitale Vaten 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 risicomangementment.
 - 4) *Gebruik van klinische informatiesystemen*: deze zijn nodig voor het registreren, delen en interpreteren van gegevens voor zorgverleners en patiënten.
- Van belang bij dit alles 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 tweede lijn

De implementatie van de zorgstandaard vasculair risicomanagement lijkt zich momenteel vooral af te spelen in de eerste lijn. Huisartspraktijken hebben praktijkondersteuners in dienst die de zorg voor chronisch zieken voor een groot deel op zich kunnen nemen. Ook is er sinds 2010 de integrale bekostiging (zie ook paragraaf 1.2). In het kader van de integrale bekostiging spreken zorggroepen met verzekeraars een bepaald bedrag per patiënt per jaar af waarvoor alle zorg geleverd wordt. Die zorg moet in beginsel volgens de zorgstandaard geleverd worden. Deze zorggroepen worden met name binnen de eerste lijn gevormd. Echter, ook in de tweede lijn zijn er veel patiënten met een hart- of vaatziekte. Voor hun zorg is de zorgstandaard ook de basis. In juni 2009 is de zorgstandaard VRM dan ook verzonden naar de relevante maatschappen en verpleegafdelingen (cardiologie, interne geneeskunde, neurologie, vaatchirurgie) en hartrevalidatieafdelingen en -centra van alle algemene en academische ziekenhuizen. De patiëntgroep in ziekenhuizen is duidelijk anders dan die in de eerste lijn. De meeste patiënten die in de tweede lijn vasculair risicomanagement krijgen aangeboden, zullen al een hart- of vaatziekte hebben en (nog) niet in een stabiele situatie verkeren. Er zullen weinig mensen behandeld worden die uitsluitend een verhoogd risico op hart- en vaatziekten hebben maar (nog) geen event hebben doorgemaakt (zoals in de eerste lijn wel het geval is). Er zijn verschillende vakgebieden betrokken bij vasculair risicomanagement. Voor dit onderzoek zijn vier groepen medisch specialisten geselecteerd: cardiologie, vaatchirurgie, neurologie en interne geneeskunde. Vanuit elk van deze beroepsgroepen is een vertegenwoordiger betrokken geweest bij de opzet en uitvoering van het onderzoek. Ook waren dit de specialisten die betrokken waren bij het ontwikkelen van de zorgstandaard middels deelname aan het Platform Vitale Vaten.

1.5 Indicatoren uit de zorgstandaard

In deel III van de zorgstandaard staan indicatoren omschreven welke zijn ontwikkeld om de kwaliteit van zorg te kunnen meten en monitoren. De indicatoren richten zich zowel op de inhoud van zorg als op de organisatie van zorg. Voor dit onderzoek is gekozen om de focus bij de indicatoren te leggen die betrekking hebben op de zorgverlening waarbij medisch specialisten betrokken zijn. In tabel 1.1 staat een overzicht van deze indicatoren.

Tabel 1.1: Indicatoren uit deel III van de zorgstandaard VRM

| Indicator nummer | Omschrijving indicator |
|------------------|---|
| 1 | Iedere patiënt heeft een individueel zorgplan voor vasculair risicomanagement. |
| 2 | Het individueel zorgplan voldoet aan de, in de zorgstandaard omschreven, kwaliteitseisen. |
| 7 | Medicatiegegevens zijn transmuraal beschikbaar; zowel patiënt als zorgverleners beschikken over een actueel medicatie overzicht. |
| 8 | De zorginstelling heeft multidisciplinaire en transmurale samenwerkingsafspraken schriftelijk vastgelegd. |
| 12 | De zorginstelling beschikt over een protocol voor vasculair risicomanagement voor de verpleegkundig specialist. |
| 13 | Zorgverleners kunnen tijdens het contact met de patiënt de richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM) direct en integraal raadplegen |
| 14 | Mogelijkheden en gebruik van het registratiesysteem. |

1.6 Onderzoeksvragen

In 2009 is de zorgstandaard geïntroduceerd met als doel de zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten te verbeteren. Bij deze zorg zijn verschillende partijen betrokken: de patiënt, de zorgverleners in de eerste lijn en de zorgverleners in de tweede lijn. Om inzicht te krijgen in de stand van zorg zoals beschreven in de zorgstandaard, wilde de Hartstichting voor elk van deze partijen een meting uitvoeren. In 2010 zijn reeds metingen onder patiënten en in de eerste lijn uitgevoerd. In 2011 is een meting onder medisch specialisten uitgevoerd, welke wordt beschreven in dit rapport. De drie onderzoeken hebben tot doel inzicht te verkrijgen 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 vier groepen medisch specialisten.

Om inzicht te krijgen in de mate waarin in de tweede lijn gewerkt wordt volgens de zorgstandaard zijn onderzoeksvragen geformuleerd voor de volgende vier onderwerpen:

1. Kennis van het begrip 'zorgstandaard' en kennis en gebruik van de zorgstandaard VRM en de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM 2006.
2. Werken volgens de zorgstandaard VRM in de tweede lijn.
3. Verdere implementatie van de zorgstandaard.
4. Organisatie van het vasculair risicomanagement in de 2e lijn.

In de tweede lijn hebben de patiënten veelal een vasculair event doorgemaakt en worden met name de patiënten met een zwaardere ziektelast behandeld. De patiëntengroep in de tweede lijn is daarmee anders dan die in de eerste lijn.

Onderzoeksvraag 1: Kennis van het begrip 'zorgstandaard' en kennis en gebruik van de zorgstandaard VRM en de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM 2006

Uit de meting in de eerste lijn bleek dat veel huisartsen niet wisten dat ze de zorgstandaard VRM toegestuurd hadden gekregen en er niet bekend mee waren (Vervloet e.a. 2010). Zij kenden wel de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM. Ook voor de tweede lijn willen we weten hoe bekend men is met de zorgstandaard en of men de verschillende onderdelen gebruikt. De eerste onderzoeksvragen luiden daarom:

- 1a. In welke mate zijn zorgverleners in de tweede lijn op de hoogte van de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM 2006, het begrip 'zorgstandaard' en de zorgstandaard VRM?*
- 1b. In welke mate gebruiken zorgverleners in de tweede lijn de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM 2006 en de zorgstandaard VRM?*

Onderzoeksvraag 2: Werken volgens de zorgstandaard VRM in de tweede lijn

De tweede vraag richt zich op het verkrijgen van inzicht in de vraag in hoeverre medisch specialisten zeggen te werken volgens de zorgstandaard vasculair risicomanagement. Hierbij wordt uitgegaan van de indicatoren zoals geformuleerd in paragraaf 1.5. De volgende onderzoeksvraag wordt beantwoord:

- 2. In hoeverre werken zorgverleners in de tweede lijn volgens de zorgstandaard VRM (uitgaande van de voor de tweede lijn relevante indicatoren in de zorgstandaard)?*

Onderzoeksvraag 3: (Verdere) implementatie

Vervolgens willen we weten of ziekenhuizen al activiteiten hebben ontplooid om de zorgstandaard te implementeren; immers, de zorgstandaard VRM bestaat al meer dan een jaar. Daarnaast willen we weten hoe de implementatie van de zorgstandaard VRM in de tweede lijn gefaciliteerd en gestimuleerd zou kunnen worden. De onderzoeksvragen luiden:

- 3a. Hebben de ziekenhuizen al activiteiten ontplooid om de zorgstandaard te implementeren?*
- 3b. Hoe kan de implementatie van de zorgstandaard in de tweede lijn volgens beroepsbeoefenaren bevorderd worden?*
- 3c. Wat zijn belemmerende factoren voor implementatie van de zorgstandaard in de tweede lijn?*

Onderzoeksvraag 4: organisatie van het vasculair risicomanagement in de tweede lijn

In 2004/2005 hield de Nederlandse Hartstichting een peiling in ziekenhuizen om de organisatie en de inhoud van het vasculair risicomanagement in kaart te brengen (De Bont 2004, 2005). Hierbij werd met name ingegaan op de vraag of er aparte spreekuren zijn voor (integraal) vasculair risicomanagement en of er speciale poli's voor VRM zijn. In dit onderzoek zullen we dit herhalen. De volgende onderzoeksvragen worden gesteld:

- 4a. Hoeveel aparte spreekuren en poli's zijn er voor vasculair risicomanagement?*
- 4b. Voor welke patiëntgroepen zijn deze spreekuren en poli's?*
- 4c. Hoe verhoudt dit zich tot de situatie in 2004/2005? (representatief beeld)*

2 Methode

Dit onderzoek brengt in kaart in hoeverre de volgende groepen medisch specialisten op de hoogte zijn van de zorgstandaard vasculair risicomanagement (VRM): cardiologie, interne geneeskunde, vaatchirurgie en neurologie. Per medisch specialisme zijn de maatschappen benaderd. Daarbij is gekeken in hoeverre zij gebruik maken van de aanwijzingen uit deze zorgstandaard om de zorg rondom cardiovasculaire problematiek te organiseren. In dit hoofdstuk worden de gebruikte methoden voor dit onderzoek toegelicht. Paragraaf 2.1 beschrijft hoe de maatschappen zijn benaderd. De ontwikkeling van de vragenlijst en dataverzameling worden besproken in paragraaf 2.2. Tot slot wordt in paragraaf 2.3 de data-analyse beschreven.

2.1 Benaderen van de maatschappen en dataverzameling

Voor dit onderzoek zijn vier groepen medisch specialisten geselecteerd, te weten steeds één arts uit de maatschappen die betrokken zijn bij vasculair risicomanagement: cardiologie, vaatchirurgie, neurologie en interne geneeskunde. Voor ieder ziekenhuis in Nederland is per maatschap één medisch specialist gevraagd de vragenlijst in te vullen. Een totaal van 372 maatschappen van 93 Nederlandse ziekenhuizen, zijn op maatschapniveau aangeschreven voor dit onderzoek. Dit houdt in dat de medisch specialisten niet persoonlijk zijn aangeschreven, maar dat elk ziekenhuis vier vragenlijsten heeft ontvangen elk gericht aan een van de vier maatschappen afzonderlijk. Voor de selectie van deze ziekenhuizen is gebruik gemaakt van het overzicht locaties algemene en academische ziekenhuizen van het RIVM.¹ Voor de medisch specialisten binnen de maatschappen interne geneeskunde en neurologie was betrokkenheid bij vasculaire problematiek een belangrijk selectiecriteria voor deelname aan het onderzoek. Bij het aanschrijven van deze twee specialismen is hier specifiek aan gerefereerd (bijlage 2). De begeleidende brief bij de vragenlijst is ondertekend door de voorzitter van Platform Vitale Vaten alsmede door de vertegenwoordiger van de betreffende beroepsgroep die deelnam aan de begeleidingscommissie van dit onderzoek. Dit om de betrokkenheid van het Platform alsmede van de eigen beroepsgroep bij het onderzoek duidelijk te maken.

De maatschappen ontvingen, zoals hierboven beschreven, een schriftelijke vragenlijst die ingevuld diende te worden door een van de betrokken medisch specialisten. Twee weken na het versturen van de vragenlijst is een eerste reminder verstuurd naar maatschappen waarvan nog geen respons was ontvangen. Hierin werden de medisch specialisten nogmaals gevraagd om de vragenlijst in te vullen en terug te sturen. Weer twee weken later kregen de maatschappen een tweede reminder inclusief een nieuwe vragenlijst toege-stuurd. Tevens is een aantal maatschappen telefonisch benaderd.² De uiteindelijke

¹ Mac Gillavry E, Zwakhals SLN. Locaties algemene en academische ziekenhuizen 2005. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.

² Dit betrof de maatschappen in ziekenhuizen die ook deelgenomen hebben aan onderzoek van de Hartstichting in 2004/2005.

dataverzameling heeft acht weken in beslag genomen. Geen van de verstuurde vragenlijsten is onbestelbaar retour gekomen.

2.2 Vragenlijst

Ten behoeve van het onderzoek is een schriftelijke vragenlijst opgesteld (bijlage 3). De vragen zijn grotendeels gebaseerd op de zes organisatie-indicatoren uit deel III van de zorgstandaard VRM, welke reeds in de inleiding zijn toegelicht (paragraaf 1.5). Tevens is een aantal additionele vragen opgenomen over onder andere patiëntenbrochures, revalidatietrajecten en implementatieactiviteiten, alsmede over het hebben van speciale spreekuren of poli's voor vasculair risicomanagement. De zorgstandaard gaat deels over mensen die nog geen hart- en vaatziekten hebben gehad. Voor de tweede lijn zijn die onderdelen minder relevant en soms niet van toepassing. Om te voorkomen dat de vragenlijst vragen hierover zou bevatten, is de vragenlijst kritisch bekeken door een vertegenwoordiger van elk van de vier medische specialismen waarop het onderzoek betrekking had. Zij waren vertegenwoordigd in de begeleidingscommissie. De op- en aanmerkingen van de leden van de medische specialisten en andere leden van de begeleidingscommissie tijdens deze revisierondes zijn verwerkt in de uiteindelijke vragenlijst.

De vragenlijst bevat 50 vragen en is opgebouwd uit vijf delen:

1. Algemene vragen: dit deel bevatte onder andere factoren over het medisch specialisme en ziekenhuis waar de medisch specialist werkzaam is.
2. Kennis en gebruik richtlijnen en zorgstandaard: in dit deel is de bekendheid met en het gebruik van zowel de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM als de zorgstandaard VRM behandeld. Ook wordt gekeken naar de toepassing van de onderdelen en aanwijzingen uit de zorgstandaard, het meegeven van voorlichtingsmaterialen en aangeboden revalidatietrajecten.
3. Samenwerking: dit onderdeel behandelt de samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners uit de tweede lijn en tussen zorgverleners uit de eerste en tweede lijn.
4. Spreekuur en/of poli cardiovasculair risicomanagement: in dit deel wordt de organisatie en financiering van het vasculair risicomanagement binnen een speciaal spreekuur/poli behandeld
5. Implementatie: het laatste deel van de vragenlijst behandelt activiteiten om de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM en de zorgstandaard VRM te implementeren.

2.3 Data analyses

Er zijn veelal beschrijvende analyses uitgevoerd (frequentieverdelingen en kruistabellen), waarbij gebruik is gemaakt van het data-analyse programma STATA versie 11. De weergegeven percentages in hoofdstuk 3 (resultaten) zijn valide percentages berekend over het aantal medisch specialisten dat de vraag ook daadwerkelijk heeft beantwoord. Voor een aantal vragen is specifiek gekeken op maatschap of ziekenhuisniveau. Voor de analyses op ziekenhuis niveau zijn de antwoorden van respondenten van verschillende maatschappen in eenzelfde ziekenhuis samengenomen. Wanneer bijvoorbeeld ten minste

een specialist aangaf dat er een spreekuur is in het ziekenhuis, dan geldt voor het ziekenhuis een spreekuur heeft. In de analyses is tevens gekeken naar verschillen tussen de respondenten op basis van geslacht en leeftijd. In de beschrijving van de resultaten zijn alleen significante verschillen tussen groepen weergegeven. Wanneer in de tekst niets over subgroepen gerapporteerd wordt, betekent dit derhalve dat er geen verschillen gevonden zijn.

3 Resultaten

Dit hoofdstuk begint met een beschrijving van de respons op de vragenlijst en de karakteristieken van de medisch specialisten in paragraaf 3.1. Daarna worden de bekendheid met en het gebruik van de CBO-richtlijn/NHG-Standaard cardiovasculair risicomanagement (CVRM) en de zorgstandaard vasculair risicomanagement (VRM) besproken in respectievelijk paragraaf 3.2 en 3.3. Paragraaf 3.4 beschrijft vervolgens het patiëntendossier en de beschikbaarheid van een medicatieoverzicht, gevolgd door een bespreking van het gebruik van het individueel zorgplan voor patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ in paragraaf 3.5. Het aan patiënten meegeven van de voorlichtingsbrochures van de Hartstichting door medisch specialisten wordt beschreven in paragraaf 3.6. Paragraaf 3.7 bespreekt het aanbod van revalidatietrajecten voor verschillende groepen patiënten. De samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners in de eerste en tweede lijn worden besproken in paragraaf 3.8. Paragraaf 3.9 geeft vervolgens inzicht in implementatieactiviteiten voor zowel de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM, als voor de zorgstandaard VRM. Paragraaf 3.10 gaat in op de organisatie van het cardiovasculair spreekuur/poli.

3.1 Respons en beschrijving van de populatie

Er zijn 372 vragenlijsten verstuurd aan maatschappen van vier specialismen, waarvan er 163 retour zijn gekomen. Twee vragenlijsten bleken echter onvolledig te zijn ingevuld en zijn niet in de analyses opgenomen. Geen enkele lijst kwam onbestelbaar terug. De netto respons was derhalve 43% (n=161). In totaal gaat het om respondenten uit 83 verschillende ziekenhuizen. Tabel 3.1 geeft de karakteristieken van de respondenten weer. Wanneer gekeken wordt naar geslacht, blijkt dat ruim driekwart (79%) van de respondenten man is, 21% is vrouw.³ De gemiddelde leeftijd van de specialisten die hebben gereageerd is 49 jaar (range 32-67 jaar). Meer neurologen en internisten dan cardiologen en vaatchirurgen hebben de vragenlijst ingevuld. Bij de verdeling van respons over de verschillende regio's is te zien dat regio west met 43% sterker vertegenwoordigd is dan de andere regio's. Dit komt overeen met de geografische spreiding van ziekenhuizen in Nederland.

³ Van alle artsen in Nederland is de verdeling: 60% mannen en 40% vrouwen (Deuning 2006).

Tabel 3.1: Beschrijving van de respondenten

| | Medisch specialisten* (n=161) | |
|---------------------------|-------------------------------|-----|
| | % | n |
| Geslacht | | |
| Man | 76 | 122 |
| Vrouw | 21 | 34 |
| Niet aangegeven | 3 | 5 |
| Leeftijdscategorie | | |
| < 41 jaar | 21 | 34 |
| 41-50 jaar | 34 | 55 |
| 51-60 jaar | 40 | 65 |
| 61-70 jaar | 4 | 7 |
| >70 | 0 | 0 |
| Specialisme | | |
| Cardiologie | 21 | 33 |
| Interne geneeskunde | 26 | 42 |
| Vaatchirurgie | 24 | 39 |
| Neurologie | 29 | 47 |
| Regio | | |
| Noord (FR/GR/DR) | 15 | 24 |
| Oost (OV, GD, FL) | 18 | 29 |
| Zuid (ZL, NB, LB) | 24 | 39 |
| West (NH, ZH, UT) | 43 | 69 |

* Alle respondenten.

3.2 De multidisciplinaire CBO-richtlijn/NHG-Standaard cardiovasculair risicomanagement 2006

De eerste onderzoeksvraag betreft de bekendheid van de respondenten met Zorgstandaard VRM De zorgstandaard VRM sluit aan bij de in 2006 uitgegeven CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM. Daarom is als eerste de bekendheid met en gebruik van deze standaard onder medisch specialisten onderzocht. Van alle respondenten geeft 86% (n=139) aan dat ze bekend zijn met de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM en deze in de maatschap beschikbaar te hebben. Hiervan geeft 46% aan de richtlijn zowel op papier als digitaal ter beschikking hebben, 27% alleen op papier en nog eens 27% alleen digitaal. Ook is gekeken naar het gebruik van specifieke onderdelen van de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM. Meer dan de helft (55%) van de medisch specialisten die de richtlijn kent (n=139) geeft aan deze voor advies over medicamenteuze behandeling te gebruiken. Vaatchirurgen en internisten geven vaker aan deze richtlijnen te gebruiken dan cardiologen en neurologen; respectievelijk 69% en 64% ten opzichte van 43% en 41%. Vaatchirurgen en internisten geven het vaakst aan de richtlijnen voor medicamenteuze behandeling te raadplegen.

3.3 De zorgstandaard vasculair risicomanagement (VRM)

De zorgstandaard VRM is in februari 2009 uitgegeven door het Platform Vitale Vaten. In deze zorgstandaard worden de zorginhoud, zoals omschreven in de CBO/richtlijn CVRM, en de organisatie van zorg aan elkaar gekoppeld. De bekendheid met en het gebruik van de verschillende onderdelen van de zorgstandaard zijn in dit onderzoek onderzocht. Tweeënzestig procent van de medisch specialisten is bekend met de zorgstandaard VRM. Iets meer dan tweederde van deze 99 specialisten geeft aan de zorgstandaard te hebben ontvangen. Tabel 3.2 geeft een overzicht van de bekendheid met de zorgstandaard VRM per specialisme. Meer dan driekwart van de neurologen is bekend met de zorgstandaard, binnen de andere specialismen is dit meer dan de helft.

Tabel 3.2: Bekendheid van medisch specialisten met het bestaan van de zorgstandaard VRM, weergegeven per specialisme

| Bent u op de hoogte van het bestaan van de zorgstandaard VRM? | Percentage van de medisch specialisten* (n=160) | | | |
|---|---|-----------------------------|----------------------|-------------------|
| | cardiologie (n=33) | interne Geneeskunde (n= 42) | vaatchirurgie (n=39) | neurologie (n=46) |
| Ja | 55 | 57 | 54 | 78 |
| Nee | 42 | 38 | 41 | 17 |
| Weet ik niet | 3 | 5 | 5 | 4 |

* Alle medisch specialisten weergegeven per specialisme.

Van de 99 medisch specialisten die aangeven bekend te zijn met de zorgstandaard VRM, heeft de helft deel I voor zorgverleners doorgenomen (tabel 3.3). Onder de neurologen is dit percentage het hoogst met 61% ten opzichte van gemiddeld 44% binnen de andere specialismen. Tien procent heeft geen enkel deel doorgenomen. De medisch specialisten die deel I hebben doorgenomen blijken vaak ook degenen te zijn die de een of meer van de andere delen hebben doorgenomen (niet in tabel). Zo geeft de helft van de medisch specialisten die deel I hebben doorgenomen aan ook deel II te hebben doorgenomen. Verder geven 22 van de 24 medisch specialisten die deel I en II hebben doorgenomen aan ook deel III te hebben doorgenomen. Tenslotte hebben 20 medisch specialisten alle delen doorgenomen.

De medisch specialisten is gevraagd of er op basis van de zorgstandaard VRM protocollen zijn ontwikkeld. Deze vraag is alleen beantwoord indien men de zorgstandaard kende. In totaal geeft 59% van de medisch specialisten die deze vraag beantwoord hebben (n= 8) aan dat dit inderdaad het geval is of dat men bezig is met de ontwikkeling daarvan. Hierbij blijkt dit percentage binnen het specialisme cardiologie met 34% duidelijk lager ten opzichte van de andere specialismen.

Tabel 3.3: Doorgenomen delen van de zorgstandaard VRM

| Doorgenomen delen van de zorgstandaard | Medisch specialisten (n=99) | |
|--|-----------------------------|----|
| | % | n |
| Deel I (zorgverleners) | 51 | 50 |
| Deel II (patiënten) | 24 | 24 |
| Deel III (indicatoren) | 28 | 28 |
| Deel IV(CBO richtlijn CVRM) | 33 | 33 |
| Geen enkel deel | 10 | 10 |

* Medisch specialisten die aangeven de zorgstandaard VRM te hebben ontvangen.

Om patiënten te informeren heeft de Hartstichting brochures ontwikkeld. Ook zijn delen van de zorgstandaard VRM relevant voor de patiënten. Tabel 3.4 laat zien dat de patiëntenbrochures ‘Te hoog cholesterol’ en ‘Werken aan vitale vaten’ (beiden uitgegeven door de Hartstichting) het vaakst worden meegegeven aan patiënten: door respectievelijk 63% en 45% van de medisch specialisten. Dit gebeurt dan overigens wel vaker aan een minderheid van de patiënten. Het patiëntendeel van de zorgstandaard (deel II), of relevante delen daarvan, wordt slechts door 19% van de medisch specialisten aan patiënten meegegeven.

Tabel 3.4: Brochures die aan patiënten (met een verhoogd risico op) HVZ worden meegegeven.

| Brochures | Percentage van de medisch specialisten | | | |
|---|--|----------------------------|---------|-------------------------|
| | ja, aan een meerderheid (%) | ja, aan een minderheid (%) | nee (%) | kent materiaal niet (%) |
| ‘Werken aan vitale vaten’ (n=134) | 22 | 23 | 25 | 31 |
| ‘Te hoog cholesterol’ (n=137) | 26 | 37 | 20 | 16 |
| Relevante delen uit de patiëntenversie van de zorgstandaard VRM (n=123) | 6 | 13 | 54 | 26 |
| IVM - ‘cholesterolverlagers, vragen en antwoorden’ (n=130) | 11 | 15 | 29 | 43 |

* Alle respondenten.

3.4 Het individueel zorgplan voor patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ (indicatoren 1 en 2)

Eén van de aanwijzingen uit de zorgstandaard VRM is het opstellen van een individueel zorgplan voor patiënten 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. Meer dan de helft (56%) van alle medisch specialisten die deze vraag beantwoord hebben, zegt een zorgplan op te stellen voor ten minste een deel van de patiënten.

Tabel 3.5 geeft dit weer voor de totale populatie en voor de medisch specialisten die aangegeven hebben bekend te zijn met de zorgstandaard. Deze laatste groep geeft net iets vaker aan voor alle of een meerderheid van de patiënten een zorgplan op te stellen: 46% ten opzichte van 42% binnen alle medisch specialisten. Het beschrijven van het zorgplan wordt als een integraal onderdeel gezien van werken volgens de zorgstandaard. Dit betekent dat de gemaakte afspraken en doelen *schriftelijk of digitaal* vastgelegd dienen te worden

Wanneer we kijken naar de verschillende specialismen (niet in tabel), dan zien we dat 56% van de neurologen aangeeft dat voor alle of een meerderheid van de patiënten een zorgplan wordt opgesteld, gevolgd door 43% van de internisten en 42% van de vaatchirurgen. Cardiologen geven veel minder vaak aan een zorgplan op te stellen voor alle of een meerderheid van de patiënten: 21%. Binnen het specialisme cardiologie wordt bovendien met 61% (n=20) het vaakst aangegeven dat nooit een zorgplan wordt opgesteld. Binnen de andere specialismen is dit gemiddeld 40% (n=15-18).

Tabel 3.5: Aandeel patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ waarvoor een individueel zorgplan wordt opgesteld

| Opstellen van individueel zorgplan | % van medisch specialisten* | |
|--|-----------------------------|--|
| | % van totaal (n=160) | % dat het zorgplan schriftelijk of digitaal vastlegt (n=57) |
| Ja, voor alle patiënten | 21 | 51 |
| Ja, voor een meerderheid van de patiënten | 21 | 40 |
| Ja voor ongeveer de helft van de patiënten | 3 | 4 |
| Ja, voor een minderheid van de patiënten | 11 | 5 |
| Nee | 44 | 0 |

* De totale populatie en de specialisten die het zorgplan schriftelijk/digitaal vastleggen.

Van de 90 medisch specialisten in de totale populatie die aangeven een individueel zorgplan op te stellen, geeft 28% aan dit niet schriftelijk/digitaal vast te leggen. Deze gegevens worden niet meegenomen in de volgende beschrijving. Uit tabel 3.6 blijkt dat met name het risicoprofiel en de begeleiding van de patiënt worden beschreven. Ook de beschrijving van de manier om de gestelde doelen/streefwaarden te bereiken en de doelen/streefwaarden worden vaak beschreven in beide groepen. Het aanwijzen van de centrale zorgverlener, een belangrijk onderdeel van de zorgstandaard VRM, wordt door 35% van de medisch specialisten genoemd.

Tabel 3.6: Onderdelen die worden beschreven in het individueel zorgplan van de patiënt

| Onderdelen beschreven in het zorgplan | Medisch specialisten* (n=57) | |
|--|------------------------------|----|
| | n | % |
| Beschrijving van het risicoprofiel van de patiënt | 46 | 81 |
| Beschrijving van de begeleiding van de patiënt | 46 | 81 |
| Beschrijving van de manier om doelen/streefwaarden te bereiken | 43 | 75 |
| Beschrijving van de doelen/streefwaarden | 39 | 68 |
| Controleschema met tijdsplanning voor het behalen van doelen/streefwaarden | 35 | 61 |
| Beschrijving van de wijze van evaluatie en bijstelling van het zorgplan | 27 | 47 |
| Vaststelling centrale zorgverlener | 20 | 35 |

* Medisch specialisten die het zorgplan schriftelijk/digitaal vastleggen.

3.5 Medicatieoverzicht (indicator 7)

In het onderzoek is gekeken in hoeverre medisch specialisten een actueel overzicht van de medicatie van patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ beschikbaar hebben. Uit tabel 3.7 is af te lezen dat de helft (51%) van de medisch specialisten voor alle patiënten een actueel medicatieoverzicht van alle medicatie beschikbaar zegt te hebben. Van de 13% die aangeven geen overzicht beschikbaar te hebben, geeft het merendeel aan dat een dergelijk overzicht wel is op te vragen bij de apotheek. Er zijn geen significante verschillen tussen de vier specialismen.

Tabel 3.7: Aandeel patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ waarvoor medisch specialisten een actueel medicatieoverzicht beschikbaar hebben

| Beschikbaarheid medicatie overzicht medisch specialisten | Medisch specialisten (n= 160) | |
|--|-------------------------------|----|
| | n | % |
| Ja, voor alle patiënten | 81 | 51 |
| Ja, voor een meerderheid van de patiënten | 50 | 31 |
| Ja, voor ongeveer de helft van de patiënten | 3 | 2 |
| Ja, voor een minderheid van de patiënten | 5 | 3 |
| Nee, maar dit is op te vragen bij de apotheek | 16 | 10 |
| Nee | 5 | 3 |

* Alle respondenten.

Ruim de helft (56%) van de medisch specialisten geeft aan dat patiënten zelf over een actueel overzicht van hun medicatie beschikken (zie tabel 3.8); 40% geeft aan dat patiënten dit bij de apotheek kunnen opvragen. Vijf procent van de medisch specialisten geeft aan dat patiënten geen beschikking hebben over een overzicht van de medicatie die ze gebruiken en dit ook niet op kunnen vragen bij de apotheek.

Tabel 3.8: Aandeel patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ dat volgens medisch specialisten zelf een actueel medicatieoverzicht beschikbaar hebben

| Beschikbaarheid medicatie overzicht patiënten | Medisch specialisten (n= 157) | |
|---|-------------------------------|----|
| | n | % |
| Ja, op papier | 84 | 54 |
| Ja, digitaal | 1 | 1 |
| Ja, op papier en digitaal | 1 | 1 |
| Nee, maar dit kunnen zij opvragen bij de apotheek | 63 | 40 |
| Nee | 8 | 5 |

* Alle respondenten.

3.6 Samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners (indicator 8)

De zorgstandaard benadrukt het belang van samenwerking tussen verschillende zorgverleners gedurende het gehele ziektebeloop. Deze paragraaf beschrijft deze samenwerking en tevens worden de afspraken die hieromtrent gemaakt zijn besproken. Hierbij gaat het om *structurele samenwerkingsafspraken* tussen zorgverleners in de tweede lijn en om samenwerking met de eerste lijn.

Tabel 3.9 geeft weer met welke specialismen samenwerkingsafspraken worden gemaakt door de specialisten die zijn benaderd voor dit onderzoek. Hierbij zijn ook de onderlinge afspraken binnen een specialisme weergegeven. Cardiologen geven het minst aan samenwerkingsafspraken te hebben gemaakt met andere medisch specialisten in de tweede lijn. Ook onderling worden tussen cardiologen de minste samenwerkingsafspraken gemaakt: krap een derde (30%) geeft dit aan. Cardiologen maken het vaakst samenwerkingsafspraken met internisten (61%). Neurologen geven het vaakst aan samenwerkingsafspraken te maken, vooral met vaatchirurgen (79%). Onderling maken internisten de meeste afspraken: 88%. Veertien procent van alle respondenten geeft aan geen samenwerkingsafspraken te maken met andere zorgverleners in de tweede lijn, waarbij cardiologen dit het vaakst aangeven (21%) en internisten het minst vaak (5%).

Tabel 3.9: Samenwerkingsafspraken over de zorg rondom cardiovasculair risicomangement tussen de in dit onderzoek betrokken specialismen

| Percentage respondenten weergegeven per specialisme | Medisch specialisten waarmee respondenten samenwerkingsafspraken hebben gemaakt | | | |
|---|---|-------------|---------------|------------|
| | cardiologen | internisten | vaatchirurgen | neurologen |
| Cardiologie (n=33) | 30 | 61 | 42 | 42 |
| Interne geneeskunde (n=42) | 64 | 88 | 48 | 52 |
| Vaatchirurgie (n=39) | 51 | 54 | 56 | 21 |
| Neurologie (n=47) | 70 | 57 | 79 | 70 |

* Leeswijzer: van de respondenten behorend bij het specialisme interne geneeskunde geeft 64% aan samenwerkingsafspraken te hebben gemaakt met cardiologen. Van de respondenten behorend bij de maatschap cardiologie geeft 61% aan samenwerkingsafspraken te hebben gemaakt met internisten.

In tabel 3.10 is weergegeven met welke overige zorgverleners in de tweede lijn specialisten structurele samenwerkingsafspraken hebben gemaakt. Het vaakst worden fysiotherapeuten, diabetes-verpleegkundigen en diëtisten genoemd. Naast onderstaande zorgverleners werden door 33 medisch specialisten nog andere zorgverleners genoemd, waaronder verpleegkundigen, revalidatieartsen, radiologen, oogartsen en hematologen. Een minderheid van de medisch specialisten (14%) gaf aan geen samenwerkingsafspraken te maken met andere zorgverleners in de tweede lijn.

Tabel 3.10: Samenwerkingsafspraken over de zorg rondom cardiovasculair risicomanagement met andere zorgverleners in de tweede lijn

| Samenwerkingsafspraken met andere medisch specialisten in de tweede lijn | Percentage van de medisch specialisten (n=161) | |
|--|--|----|
| | n | % |
| Ziekenhuis/poliklinische apotheek | 8 | 5 |
| Diëtist | 50 | 31 |
| Fysiotherapeut | 63 | 39 |
| Diabetesverpleegkundige | 55 | 34 |
| Psycholoog | 22 | 14 |
| Geen samenwerkingsafspraken | 22 | 14 |

* Alle respondenten.

In tabel 3.11 is de samenwerking tussen specialisten en zorgverleners in de eerste lijn weergegeven. De huisarts is de meest genoemde zorgverlener uit de eerste lijn waarmee afspraken worden gemaakt, met name door neurologen: 57% ten opzichte van gemiddeld 31% onder de andere specialismen. De openbare apotheker en psycholoog zijn de minst genoemde zorgverleners waarmee samenwerkingsafspraken worden gemaakt. Internisten geven vaker dan andere medisch specialisten aan dat zij samenwerkingsafspraken maken met fysiotherapeuten, 48% ten opzichte van gemiddeld 13%. In totaal geven 70 specialisten (43%) aan geen samenwerkingsafspraken te hebben met zorgverleners uit de eerste lijn, met name de cardiologen (61%).

Tabel 3.11: Samenwerkingsafspraken over de zorg rondom cardiovasculair risicomanagement met zorgverleners in de eerste lijn

| Samenwerkingsafspraken met zorgverleners in de eerste lijn | Percentage medisch specialisten (n=161) | |
|--|---|----|
| | n | % |
| Huisarts | 62 | 39 |
| Diëtist | 8 | 11 |
| Fysiotherapeut | 36 | 22 |
| Diabetesverpleegkundige | 25 | 16 |
| Psycholoog | 6 | 4 |
| Openbare apotheker | 3 | 2 |
| Geen samenwerkingsafspraken | 70 | 43 |

* Alle respondenten.

3.7 Protocol voor vasculair risicomanagement voor de verpleegkundig specialist (indicator 12)

Onderdelen van de zorgstandaard VRM die protocollair kunnen worden uitgevoerd, kunnen worden gedelegeerd aan verpleegkundigen. Iets meer dan de helft (55%) van alle medisch specialisten die deze vraag beantwoord hebben (n=158), geeft aan dat er een specifiek protocol ontwikkeld is voor verpleegkundig specialisten. Dit percentage ligt iets hoger binnen de groep medisch specialisten die aangeeft bekend te zijn met de zorgstandaard VRM (65%, n=64).

3.8 Mogelijkheid om CVRM-richtlijn te raadplegen tijdens consult (indicator 13)

Tabel 3.12 geeft aan of en wanneer de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM wordt geraadpleegd in consulten met patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ. Hierbij is alleen gekeken naar de groep specialisten die aangaven de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM op papier en/of digitaal beschikbaar te hebben (n=134). In totaal geeft 38% van deze medisch specialisten aan de richtlijn altijd of geregeld tijdens consulten met patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ te gebruiken. Vrouwelijke specialisten geven iets vaker aan dat ze de richtlijn altijd of geregeld gebruiken dan hun mannelijke collega's (respectievelijk 45% van de vrouwen en 39% van de mannen). Ook wanneer wordt gekeken naar leeftijd is een verschil zichtbaar, onder medisch specialisten van 41-50 jaar wordt de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM vaker gebruikt: 52% ten opzichte van gemiddeld 33% in de andere leeftijdsgroepen. Wanneer we kijken naar de verschillende specialismen, blijkt dat dit het vaakst wordt aangegeven door neurologen (67%).

Tabel 3.12: Raadplegen van de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM tijdens consulten met patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ

| Gebruikt CBO-richtlijn CVRM tijdens het consult | Medisch specialisten* (n=134) | |
|---|-------------------------------|----|
| | % | n |
| Ja, tijdens het eerste consult | 14 | 19 |
| Ja, geregeld tijdens consult | 28 | 38 |
| Ja, tijdens elk consult met een patiënt | 10 | 14 |
| Ja, alleen bij twijfel over de behandeling | 25 | 34 |
| Ja, bij een andere gelegenheid | 1 | 1 |
| Nee | 21 | 28 |

* Medisch specialisten die de standaard schriftelijk/digitaal beschikbaar hebben.

3.9 Mogelijkheden en gebruik van het registratiesysteem (indicator 14)

Tabel 3.13 geeft aan in hoeverre patiëntengegevens bij raadpleging duidelijk zichtbaar zijn in het medisch dossier volgens de medisch specialisten. De diagnose CVA/TIA is volgens het grootste aantal specialisten duidelijk zichtbaar, gevolgd door de diagnoses DM2 en hypertensie en de rookstatus/het rookverleden van de patiënt. Neurologen en cardiologen geven het vaakst aan dat de bloeddruk goed zichtbaar is: respectievelijk 96% (n=45) en 94% (n=31). Bij de vaatchirurgen is dit 85% (n=33) en internisten 62% (n=26). Verder is volgens 72% (n=28) van de vaatchirurgen de diagnose HVZ indien gesteld goed zichtbaar terwijl dit bij de andere specialismen gemiddeld 94% is (n=31-44).

Tabel 3.13: Onderdelen die duidelijk zichtbaar zijn in het patiëntendossier van patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ, wanneer de medisch specialist dit dossier raadpleegt

| Onderdeel in het patiëntendossier | Medisch specialisten(n=161) | |
|---|-----------------------------|----|
| | n | % |
| Diagnose CVA/TIA indien gesteld | 151 | 94 |
| Diagnose DM2 indien gesteld | 149 | 93 |
| Diagnose hypertensie indien gesteld | 148 | 92 |
| Rookstatus en verleden | 146 | 91 |
| Cholesterol gehalte | 139 | 86 |
| Familiehistorie | 139 | 86 |
| Bloeddruk | 135 | 84 |
| Diagnose nieraandoeningen indien gesteld | 108 | 67 |
| Percentage sterfterisico door HVZ (volgens SCORE) | 20 | 13 |

* Alle respondenten.

3.10 Overzicht resultaten voor bekendheid en indicatoren

In de voorgaande paragrafen zijn veel cijfers gepresenteerd over de bekendheid met de Zorgstandaard VRM, alsmede over in hoeverre medische specialisten zorg leveren zoals deze wordt beschreven in de Zorgstandaard en geoperationaliseerd in een aantal

indicatoren. In deze paragraaf zetten we de belangrijkste resultaten op een rijtje (tabel 3.14).

Tabel 3.14: Overzicht resultaten bekendheid met standaarden en indicatoren

| | |
|--|--|
| CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM | 86% van alle respondenten kent de richtlijn |
| Zorgstandaard VRM | 62% van alle respondenten kent de zorgstandaard |
| | 51% van de respondenten die de zorgstandaard kent, heeft deel I voor zorgverleners doorgenomen (32% van alle respondenten) |
| | 20% van de respondenten die de zorgstandaard kent, heeft alle delen doorgenomen (12% van alle respondenten) |
| Indicatoren | |
| Indicatoren 1 & 2: Individueel zorgplan | 35% van alle respondenten zegt een individueel zorgplan met hun patiënten op te stellen dat ook schriftelijk of digitaal wordt vastgelegd. |
| | Onderwerpen die het vaakst in het zorgplan worden opgenomen, zijn: de beschrijving van het risicoprofiel van de patiënt en de begeleiding van de patiënt. |
| | Het aanwijzen van een centrale zorgverlener in het individueel zorgplan gebeurt door 35% van de respondenten die een schriftelijk/digitaal zorgplan opstellen (12% van alle respondenten) |
| Indicator 7: Zorgverleners en patiënten beschikken over een actueel medicatieoverzicht | 51% van alle respondenten heeft een actueel medicatieoverzicht van alle patiënten en 31% voor een meerderheid |
| | 56% van de respondenten geeft aan dat patiënten een actueel medicatieoverzicht hebben van hun medicatie (op papier en/of digitaal) en 40% zegt dat de patiënt dit desgewenst bij de apotheek kan opvragen |
| Indicator 8: Samenwerkingsafspraken | Cardiologen geven het minst vaak aan met andere medisch specialisten samen te werken (tabel 3.9) |
| | Een minderheid van alle respondenten werkt structureel samen met andere zorgverleners binnen de 2 ^e lijn; het vaakst genoemd is de fysiotherapeut (39%) |
| | 43% van de respondenten heeft geen structurele samenwerkingsafspraken met zorgverleners binnen de eerste lijn. Als er afspraken zijn, dan het vaakst met de huisarts (39% van alle respondenten) |
| Indicator 12: Protocol voor verpleegkundigen | 55% van alle respondenten geeft aan een protocol te hebben ontwikkeld voor verpleegkundig specialisten |
| Indicator 13: Raadplegen richtlijn tijdens consult | 38% van de respondenten die de richtlijn kennen, gebruikt de richtlijn geregeld/altijd <i>tijdens</i> het consult (24% van alle respondenten) |
| Indicator 14: Mogelijkheden en gebruik van het registratiesysteem. | De diagnoses CVA/TIA, DM2 en hypertensie zijn (indien gesteld) goed zichtbaar in het patiëntendossier bij > 90% van alle respondenten, evenals de rookstatus. De diagnose nieraandoeningen is bij 67% goed zichtbaar. Cholesterol, familiehistorie en bloeddruk bij 84-86% |

3.11 Implementatieactiviteiten

In deze paragraaf wordt beschreven in hoeverre er activiteiten zijn ontplooid om zowel de richtlijn als de zorgstandaard te implementeren. Ook wordt hier besproken wat implementatie in de weg staat en wat er nodig is om deze te bevorderen.

3.11.1 *Implementatie CBO-richtlijn/NHG-Standaard Cardiovasculair Risicomanagement*

Aan de respondenten is gevraagd of er in hun ziekenhuis activiteiten zijn opgestart om de implementatie van de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM in de praktijk te brengen. Hierop antwoordt 40% (n=62) van de medisch specialisten bevestigend en ruim een kwart (27%, n=42) geeft aan dat er geen implementatieactiviteiten zijn ondernomen. Voorbeelden van activiteiten die worden genoemd zijn het aanbieden van onderwijs aan specialisten en verpleegkundigen, het opzetten van een poli/spreekuur, afspraken tussen zorgverleners, afspraken over en toepassing van de richtlijn en ontwikkelde protocollen. Een aantal medisch specialisten geven bovendien aan dat er veel overleg plaatst vindt tussen de verschillende disciplines, waarbij ook CVRM wordt behandeld. Ook wordt door een aantal medisch specialisten aangegeven dat het geïntegreerd is in de werkzaamheden van verschillende zorgverleners en dat er vaste punten zijn opgenomen in het behandeltraject of anamnese/ontslagbrieven betreffende cardiovasculair risicomanagement.

3.11.2 *Implementatie zorgstandaard vasculair risicomanagement*

Dezelfde vragen zijn gesteld voor de zorgstandaard VRM aan. Een derde van de 73 specialisten die deze vraag beantwoord hebben (33%, n=24) geeft aan dat er in hun ziekenhuis activiteiten zijn ondernomen om de implementatie van de zorgstandaard te bevorderen, 44% (n=32) zegt dat dit niet het geval is en de overige respondenten weet het niet. Negentien medisch specialisten hebben voorbeelden gegeven van implementatie activiteiten. Er wordt met name gesproken over onderwijs, het aanscherpen van bestaande afspraken, het aanwezig hebben van een papieren versie ter inzage en het samenstellen van locale/regionale werkgroepen.

3.11.3 *Bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie zorgstandaard VRM*

Aan alle respondenten is gevraagd welke factoren volgens hen de implementatie van de zorgstandaard in hun ziekenhuispraktijk kunnen bevorderen. De factoren die het vaakst genoemd worden hebben te maken met samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn (tabel 3.15). Zo worden afspraken betreffende samenwerking tussen ziekenhuizen en de eerste lijn door 40% (n=65) van de respondenten genoemd en het implementeren van ondersteunende ICT voor deze samenwerking door 37% (n=59). De andere factoren zoals samenwerkingsafspraken binnen ziekenhuizen en een ziekenhuisspecifieke uitwerking van de zorgstandaard en meer informatie over het werken volgens de zorgstandaard VRM worden door (bijna) een kwart van de respondenten genoemd. In totaal geven 13 respondenten aan dat ze de implementatie van de zorgstandaard niet nodig vinden.

Tabel 3.15: Factoren die de implementatie van de Zorgstandaard VRM in het ziekenhuis kunnen bevorderen

| Bevorderende factoren | Percentage medisch specialisten (n=161) | |
|--|---|----|
| | n | % |
| Samenwerkingsafspraken maken tussen ziekenhuizen en de eerste lijn | 65 | 40 |
| Implementatie van ICT voorzieningen die de samenwerking tussen zorgverleners uit eerste en tweede lijn ondersteunt | 59 | 37 |
| Samenwerkingsafspraken maken binnen ziekenhuizen | 42 | 26 |
| Beschikbaarheid van een handleiding voor het gaan werken volgens de zorgstandaard | 41 | 25 |
| Beschikbaarheid praktische uitwerking van de zorgstandaard specifiek voor ons ziekenhuis | 37 | 23 |
| Implementatie van ICT hulpmiddelen om patiënten te ondersteunen in zelfmanagement | 37 | 23 |
| Meer informatie verstrekken over wat werken volgens de zorgstandaard inhoud (in bijeenkomst(en)/cursus) | 36 | 22 |
| Het vergroten van de kennis en vaardigheid van zorgverleners m.b.t. zelfmanagement | 31 | 19 |
| Het vergroten van de kennis en vaardigheid van patiënten m.b.t. zelfmanagement | 30 | 19 |
| Niet van toepassing; implementatie van de van de zorgstandaard lijkt mij niet nodig | 13 | 8 |

* Alle respondenten.

In tabel 3.16 zijn de factoren die de implementatie van de zorgstandaard mogelijk belemmeren weergegeven. De helft (50%, n=81) van de medisch specialisten noemt de tijd en moeite die het kost om alles met andere zorgverleners af te stemmen als belemmerende factor om de zorgstandaard VRM te implementeren. Iets meer dan een derde (37%, n=59) van de respondenten noemt vervolgens de ontoereikende bekendheid met de zorgstandaard.

Tabel 3.16: Factoren die de implementatie van de Zorgstandaard VRM in het ziekenhuis belemmeren

| Belemmerende factoren | Percentage medisch specialisten (n=161) | |
|---|---|----|
| | n | % |
| De tijd/moeite die het kost om alles met andere zorgverleners af te stemmen | 81 | 50 |
| Ontoereikende bekendheid met de zorgstandaard | 59 | 37 |
| Het feit dat niet alle zorgverleners dezelfde ideeën over de zorg hebben | 48 | 30 |
| Zorgverleners zijn er nog niet aan toe | 12 | 7 |
| Niet van toepassing; implementatie van de van de zorgstandaard lijkt mij niet nodig | 10 | 6 |

* Alle respondenten.

3.12 Cardiovasculair spreekuur/poli

De laatste onderzoeksvraag ging over de organisatie rondom cardiovasculair risicomangement besproken, waarbij met name gekeken wordt naar de organisatie van een speciale poli of een aparte spreekuur en de financiering daaromtrent. Een aantal ziekenhuizen en maatschappen hebben een aparte poli of een apart spreekuur voor vasculair risicomangement.

3.12.1 *Een apart spreekuur/poli voor vasculair risicomanagement*

Bijna alle medisch specialisten (90%, n=145) hebben de vragen over het cardiovasculair spreekuur/poli beantwoord. Hiervan geeft 57% aan dat er een aparte poli is, 37% geeft aan dat vasculair risico management binnen de reguliere zorg plaatsvindt en 6% zegt dat het op een andere manier gebeurt, waarbij vaak naar een andere maatschap (interne geneeskunde) verwezen wordt. Uitgesplitst per specialisme (tabel 3.17) valt op dat cardiologen het vaakst zeggen dat het vasculair risicomanagement binnen de reguliere zorg valt, terwijl vaatchirurgen en neurologen in meerderheid zeggen dat er een apart spreekuur of speciale poli is. Kijken we op ziekenhuisniveau (n=83) dan geeft in 62% van de ziekenhuizen (n=52) ten minste één specialist aan dat er een spreekuur/poli voor vasculair risicomanagement is. In 24 ziekenhuizen geeft ten minste één specialist aan dat er plannen zijn voor een poli/spreekuur.

Tabel 3.17: Organisatie van poli/spreekuur per specialisme

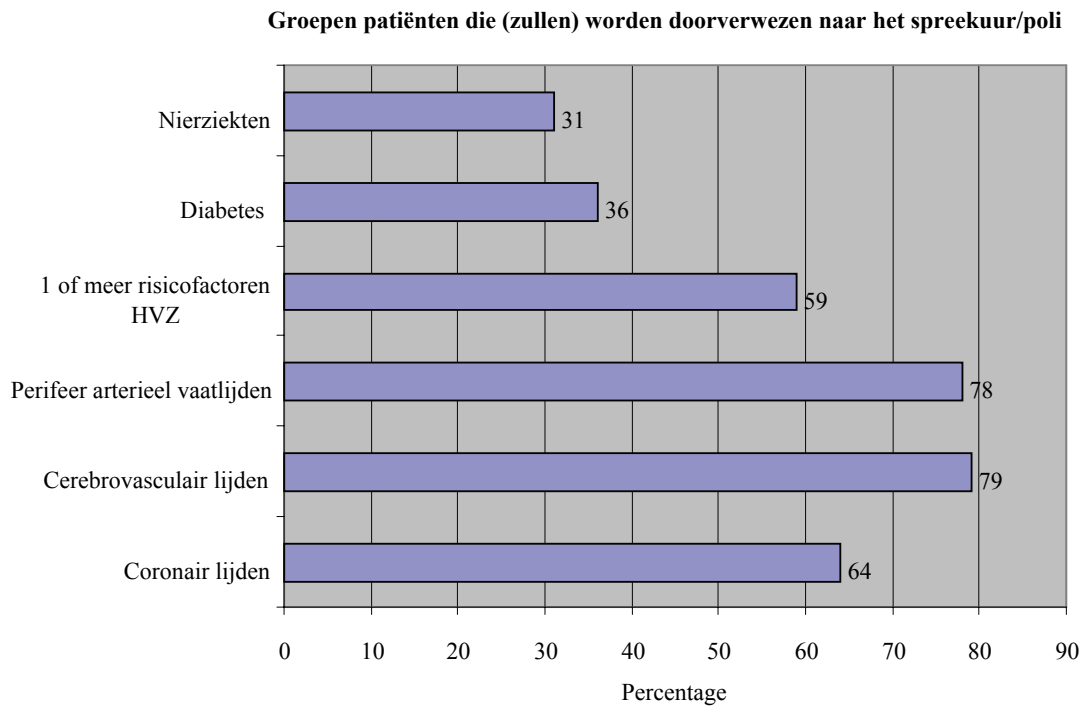
| Organisatie vasculair risicomanagement | Percentage per specialisme (n=145) | | | |
|--|------------------------------------|----------------------------|----------------------|-------------------|
| | cardiologie (n=31) | interne geneeskunde (n=38) | vaatchirurgie (n=33) | neurologie (n=43) |
| In een apart spreekuur/speciale poli | 39 | 50 | 61 | 72 |
| Binnen het reguliere spreekuur | 52 | 39 | 33 | 28 |
| Anders, namelijk | 10 | 11 | 6 | 0 |

* Alle respondenten.

3.12.2 *Groepen patiënten die (zullen) worden doorverwezen naar het spreekuur/poli*

Alle specialisten die aangaven dat er een spreekuur/poli is of plannen daartoe (n=104), beantwoordden de vragen over welke patiënten zij doorverwijzen of zouden doorverwijzen. De patiënten die het vaakst doorverwezen worden, zijn patiënten met cerebrovasculair lijden en patiënten met perifere arterieel vaatlijden: respectievelijk 79% (n=82) en 78% (n=81) van de specialisten verwijzen deze patiënten door (figuur 3.1). Patiënten met coronair lijden en patiënten met één of meer risicofactoren voor hart- en vaatziekten worden door een ruime meerderheid respondenten doorverwezen. Het minst vaak worden patiënten met diabetes of nierfalen doorverwezen; respectievelijk 36% (n=37) en 31% (n=32) van de respondenten zegt dit te doen.

Figuur 3.1: Patiëntgroepen die door medisch specialisten (zullen) worden doorverwezen naar een poli/spreekuur voor vasculair risicomanagement (n=104 medisch specialisten)



Wanneer er een spreekuur of poli voor vasculair risicomanagement is, werken verschillende disciplines daarbij samen. De internist is degene die het vaakst bij een dergelijk(e) spreekuur/poli is betrokken: in 85% van de gevallen (zie tabel 3.18). Andere disciplines die in een meerderheid van de gevallen betrokken zijn, zijn de cardioloog, de vaatchirurg, de neuroloog en de verpleegkundige, allen in ieder geval 73% (n=48). De psycholoog is het minst vaak betrokken bij een spreekuur/poli voor vasculair risicomanagement. De diëtist, fysiotherapeut en huisarts zitten daar tussenin, maar worden in 24% tot 39% van de ziekenhuizen bij een spreekuur/poli betrokken. Gemiddeld noemen de respondenten (n=104) ruim 4 disciplines die betrokken zijn bij een spreekuur/poli.

Tabel 3.18: Samenwerkende disciplines bij spreekuur/pol vasculair risicomanagement

| Samenwerkende disciplines | Percentage | |
|---------------------------|------------------------------|-------------------|
| | medisch specialisten (n=104) | ziekenhuis (n=66) |
| Cardioloog | 67 | 76 |
| Internist | 85 | 85 |
| Vaatchirurg | 69 | 74 |
| Neuroloog | 65 | 73 |
| Psycholoog | 4 | 6 |
| Verpleegkundige | 62 | 74 |
| Diëtist | 29 | 39 |
| Fysiotherapeut | 20 | 27 |
| Huisarts | 16 | 24 |
| Anders | 1 | 2 |

* Medisch specialisten die aangeven dat er een apart spreekuur/poli is en op ziekenhuisniveau.

3.12.3 *Risicofactoren HVZ waaraan aandacht besteed wordt*

Gemiddeld noemen de respondenten die aangeven dat er een apart spreekuur/poli is of plannen daartoe 7 risicofactoren voor HVZ waaraan aandacht wordt besteed binnen het spreekuur/poli. In tabel 3.19 is weergegeven in welke mate aandacht wordt besteed aan de risicofactoren. Duidelijk is dat aan alle factoren vrijwel evenveel aandacht wordt besteed, met uitzondering van de relatie tussen vasculaire en psychische problematiek. Iets minder dan helft van de respondenten zegt dat op een poli/spreekuur aandacht voor psychische problematiek een aandachtspunt is. Het beeld op ziekenhuisniveau is vergelijkbaar en is eveneens weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 3.19: Risicofactoren besproken in spreekuur/poli vasculair risicomanagement

| Risicofactoren die worden besproken | Percentage | |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------|
| | medisch specialisten (n=104) | ziekenhuis (n=66) |
| Roken | 97 | 93 |
| Ongezonde voeding | 84 | 86 |
| Lichamelijke inactiviteit | 85 | 89 |
| Overgewicht | 92 | 95 |
| Hoge bloeddruk | 96 | 95 |
| Hoog cholesterol/dislipidemie | 95 | 95 |
| Diabetes | 95 | 94 |
| Psychische problematiek | 44 | 50 |
| Anders | 3 | 5 |

* Medisch specialisten die aangeven dat er een apart spreekuur/poli is of plannen daartoe en op ziekenhuisniveau.

3.12.4 *Financiering van het spreekuur/poli*

Het startkapitaal dat nodig was/is om het spreekuur/poli op te zetten, komt volgens 44% van de respondenten (n=104) uit het reguliere budget van het ziekenhuis. De structurele financiering wordt volgens 54% van de respondenten uit het reguliere ziekenhuisbudget betaald. Andere financieringsbronnen die als startkapitaal gebruikt worden, zijn: budget Raad van Bestuur van het ziekenhuis (n=10), zorgverzekeraars (n=10), farmaceutische

industrie (n=8), sponsors (n=3) en derde/vierde geldstroom (n=3). Additioneel werden door 9 medisch specialisten andere bronnen genoemd, waaronder het eigen budget, geld uit DBC's en geld uit het project zorgvernieuwing. Als structurele financieringsbronnen worden het budget Raad van Bestuur van het ziekenhuis (n=6), zorgverzekeraar (n=6) en sponsors (n=1) en andere bronnen (n=1) genoemd. Een medisch specialist noemt verder nog DBC's als structurele bron voor financiering. Eén medisch specialist geeft specifiek aan dat er te weinig financiering is, zowel als startkapitaal als voor structurele financiering. Acht anderen geven aan dat hier nog niets of weinig over bekend is.

3.12.5 *Vergelijking met de situatie in 2004/2005*

In 2004/2005 heeft de Hartstichting onderzoek gedaan naar speciale poli's en spreekuren voor vasculair risicomanagement in Nederlandse ziekenhuizen (De Bont e.a. 2004; 2005). Er is, net als in dit onderzoek, een inventarisatie gemaakt van alle ziekenhuizen die een dergelijke poli of een dergelijk spreekuur hadden. Destijds zijn 606 vragenlijsten verstuurd, naar 127 ziekenhuislocaties en 17 hartrevalidatiecentra (n=144 locaties). De respons was destijds hoog, namelijk 90% (540 maatschappen). Niet duidelijk is wat de respons op het niveau van ziekenhuislocatie was. Gezien de hoge respons op maatschapniveau zijn we ervan uitgegaan dat elke locatie ten minste een vertegenwoordiger had. Ter vergelijking: in onderhavig onderzoek zijn 372 vragenlijsten gestuurd naar 93 ziekenhuizen. De respons was 43% op het niveau van medisch specialisten/maatschappen en op ziekenhuisniveau 89% (n=83 ziekenhuizen). Dit maakt dat een één-op-één vergelijking tussen 2004 en 2011 moeilijk te geven is. Wel kan een aantal indicaties gegeven worden.⁴

Aanwezigheid poli of spreekuur

In 2004 gaven 66 van de 127 ziekenhuislocaties aan een apart spreekuur of een speciale poli voor vasculair risicomanagement te hebben, oftewel 46% van de locaties; in totaal waren er 90 spreekuren. In onderhavig onderzoek is in 63% van de 83 responderende ziekenhuizen een spreekuur of poli. Deze vraag is in 2011 niet afzonderlijk voor afdeling en ziekenhuis gesteld. Derhalve is het niet goed af te leiden hoeveel spreekuren er in 2011 zijn. Plannen voor het opzetten van een (extra) spreekuur of poli waren er in 2004 op 40 ziekenhuislocaties (31%; n=144), tegenover 24 locaties in 2011 (29%; n=83).

Patiëntgroepen

De spreekuren waren in 2004 het vaakst voor patiënten met perifeer arterieel vaatlijden en cerebrovasculair lijden: iets meer dan 60% van de spreekuren richtte zich op deze groepen, tegenover ruim 40% voor patiënten met coronair lijden of met één of meer risicofactoren voor hart- en vaatziekten. In 2011 zijn deze verhoudingen nog steeds aanwezig (zie figuur 3.1) al liggen de percentages duidelijk hoger. In 83% van de ziekenhuizen met een poli/spreekuur is dit gericht op patiënten met perifeer arterieel vaatlijden, voor patiënten met cerebrovasculair lijden ligt dit op 79%, voor patiënten met coronair lijden op 64% en voor patiënten met één of meer risicofactoren voor hart- en vaatziekten op 73%.

⁴ Alle gegevens uit 2004 zijn op spreekuurniveau, de gegevens van 2011 zijn op ziekenhuisniveau.

Samenwerkende disciplines

In 2004 waren er vijf disciplines die bij tussen de 50-60% van de spreekuren/poli's betrokken waren: cardioloog, internist, neuroloog, vaatchirurg en verpleegkundige. In 2011 zijn dit ook de meest betrokken groepen: in meer dan 70% van de ziekenhuizen zijn zij bij de spreekuren/poli's betrokken. Voor de internist ligt het percentage zelfs op 85% (zie ook tabel 3.18). Ook andere disciplines worden in 2011 vaker genoemd als zijnde betrokken bij de spreekuren/poli's. Huisartsen waren in 2004 bij 13% van de spreekuren betrokken, in 2011 was dat 24%. Vergelijkbare of grotere veranderingen zijn te zien bij fysiotherapeuten, diëtisten. De betrokkenheid van psychologen blijft onveranderd laag (4% in 2004, 6% in 2011).

Risicofactoren

Zowel in 2004 als 2011 is gevraagd naar de risicofactoren die besproken worden. In 2004 bestond de top 5 uit roken (100% van de 90 spreekuren), cholesterol (95%), bloeddruk (92%), diabetes (83%) en overgewicht (81%). In 2011 bestond de top 5 op ziekenhuisniveau uit dezelfde risicofactoren: overgewicht (95%), bloeddruk (95%), cholesterol (95%), diabetes (94%) en roken (93%). Opvallend was het verschil voor ongezonde voeding. In 2004 richtte nog geen 70% van de spreekuren zich hierop, in 2011 was op in 86% van de poli's/spreekuren (op ziekenhuisniveau) hier aandacht voor. Ook voor lichamelijke inactiviteit was een verschil te zien (80% in 2004; 89% in 2011).

3.13 Aangeboden revalidatietrajecten

Tot slot hebben we - als onderdeel van de organisatie van de zorg - de medisch specialisten gevraagd naar revalidatietrajecten die voor verschillende groepen patiënten worden aangeboden. Als er geen revalidatietrajecten aangeboden worden, wordt er veelal doorverwezen: driekwart van de medisch specialisten geeft dit aan. Bovendien geven een aantal respondenten aan dat zij niet voor alle patiënten groepen weten in welke vorm revalidatie wordt aangeboden, maar dat wel een traject wordt aangeboden. Hierbij wordt in veel gevallen verwezen naar een ander specialisme.

Uit tabel 3.11 blijkt dat voor alle patiëntgroepen, met uitzondering van patiënten met perifere arterieel lijden, ongeveer de helft van de respondenten aangeeft dat deze patiënten als optie het poliklinisch revalideren hebben. Voor patiënten met CVA/TIA wordt ook vaak de mogelijkheid tot revalidatie in een revalidatiecentrum of verpleeghuis aangeboden.

Tabel 3.11: Revalidatietrajecten aangeboden aan verschillende patiënt groepen

| | Percentage van de medisch specialisten (n=161) |
|--|---|
| Hartpatiënten | |
| Ontslag naar huis met poliklinische hartrevalidatie in ziekenhuis of revalidatiecentrum | 60 |
| Ontslag naar huis met deelname aan preventieprogramma in ziekenhuis of revalidatiecentrum | 31 |
| Perifeer arterieel vaatlijden | |
| Ontslag naar huis met niet klinische revalidatie behandeling in ziekenhuis of revalidatiecentrum | 23 |
| CVA/TIA | |
| Klinische revalidatie in revalidatiecentrum | 60 |
| Ontslag naar huis met niet-klinische revalidatie in ziekenhuis of revalidatiecentrum | 55 |
| Revalidatie in verpleeghuis | |
| Ontslag naar huis met dagbehandeling in verpleeghuis | 61 |
| Hartfalen | 48 |
| Ontslag naar huis met poliklinische behandeling in ziekenhuis of revalidatiecentrum | 53 |

* Alle respondenten.

4 Discussie en conclusie

4.1 Samenvatting en vergelijking met eerdere twee metingen

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 vaat-aandoeningen die om een of andere reden in contact komen met de huisarts, medisch specialist of een andere zorgverlener. Daarnaast omvat de zorgstandaard ook de zorg voor mensen die al een vasculaire aandoening hebben, een groep patiënten die veelal hun zorg (gedeeltelijk) in de tweede lijn ontvangen. Anders dan in de eerste lijn, hebben de meeste patiënten die in de tweede lijn vasculair risicomangement krijgen aangeboden, al een hart- of vaatziekte en verkeren (nog) niet in een stabiele situatie. Er zijn verschillende vakgebieden betrokken bij vasculair risicomangement. Voor dit onderzoek zijn vier groepen medisch specialisten geselecteerd: cardiologie, vaatchirurgie, neurologie en interne geneeskunde. Vanuit elk van deze beroepsgroepen is een vertegenwoordiger betrokken geweest bij de opzet en uitvoering van het onderzoek. Om inzicht te krijgen in de mate waarin in de tweede lijn gewerkt wordt volgens de zorgstandaard zijn onderzoeksvragen geformuleerd voor de volgende vier onderwerpen:

1. Organisatie van het vasculair risicomangement in de 2e lijn.
2. Kennis van het begrip ‘zorgstandaard’ en kennis en gebruik van de zorgstandaard VRM en de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM 2006.
3. Werken volgens de zorgstandaard VRM in de tweede lijn.
4. Verdere implementatie van de zorgstandaard.

Deze vragen zijn onderzocht met behulp van een schriftelijke vragenlijst onder een steekproef van 372 medisch specialisten. In alle ziekenhuizen van Nederland (n=93) zijn de maatschappen van de vier genoemde specialismen benaderd. Niet alle ziekenhuis hebben een specialisme vaatchirurgie; echter wordt (wellicht op een enkele uitzondering na) in alle ziekenhuizen vaatchirurgie uitgevoerd, in deze ziekenhuizen valt dit onder het maatschap chirurgie. De netto respons was 43% (n=161). Hieronder worden per onderwerp de belangrijkste resultaten weergegeven. Waar mogelijk wordt een vergelijking gemaakt met de resultaten van de huisartsen en waar mogelijk met de patiëntenenquête (Vervloet e.a. 2010; Van Boheemen e.a. 2010).

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

Een meerderheid van de medisch specialisten die deelnamen aan dit onderzoek is bekend met de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM en heeft deze in de maatschap beschikbaar (86%). De onderdelen die door medisch specialisten het vaakst gebruikt worden, zijn de adviezen medicamenteuze behandeling te gebruiken en de factoren die het risicoprofiel bepalen. Er zijn verschillen hierin tussen de specialismen. Internisten en neurologen raadplegen de adviezen uit de CBO-richtlijn/NHG-Standaard vaker dan cardiologen en vaatchirurgen. Vergelijken we dit met de huisartsen dan zien we dat de huisartsen nog vaker

de beschikking hebben over de richtlijn (99%). Huisartsen gebruiken de richtlijn vooral in geval van twijfel en minder structureel dan de medisch specialisten. De zorgstandaard VRM is minder bekend dan de CBO-richtlijn/NHG-Standaard: 62% van de medisch specialisten is hiermee bekend. De bekendheid is het grootst onder de neurologen.⁵ Belangrijk om te vermelden is dat de meting onder medisch specialisten een jaar na de meting onder huisartsen is uitgevoerd. De hogere bekendheid met de zorgstandaard VRM zou hier dus aan te wijten kunnen zijn.

4.1.2 ***Het werken volgens de zorgstandaard VRM***

De tweede onderzoeksvraag richtte zich op het verkrijgen van inzicht in de vraag in hoeverre medisch specialisten zeggen te werken volgens de zorgstandaard vasculair risicomanagement. Hierbij wordt uitgegaan van een aantal in de zorgstandaard geformuleerde indicatoren die relevant zijn voor zorg in de tweede lijn.

Indicatoren 1 en 2 zorgstandaard VRM: Aanwezigheid van een inhoudelijk goed individueel zorgplan

Een individueel zorgplan is van en voor de patiënt en bevat vastgelegde doelen en afspraken. Een minderheid van de medisch specialisten stelt voor ten minste een deel van hun patiënten een dergelijk individueel zorg plan op: 35%.⁶ Cardiologen geven het minst vaak aan een individueel zorgplan op te stellen. Van de huisartsen geeft 21% aan een schriftelijk of digitaal vastgelegd zorgplan met hun patiënten op te stellen (berekend op basis van Vervloet e.a. 2010). Opvallend is dat slechts 6% van de patiënten aangeeft een dergelijk zorgplan te hebben (Van Boheemen e.a. 2010). Wanneer een plan wordt opgesteld, bevat dat nog niet alle informatie die een zorgplan volgens de zorgstandaard zou moeten bevatten. Onderwerpen die volgens medische specialisten het vaakst in een dergelijk plan worden opgenomen zijn de beschrijving van het risicoprofiel van de patiënt, de begeleiding van de patiënt en de manier waarop de doelen/streefwaarden bereikt kunnen worden. Ook huisartsen noemen het vaakst de beschrijving van het risicoprofiel, en de manier waarop doelen/streefwaarden gehaald worden. Daarnaast noemen zij het controle-schema om de streefwaarden te halen vaak. Het aanwijzen van een centrale zorgverlener, een belangrijk onderdeel van de zorgstandaard gebeurt volgens 17% van de totale populatie medisch specialisten, tegenover 10% van de huisartsen. Het concept “centrale zorgverlener” is hiermee nog niet uitgewerkt in de praktijk. Uit de meting onder patiënten werd wel duidelijk dat zij de huisarts zien als hun eerste aanspreekpunt voor hun aan hart- en vaatziekten gerelateerde problemen, met op een verre tweede plaats de cardioloog (Van Boheemen e.a. 2010).

Indicator 7 zorgstandaard VRM: Medicatiegegevens zijn transmuraal beschikbaar; zowel patiënt als zorgverleners beschikken over een actueel medicatie overzicht

De helft van alle medisch specialisten heeft een actueel medicatieoverzicht beschikbaar voor alle patiënten en een derde heeft dit voor de meeste patiënten. Van de overige medisch specialisten geeft de grootste groep aan het medicatieoverzicht bij de apotheek te kunnen opvragen. Bij de huisartsen werden vergelijkbare resultaten gevonden. Volgens

⁵ Voor huisartsen is deze vraag anders gesteld, namelijk of zij de zorgstandaard ontvangen hadden.

⁶ Gevraagd naar het opstellen van een individueel zorgplan geeft 56% (n=90) van de medisch specialisten aan dit te doen. Echter, 28% daarvan zegt dit plan niet schriftelijk vast te leggen.

56% van de medisch specialisten hebben hun patiënten een actueel medicatieoverzicht. Als ze dit niet hebben, kunnen patiënten dit volgens vrijwel alle medisch specialisten opvragen bij de apotheek. Bij de huisartsen zegt slechts 15% dat hun patiënten een medicatieoverzicht hebben, maar driekwart van de huisartsen geeft aan dat patiënten dit bij de apotheek kunnen opvragen.

Indicator 8: De zorginstelling heeft multidisciplinaire en transmurale samenwerkingsafspraken schriftelijk vastgelegd

In dit onderzoek waren vier groepen medisch specialisten vertegenwoordigd. Tussen de beroepsgroepen bestaan samenwerkingsafspraken, maar opvallend is dat de verschillende groepen hierover andere inschattingen geven. Gemiddeld genomen wordt de internist het vaakst door de andere specialisten genoemd als samenwerkingspartner. Ook met andere zorgverleners in de tweede lijn zijn samenwerkingsafspraken, vooral met fysiotherapeuten (39% van de medisch specialisten geeft dit aan), gevolgd door de diabetesverpleegkundige (34%) en de diëtist (31%). Een kleine minderheid van de medisch specialisten (14%) geeft aan geen enkele samenwerkingsafpraak in de tweede lijn te hebben. Van alle medisch specialisten heeft iets minder dan de helft (43%) geen structurele samenwerkingsafspraken met zorgverleners in de eerste lijn. Als er wel afspraken zijn is dit vooral met de huisarts, gevolgd door paramedici. Dat er nog lang niet overal afspraken zijn tussen de eerste en tweede lijn werd ook gevonden in de enquête onder huisartsen.⁷ Wel noemt de huisarts het vaakst de internist als samenwerkingspartner (Vervloet e.a. 2010). Daarentegen noemen neurologen juist vaker dan internisten de huisarts als samenwerkingspartner. De reden hiervoor kan zijn dat internisten veel meer verschillende patiënten ziet dan de neuroloog en derhalve meer contacten heeft met de huisarts, maar dat de neuroloog per patiënt meer contact heeft met de huisarts.

Indicator 12: De zorginstelling beschikt over een protocol voor vasculair risicomangement voor de verpleegkundig specialist.

Zestig procent van alle medisch specialisten geeft aan dat er in hun maatschap/ziekenhuis een protocol is voor vasculair risicomangement voor de verpleegkundig specialist of geeft aan dat men ermee bezig is. Dit ligt iets hoger dan bij de huisartsen. Cardiologen geven dit minder vaak aan dan de drie andere specialismen. In de huisartspraktijk geeft 52% aan dat er een protocol voor VRM praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen aanwezig is in hun praktijk.

Indicator 13: Raadplegen CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM tijdens het consult

Iets meer dan een derde van de medisch specialisten die de beschikking hebben over de CBO-richtlijn/NHG-Standaard gebruikt deze geregeld tijdens een consult (38%; 24% van alle medisch specialisten), nog eens een derde doet dat alleen in geval van twijfel. Bij huisartsen is deze laatste groep het grootst: daar raadpleegt 53% de richtlijn in geval van twijfel en nog eens een kwart raadpleegt de richtlijn alleen tijdens het eerste consult.

Indicator 14: Mogelijkheden en gebruik van het registratiesysteem.

Medisch specialisten hebben over het algemeen de relevante gegevens van patiënten goed

⁷ Omdat de vragen bij de huisarts anders geformuleerd waren, is een directe vergelijking niet mogelijk.

zichtbaar in het dossier staan. De diagnoses CVA/TIA, DM2 en hypertensie zijn (indien gesteld) goed zichtbaar in het patiëntendossier bij meer dan 90% van alle medisch specialisten. Daarentegen is de diagnose nieraandoeningen - indien gesteld - bij twee derde van de medisch specialisten goed zichtbaar. Risicofactoren als rookstatus, cholesterol, familiehistorie en bloeddruk zijn bij een grote meerderheid (> 80%) van de medisch specialisten goed zichtbaar. Ook in de meting onder huisartsen zagen we dat een grote meerderheid de diagnoses op een goed zichtbare plaats in het patiëntendossier hebben staan. Voor cholesterol en bloeddruk lag dit wat lager bij huisartsen dan bij medische specialisten: ongeveer 70% bij de huisartsen gaf aan deze gegevens goed zichtbaar in het dossier te hebben staan. Het grootste verschil was te zien bij de rookstatus. Waar 91% van de medisch specialisten dit duidelijk zichtbaar in het dossier heeft staan, geldt dit voor slechts 45% van de huisartsen.

4.1.3 Implementatie

De zorgstandaard is in 2009 uitgebracht. Inmiddels kunnen er al activiteiten zijn ontplooid om de zorgstandaard te implementeren. Een derde van de medisch specialisten geeft aan dat dit in hun ziekenhuis het geval is geweest. Het betreft dan bijvoorbeeld het samenstellen van lokale/regionale werkgroepen en onderwijs. Als belangrijkste belemmering voor de implementatie van de zorgstandaard in de praktijk zien de medisch specialisten de tijd die het kost om zaken af te stemmen met andere zorgverleners; de helft van de specialisten noemt dit. Dit hangt samen met een andere belemmering die een derde van de medisch specialisten noemt: dat niet alle zorgverleners dezelfde ideeën over de zorg hebben. Gevraagd naar bevorderende factoren noemt 40% van medisch specialisten dat er samenwerkingsafspraken zouden moeten komen tussen ziekenhuizen en de eerste lijn. Goede ICT-voorzieningen kunnen een belangrijke ondersteunende rol spelen bij de implementatie. Financiering wordt niet genoemd door de medisch specialisten, noch als belemmerende noch als bevorderende factor.

4.1.4 Organisatie van het vasculair risicomanagement in de tweede lijn

In bijna twee derde van de ziekenhuizen is een aparte poli of spreekuur voor vasculair risicomanagement. In een aantal andere ziekenhuizen (n=24) zijn er plannen om dit op te zetten. Medisch specialisten geven aan vooral patiënten met cerebrovasculair lijden en patiënten met perifere arterieel lijden naar deze poli's of spreekuren door te verwijzen; veel minder vaak verwijzen zij patiënten met diabetes of nierfalen door. Binnen de poli's/spreekuren wordt door verschillende disciplines samengewerkt. Internisten zijn het vaakst betrokken in deze samenwerking, maar bij ten minste drie kwart van de poli's doen ook verpleegkundigen, cardiologen, neurologen en vaatchirurgen mee. Vrijwel alle poli's besteden aandacht aan de bekende risicofactoren zoals roken, bewegen en overgewicht. Veel minder vaak is er aandacht voor psychische problematiek. In vergelijking met 2004 is het aantal spreekuren/poli's toegenomen. De doelgroepen waarop deze spreekuren zich in 2011 richten zijn vergelijkbaar met 2004, hetzelfde geldt voor de risicofactoren die ter sprake komen. In vergelijking met 2011 is er een toename in het aantal samenwerkende disciplines. Zo is de huisarts in 2011 vaker betrokken bij dergelijke spreekuren/poli's.

4.2 Beperkingen van het onderzoek

De schriftelijke enquête is afgenomen bij een steekproef van 372 medische specialisten. De respons was 43%, wat hoger is dan in de vergelijkbare meting onder de huisartsen (34%). Desalniettemin kan ook in dit onderzoek de respons selectief zijn en kan er bias naar het onderwerp zijn. Zo kan het zijn dat medisch specialisten die mee hebben gedaan positiever staan ten opzichte van de zorgstandaard en al meer volgens deze standaard werken. Daarnaast is de vragenlijst verstuurd aan de maatschappen en niet op naam naar een specialist. Dit omdat dit eenvoudiger te realiseren was. In de begeleidende brief is gevraagd of de medische specialist die zich binnen de maatschap het meest met het vasculair risicomanagement bezighoudt, de vragenlijst in wilde vullen. Dit omdat verwacht werd dat deze specialist het best op de hoogte zou zijn van het beleid in de maatschap en in de ziekenhuizen. Nadeel is echter dat deze specialisten wellicht zelf alerter zijn op bijvoorbeeld het registreren van risicofactoren e.d. Bij de vragen die op de handelwijze van de individuele medisch specialist ingingen, kan dit invloed hebben gehad. Het kan ook zijn dat medisch specialisten die deelnamen aan het onderzoek sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven of dat zij overschatten hoe veel en hoe vaak zij bijvoorbeeld bepaalde zaken vastleggen. Dit laatste lijkt bevestigd te worden door een meting onder gehouden onder 600 patiënten met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten, die in 2010 is gehouden (Van Boheemen et al 2010). Vergeleken met patiënten geven medisch specialisten vaker aan een individueel zorgplan op te stellen. 35% van de specialisten zegt voor ten minste een deel van hun patiënten zorgplan op te stellen. Slechts 6 % van alle patiënten zegt desgevraagd zo'n plan te hebben, ook van de patiënten die in de tweede lijn behandeld worden/zijn. Gelet op bovenstaande is het waarschijnlijk dat de resultaten die we gevonden hebben de situatie te positief beschrijven.

4.3 Discussie

Het gebruik van de CBO-richtlijn/NHG-Standaard CVRM is onder medisch specialisten duidelijk groter dan het gebruik van de zorgstandaard VRM. Dit is niet vreemd: inhoudelijke richtlijnen zijn er al sinds eind jaren 80 van de vorige eeuw, terwijl zorgstandaarden als concept pas recentelijk zijn geïntroduceerd. De eerste stap om de zorgstandaard verder te implementeren, is een betere verspreiding en vergroting van de *bekendheid* van de zorgstandaard. Medisch specialisten noemen zelf de onbekendheid van de zorgstandaard als een van de belangrijkste belemmerende factoren.

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. De zorgstandaard wordt in zijn volledige omvang nog weinig toegepast. Kijkend naar de organisatie van zorg in de praktijk en hoe deze zich verhoudt tot de aanbevelingen in de zorgstandaard, dan valt op een aantal punten nog verbetering te behalen. Ook valt nog winst te behalen als het gaat om het patiëntgericht werken om zelfmanagement te bevorderen. Hieronder lichten we een aantal centrale punten uit de zorgstandaard uit waarop in de tweede lijn acties ondernomen kunnen worden.

4.3.1 *Het individueel zorgplan en bevorderen van zelfmanagement*

Zelfmanagement is een belangrijk aspect van de zorgstandaard. Wat zorgverleners ook doen: het is uiteindelijk de patiënt zelf die medicijnen moet innemen en moet werken aan een gezondere leefstijl. Het is belangrijk dat patiënten zich realiseren dat zij verantwoordelijk zijn en dat zij ondersteund worden in het oppakken van die verantwoordelijkheid (zelfmanagement). De zorgstandaard biedt met het individueel zorgplan een instrument om meer gestructureerde en patiëntgerichte zorg in de praktijk te brengen. Op basis van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat een uitgebreid individueel zorgplan zoals aanbevolen in de zorgstandaard tot op heden niet gangbaar is. Medisch specialisten geven wel vaker aan een individueel zorgplan op te stellen, maar bij patiënten lijkt dat niet altijd over te komen. Immers, slechts 6% van de patiënten geeft desgevraagd aan zo'n behandelplan te hebben (Van Boheemen 2010). Bij het opstellen van het individueel zorgplan is schriftelijke of digitale vastlegging een belangrijke voorwaarde in de zorgstandaard VRM. Een aantal medisch specialisten geeft echter aan dat deze vastlegging niet gebeurt maar stellen wel dat een zorgplan wordt opgesteld. Het individueel zorgplan is voor en door de patiënt. Echter, het kan ook zorgverleners helpen bij het aanbieden van de juiste informatie op het juiste moment. In het individueel zorgplan kan worden aangegeven aan welke elementen als eerste aandacht besteed gaat worden en wat een volgende keer aan bod kan komen. Ook kan in het zorgplan komen te staan welke informatie de patiënt van andere zorgverleners heeft gekregen. Op deze manier kunnen zorgverleners dit plan duidelijker bespreken met hun patiënten.

4.3.2 *De centrale zorgverlener*

De zorgstandaard benadrukt het belang van een centrale zorgverlener. Uit alle drie de metingen die rondom de implementatie van de zorgstandaard VRM zijn gehouden (huisartsen, patiënten, medisch specialisten) blijkt dat het concept 'centrale zorgverlener' in de praktijk nauwelijks wordt toegepast. Dit terwijl de centrale zorgverlener volgens de zorgstandaard een essentiële rol kan spelen in taken als de coördinatie van zorg, het benutten van de specifieke deskundigheden van zorgverleners (consulteren en verwijzen) en ondersteuning van zelfmanagement. Het is belangrijk dat het concept 'de centrale zorgverlener' meer bekendheid krijgt. Wat daarbij nodig is, is dat deze rol preciezer wordt uitgewerkt. Bij verdere invoering van de zorgstandaard kan aandacht besteed worden aan taakoverdracht aan bijvoorbeeld gespecialiseerde verpleegkundigen. Zij kunnen meer taken overnemen van de huisarts en de specialist. Dit idee wordt ondersteund doordat, wanneer gekeken wordt naar tevredenheid van de patiënt, praktijkverpleegkundigen vergelijkbare of zelfs betere resultaten behalen bij cardiovasculair risicomangement dan huisartsen (Voogdt 2010) en patiënten meer aanzetten tot zelfmanagement (Van Boheemen 2010).

4.3.3 *Samenwerking met andere zorgverleners*

De patiënt staat centraal in de zorgstandaard. De zorg wordt georganiseerd rondom de patiënt. Om de patiënt goed door de zorg te leiden, is het van belang dat zorgverleners goed samenwerken en afspraken maken. Hier valt nog wel verbetering te behalen. Er is nog een aanzienlijk aandeel medisch specialisten die geen samenwerkingsafspraken hebben met zorgverleners in de eerste lijn en een klein deel van de medische specialisten heeft ook geen samenwerkingsafspraken met andere specialismen in de tweede lijn.

Medisch specialisten zien echter de tijd die het maken van dergelijke afspraken kost als een belemmering voor het implementeren van de zorgstandaard. Ook het feit dat niet iedereen dezelfde ideeën heeft over de zorg zien de medisch specialisten als een mogelijke belemmering. Het verdient aanbeveling het maken van samenwerkingsafspraken te faciliteren (vraag: voor wie is deze rol vastgelegd). Een ander aandachtspunt vormt de verdere implementatie van protocollen voor vasculair risicomanagement voor verpleegkundigen.

4.4 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 zoals voor de samenwerking met andere zorgverleners en het stimuleren van zelfmanagement van patiënten (zie ook Vervloet 2010, Van Boheemen 2010). Het opstellen van een individueel zorgplan waarin juist deze elementen samenkomen moet vrijwel nog geheel van de grond komen. Ook het aanwijzen van een centrale zorgverlener gebeurt nog maar zelden. 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.
- Bont YCM de, Oosterhout MJW van, Strijbis AM. Rapportage inventarisatie vasculair risicomanagement Ronde 1. Nederlandse Hartstichting, dec. 2004.
- Bont YCM de, Oosterhout MJW van, Strijbis AM. Rapportage inventarisatie vasculair risicomanagement Ronde 2. Nederlandse Hartstichting, 2005.
- Coördinatieplatform Zorgstandaarden. ZonMw programma diseasemanagement chronische ziekten: Zorgstandaarden in model_Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten, februari 2010.
- Deuning CM (RIVM). Geregistreerde artsen 6 september 2006. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Mac Gillavry E, Zwakhals SLN. Locaties algemene en academische ziekenhuizen 2005. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Nationaal kompas geraadpleegd op 26 mei 2010 www.nationaalkompas.nl
- Platform Vitale Vaten. zorgstandaard Vasculair Risicomanagement. Den Haag, Platform Vitale Vaten, 2009.
- Rijksoverheid zorgstandaarden geraadpleegd 23 juni 2011.
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/chronische-ziekten/zorgstandaarden>
- 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, Davids R, Van den Dijk CE, Abrahamse 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.

Bijlage 1: Leden van het Platform Vitale Vaten

Het Platform Vitale Vaten is opgericht op 19 oktober 2006.

Patiëntenorganisaties waaronder De Hart&Vaatgroep, De Nederlandse CVA-vereniging 'Samen Verder' en Diabetesvereniging Nederland namen het initiatief tot de oprichting. Het Platform wordt mede mogelijk gemaakt dankzij financiële steun van de Hartstichting.

(Adviserende) leden van het Platform Vitale Vaten

Patiëntenorganisaties:

- De Hart&Vaatgroep
- De Nederlandse CVA-vereniging 'Samen Verder'
- Diabetesvereniging Nederland

Beroepsverenigingen van professionals:

- Nederlands Huisartsen Genootschap/HartVaatHAG
- Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde/Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie
- Nederlandse Internisten Vereniging/Internistisch Vasculair Genootschap
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
- Nederlandse vereniging voor Hart en Vaat Verpleegkundigen
- V&VN Praktijkverpleegkundigen & Praktijkondersteuners
- Nederlandse Vereniging van praktijkondersteuners
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie/Vereniging Hart-, Vaat- en Longfysiotherapie
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten
- Nederlands Instituut van Psychologen

Adviserende leden

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

Bijlage 2: Voorbeeld van begeleidende brief vragenlijst



Naam Ziekenhuis
Maatschap Cardiologie /
Maatschap Interne Geneeskunde (vasculaire problematiek) /
Maatschap Neurologie (neurovasculair) /
Maatschap Vaatchirurgie
Adres/Postbus
Postcode Plaats

| | | |
|----------------|----------------|----------|
| kenmerk | doorkiesnummer | datum |
| FAR030/SSn/MbR | 030 2 729 629 | mei 2011 |

Geachte heer mevrouw,

Vasculair risicomangement heeft de afgelopen jaren veel aandacht gekregen. In 2006 is de multidisciplinaire CBO-richtlijn Cardiovasculair risicomangement gepubliceerd, waarvan de herziening in juni van dit jaar wordt verwacht. Daarnaast heeft het Platform Vitale Vaten de Zorgstandaard vasculair risicomangement in 2009 uitgebracht. Met een zorgstandaard wordt een vertaalslag gemaakt van de richtlijn naar de praktijk. Dit wordt vooral gedaan vanuit het patiëntenperspectief. De beroepsverenigingen van medisch specialisten (NVVC, NIV/IVG, NVN, NVvH/NVvV) zijn ook aangesloten bij het Platform Vitale Vaten.

Om meer inzicht te krijgen in de mate waarin de aanwijzingen in de zorgstandaard vasculair risicomangement in praktijk worden gebracht, heeft het NIVEL bijgaande vragenlijst opgesteld. Daarnaast wordt ook een aantal vragen gesteld over de organisatie van zorg rondom vasculair risicomangement in uw ziekenhuis en maatschap. Het onderzoek wordt gefinancierd door de Nederlandse Hartstichting. Met uw antwoorden kunnen de Nederlandse Hartstichting, het Platform Vitale Vaten en de verschillende beroepsverenigingen verder vorm geven aan implementatieactiviteiten rondom de zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten. Zij hechten daarom veel belang aan de resultaten van het onderzoek en bevelen u graag bijgaande vragenlijst aan. U kunt de vragenlijst op papier invullen en deze in de bijgesloten antwoordenvolp retourneren (postzegel niet nodig). Het invullen zal 15 minuten in beslag nemen. Wij hopen van harte dat u de moeite wilt nemen om dat te doen. De gegevens worden door onderzoekers van het NIVEL verwerkt. Zij zullen uw gegevens vertrouwelijk behandelen. Wij vragen u de vragenlijst binnen twee weken in te vullen. Graag hebben wij de vragenlijst terug vóór **10 mei 2011**.

Bij vragen kunt u contact opnemen met één van de onderzoekers, Sanne Snoeijs MSc (telefoon: 030-2729629; s.snoeijs@nivel.nl; aanwezig maandag-donderdag).

Met vriendelijke groet,

prof. dr. Cor Spreeuwenberg
voorzitter Platform Vitale Vaten

Het NIVEL is het nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.
Het NIVEL is ISO 9001 gecertificeerd.

Het NIVEL maakt deel uit van de door de KNAW erkende onderzoeksscholen CaRe en P&H.

postadres
postbus 1568
3500 bn utrecht
bezoekadres
otterstraat 118-124
utrecht

telefoon
030 2 729 700
fax
030 2 729 729
e-mail
nivel@nivel.nl

internet
www.nivel.nl
ing bank
66 05 88 986
IBAN
NL 78 ING B 0660 588986
BIC
INGBNL2A

Bijlage 3: Vragenlijst Zorgstandaard VRM (medisch specialisten)



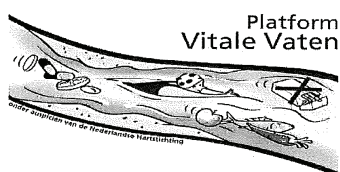
Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Otterstraat 118-124
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 2 729 700
FAR030/SSn

Vragenlijst

Vasculair risicomanagement in de tweede lijn:
volgens de zorgstandaard
Meting tweede lijn

Een enquête met subsidie van de Hartstichting



Toelichting bij de vragenlijst

Deze vragenlijst is onderdeel van een onderzoek dat wordt uitgevoerd bij zowel zorgverleners als patiënten na de introductie van de Zorgstandaard vasculair risicomanagement. Met deze vragenlijst willen we in kaart brengen in hoeverre de organisatie van zorg voor vasculair risicomanagement in ziekenhuizen overeenkomt met de aanwijzingen van de Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement van het Platform Vitale Vaten. Het onderzoek wordt uitgevoerd met subsidie van de Hartstichting.

Anonimiteit

De meeste vragen kunt u beantwoorden door het hokje aan te kruisen bij het antwoord van uw keuze. Bij enkele vragen wordt u gevraagd zelf uw antwoord te formuleren, of uw antwoord toe te lichten. Uw gegevens worden vanzelfsprekend zorgvuldig en vertrouwelijk verwerkt.

Retourneren

U kunt deze vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvolp (postzegel niet nodig).

Wilt u de vragenlijst retourneren **binnen 14 dagen**?

Nog vragen?

Heeft u nog vragen, dan kunt u contact opnemen met de onderzoeker op dit project, Sanne Snoeijs, Msc (tel: 030 27 29 629 e-mail: s.snoeijs@nivel.nl, van ma-do).

Instructies voor het invullen van de vragenlijst

- Beantwoord **alle** vragen door een kruisje te zetten **in het vakje** dat links van uw antwoord staat. Uw antwoorden worden met behulp van een computer geregistreerd. Kruisjes die buiten de vakjes staan worden door deze computer niet gezien.
- Gebruik voor het invullen een blauwe of zwarte **balpen**.
- Soms wordt u gevraagd om enkele vragen in deze vragenlijst over te slaan. In dat geval ziet u een pijltje met een opmerking die u vertelt welke vraag u daarna moet beantwoorden, op de volgende manier:
 - nee → *ga door naar vraag 3*
 - ja
- Heeft u een antwoord ingevuld, maar wilt u dat nog veranderen? Zet het ingevulde hokje dan tussen haakjes en kruis een ander antwoord aan, op de volgende manier:
 - nee
 - () ja

Algemene vragen

Als eerste willen wij een aantal algemene vragen stellen

1. Wat is uw geslacht?

- Man
 Vrouw

2. Wat is uw leeftijd?

jaar

3. Wat is uw specialisme?

- Cardiologie
 Interne geneeskunde

Heeft u tijdens uw dagelijkse werkzaamheden te maken met vasculaire problematiek

- ja
 nee → einde vragenlijst; deze vragenlijst is niet voor u van toepassing

- Vaatchirurgie
 Neurologie

Behoort de vasculaire neurologie tot uw vakgebied

- ja
 nee → einde vragenlijst; deze vragenlijst is niet voor u van toepassing

Anders, namelijk:

4. Vanaf welk jaar bent u werkzaam in dit ziekenhuis?

jaar

5. In welke type ziekenhuis bent u werkzaam?

- Academisch centrum
 Categorieel ziekenhuis
 Perifeer ziekenhuis
 Zelfstandig behandelcentrum
 Anders, namelijk:

Kennis en gebruik richtlijnen en zorgstandaard

De multidisciplinaire CBO-richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement 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).

6. Is de multidisciplinaire CBO-richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement op uw afdeling / in uw ziekenhuis aanwezig?

- Ja, op papier
 Ja, digitaal
 Ja, op papier en digitaal
 Nee → ga naar vraag 9
 Weet niet → ga naar vraag 9

7. Gebruikt u zelf de multidisciplinaire CBO-richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement tijdens het consult?

- Ja, tijdens het eerste consult met een patiënt met (een verhoogd risico op) HVZ
 Ja, geregeld tijdens consulten 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 9

8. Welke onderdelen van de multidisciplinaire CBO-richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement gebruikt 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. Zijn er andere richtlijnen die u in uw maatschap gebruikt voor cardiovasculair risicomanagement?

- Ja, namelijk:

- Nee

Nu volgt een aantal vragen rondom de Zorgstandaard vasculair risicomanagement, die februari 2009 door Platform Vitale Vaten is uitgebracht. De Zorgstandaard vasculair risicomanagement is een aanvulling op de multidisciplinaire CBO-richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement. In de Zorgstandaard worden zorginhoud (de richtlijn) en organisatie van zorg aan elkaar gekoppeld, waarbij het patiëntenperspectief leidend is. Het bestaat uit vier delen: deel I voor zorgverleners, deel II voor patiënten, deel III bevat indicatoren, deel IV is de multidisciplinaire CBO-richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement.

10. Bent u op de hoogte van het bestaan van de Zorgstandaard vasculair risicomanagement?

- Ja
- Nee → ga naar vraag 14
- Weet ik niet → ga naar vraag 14

11. Heeft u de Zorgstandaard vasculair risicomanagement ontvangen?

- Ja
- Nee → ga naar vraag 14
- Weet ik niet → ga naar vraag 14

12. Heeft u (delen van) de Zorgstandaard vasculair risicomanagement al doorgenomen?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- Ja, deel I voor zorgverleners
- Ja, deel II voor patiënten
- Ja, deel III met indicatoren
- Ja, deel IV multidisciplinaire CBO-richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement 2006
- Nee

13. Zijn er op basis van de Zorgstandaard protocollen geformuleerd op uw afdeling / in uw ziekenhuis?

- Ja, reeds uitontwikkeld
- Ja, in ontwikkeling
- Nee, maar er zijn wel plannen om deze te ontwikkelen
- Nee, en er zijn ook geen plannen om deze te ontwikkelen

14. Onderdelen van vasculair risicomanagement die protocollair uitgevoerd kunnen worden, kunt u delegeren. Is er op uw afdeling / in uw ziekenhuis een protocol voor (cardio)vasculair risicomanagement beschikbaar voor verpleegkundig specialisten?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

15. 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
- Familiehistorie
- Diagnose hypertensie indien gesteld
- Diagnose diabetes mellitus type 2 indien gesteld
- Diagnose hart- en vaatziekten indien gesteld
- Diagnose CVA/TIA indien gesteld
- Percentage sterfterisico door HVZ (volgens SCORE)
- Diagnose nieraandoeningen indien gesteld

16. Een van de aanwijzingen uit de Zorgstandaard vasculair risicomanagement 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 doelen en afspraken die zorgverlener en patiënt samen maken. Wordt voor desbetreffende patiënten op uw afdeling / in uw ziekenhuis 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 19

17. Is dit individueel zorgplan schriftelijk (digitaal of op papier) vastgelegd?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

18. Welke van volgende elementen zijn aanwezig in het individueel 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
- Vaststelling centrale zorgverlener
- Anders, namelijk:

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

- 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

20. Beschikken uw patiënten zelf over dit actuele overzicht van de medicatie?

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

21. Geeft u, of verpleegkundigen en / of assistenten, leefstijladviezen, bijv. over roken, voeding, alcoholgebruik en lichamelijk activiteit, aan patiënten met (een verhoogd risico op) HVZ?

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

22. Geeft u, of verpleegkundigen en / of assistenten, onderstaande voorlichtingsmaterialen mee aan patiënten bij wie (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten is vastgesteld?

| Brochures: | Ja, aan alle patiënten | Ja, aan meerderheid patiënten | Ja, aan helft van patiënten | Ja, aan minderheid patiënten | Nee, nooit | Materiaal is mij onbekend |
|---|--------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| a. IVM-Patiëntenfolder 'Cholesterolverlagers, vragen en antwoorden' | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 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"/> |
| c. 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"/> |
| d. Relevante delen uit de patiëntenversie van de Zorgstandaard Vasculair | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Anders, namelijk: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | |

23. Gebruikt u de risicotabel om het individuele risico op hart- en vaatziekten te schatten voor patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten?

- Ja, voor alle patiënten
- Ja, voor een meerderheid van de patiënten
- Ja, voor ongeveer de helft van de patiënten
- Nee, maar het lijkt mij een goede toevoeging
- Nee, en het lijkt mij niet van toegevoegde waarde

24. Biedt uw ziekenhuis hartrevalidatie aan voor hartpatiënten?

- Ja
- Nee, maar verwijst door naar ander ziekenhuis of revalidatiecentrum
- Nee, en verwijst niet door naar ander ziekenhuis of revalidatiecentrum → ga naar vraag 26
- Weet niet → ga naar vraag 26

25. Welke mogelijke trajecten worden in het geval van hartrevalidatie vanuit uw ziekenhuis aangeboden of naar doorverwezen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- Ontslag naar huis met vervolgspraak bij de cardioloog
- Ontslag naar huis met loop / wandel advies
- Ontslag naar huis met poliklinische hartrevalidatie in het ziekenhuis of revalidatiecentrum
- Ontslag naar huis met deelname aan preventie programma in ziekenhuis of revalidatiecentrum
- Anders, namelijk:

26. Welke mogelijke trajecten worden bij perifeer arterieel vaatlijden vanuit uw ziekenhuis aangeboden of naar doorverwezen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- Ontslag naar huis met loop / wandel advies
- Ontslag naar huis met afspraak fysiotherapeut
- Ontslag naar huis met niet-klinische revalidatie behandeling in ziekenhuis of revalidatiecentrum
- Anders, namelijk:

Weet niet

27. Biedt uw ziekenhuis revalidatie aan voor patiënten na een CVA/TIA?

- Ja
- Nee, maar verwijst door naar ander ziekenhuis of revalidatiecentrum
- Nee, en verwijst niet door naar ander ziekenhuis of revalidatiecentrum → ga naar vraag 29
- Weet niet → ga naar vraag 29

28. Welke mogelijke trajecten worden bij CVA/TIA revalidatie vanuit uw ziekenhuis aangeboden of naar doorverwezen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- Kortdurende vervolgbehandeling in het ziekenhuis en vervolgens verdere behandeling thuis
- Klinische revalidatie in revalidatiecentrum
- Ontslag naar huis met niet-klinische revalidatie behandeling in ziekenhuis of revalidatiecentrum
- Revalidatie in verpleeghuis
- Ontslag naar huis met dagbehandeling in verpleeghuis
- Blijvende opname in verpleeghuis
- Anders, namelijk:

29. Biedt uw ziekenhuis revalidatie aan voor patiënten met hartfalen?

- Ja
- Nee, maar verwijst door naar ander ziekenhuis of revalidatiecentrum
- Nee, en verwijst niet door naar ander ziekenhuis of revalidatiecentrum → ga naar vraag 31
- Weet niet → ga naar vraag 31

30. Welke mogelijke trajecten worden bij hartfalen vanuit uw ziekenhuis aangeboden of naar doorverwezen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- Ontslag naar huis met telefonische afspraak cardioloog/verpleegkundige
- Ontslag naar huis met leefstijladvies
- Ontslag naar huis met afspraak diëtist
- Ontslag naar huis met poliklinische behandeling in ziekenhuis of revalidatiecentrum
- Anders, namelijk

Samenwerking

Vasculair risicomanagement kan door verschillende partijen worden uitgevoerd. Met de volgende vragen willen wij in kaart brengen of u met andere partijen samenwerkt en als u dat doet, wat voor een samenwerkingsafspraken u heeft.

31. Heeft u, of uw afdeling, structurele samenwerkingsafspraken over de zorg rond cardiovasculair risicomanagement met andere zorgverleners in het ziekenhuis gemaakt? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- Ja, met cardiolo(o)g(en)
- Ja, met internist(en)
- Ja, met vaatchirurg(en)
- Ja met neurolo(o)g(en)
- Ja, met ziekenhuis / poliklinische apotheker(s)
- Ja, met diëtiste(n)
- Ja, met fysiotherapeut(en)
- Ja, met diabetesverpleegkundige(n)
- Ja, met psycholo(o)g(en)
- Ja, met andere zorgverleners in het ziekenhuis, namelijk

- Nee → ga naar vraag 33

32. Over welke onderwerpen heeft u, of uw afdeling structurele samenwerkingsafspraken gemaakt met andere zorgverleners in het ziekenhuis? 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Afspraken over de wijze van verwijzen en terugverwijzen (naar andere disciplines of andere ziekenhuizen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 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"/> |
| | | | |

33. Heeft u, of uw afdeling, structurele samenwerkingsafspraken over de zorg rond cardiovasculair risicomanagement met andere zorgverleners in de eerste lijn gemaakt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ja, met huisarts(en)
 Ja, met diëtiste(n)
 Ja, met fysiotherapeut(en)
 Ja, met diabetesverpleegkundige(n)
 Ja, met psycholo(o)g(en)
 Ja, met openbare apotheker(s)
 Ja, met andere zorgverleners uit de eerste lijn, namelijk

- Nee → ga naar vraag 35

34. Over welke onderwerpen heeft u, of uw afdeling structurele samenwerkingsafspraken gemaakt met de eerste lijn? 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Afspraken over de wijze van verwijzen en terugverwijzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 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"/> |
| | | | |

Spreekuur en/of poli cardiovasculair risicomanagement

De onderstaande vragen gaan over de organisatie en financiering van het vasculair risicomanagement in uw afdeling / uw ziekenhuis.

35. Hoe is het vasculair risicomanagement binnen uw afdeling / ziekenhuis georganiseerd?

- In een apart spreekuur of speciale poli
- Binnen het reguliere spreekuur → ga naar vraag 37
- Anders, namelijk:

36. Wat is de naam van dit apart spreekuur / deze speciale poli en sinds wanneer bestaat dit/deze?

37. Zijn er binnen uw afdeling / ziekenhuis plannen om een apart spreekuur of een speciale poli op te zetten voor vasculair risicomanagement?

- N.v.t. we hebben al een spreekuur / speciale poli
- Ja, we zijn vergesorderd en hebben een startdatum vastgesteld
- Ja, we zijn begonnen met de voorbereidingen
- Ja, maar we moeten nog beginnen met de voorbereidingen
- Nee, we hebben geen plannen → ga naar vraag 40

38. Welke groep(en) patiënten worden of zullen worden doorverwezen naar het spreekuur / de poli? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Patiënten met coronair lijden
- Patiënten met cerebrovasculair lijden
- Patiënten met perifere arterieel vaatlijden
- Personen met één of meerdere risicofactoren voor hart- en vaatziekten
- Patiënten met diabetes
- Patiënten met nierziekten
- Op basis van een leeftijds criterium, namelijk onder de leeftijd van

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 jaar
- Anders, namelijk:

- Ik verwijs niet door en behandel het vervolgtraject van patiënten in mijn eigen

39. Welke disciplines werken samen t.b.v. het spreekuur / de poli, of zullen gaan samenwerken? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Cardioloog
- Internist
- Vaatchirurg
- Neuroloog
- Psycholoog
- Verpleegkundige
- Diëtist
- Fysiotherapeut
- Huisarts
- Anders, namelijk:

40. Aan welke risicofactoren word in het vasculair risicomangement binnen uw afdeling / ziekenhuis aandacht besteed, of zal aandacht besteed gaan worden? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Roken
- Ongezonde voeding
- Lichamelijke inactiviteit
- Overgewicht
- Hoge bloeddruk
- Hoog cholesterolgehalte/dislipidemie
- Diabetes
- Psychische problematiek
- Anders, namelijk:

41. Hoe is het spreekuurvoor cardiovasculair risicomangement gefinancierd? Kunt u dit aangeven voor het benodigde startkapitaal (eerste kolom) en voor de structurele financiering (tweede kolom)? (meerdere antwoorden mogelijk)

Startkapitaal

- Regulier budget
- Budget Raad van Bestuur
- Derde geldstroom
- Vierde geldstroom
- Zorgverzekeraar
- Farmaceutische industrie
- Sponsors
- Anders, namelijk:

Structureel

- Regulier budget
- Budget Raad van Bestuur
- Derde geldstroom
- Vierde geldstroom
- Zorgverzekeraar
- Farmaceutische industrie
- Sponsors
- Anders, namelijk:

42. Denkt u dat uw spreekuur op termijn binnen de reguliere zorg gefinancierd kan worden?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

43. Waar is een dergelijke financiering van afhankelijk?

44. Wat is hiervoor nodig?

Implementatie

De multidisciplinaire CBO-Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement verscheen in 2006, de Zorgstandaard vasculair risicomanagement in 2009. Met de onderstaande vragen willen we in kaart brengen of er activiteiten in uw ziekenhuis zijn ontplooid om de richtlijn en zorgstandaard te implementeren.

45. Zijn er in uw ziekenhuis activiteiten opgestart om de implementatie van de multidisciplinaire CBO-richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement 2006 in de praktijk te bevorderen?

- Ja
- Nee → ga naar vraag 49
- Weet ik niet → ga naar vraag 49

46. Kunt u deze activiteiten kort omschrijven?

47. Zijn er in uw ziekenhuis activiteiten opgestart om de implementatie van de Zorgstandaard vasculair risicomanagement in de praktijk te bevorderen?

- Ja
- Nee → ga naar vraag 49
- Weet ik niet → ga naar vraag 49

48. Kunt u deze activiteiten kort omschrijven?

49. Hoe zou de implementatie van de Zorgstandaard op uw afdeling / in uw ziekenhuis / transmuraal bevorderd kunnen worden? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- Niet van toepassing; implementatie van de van de zorgstandaard lijkt mij niet nodig
- Meer informatie verstrekken over wat werken volgens de zorgstandaard inhoud (in bijeenkomst(en) / cursus
- Beschikbaarheid van een handleiding voor het gaan werken volgens de zorgstandaard
- Beschikbaarhepraktische uitwerking van de zorgstandaard specifiek voor ons ziekenhuis
- Samenwerkingsafspraken maken binnen ziekenhuizen
- Samenwerkingsafspraken maken tussen ziekenhuizen en de eerste lijn
- Implementatie van ICT voorzieningen die de samenwerking tussen zorgverleners uit eerste en tweede lijn ondersteunt
- Het vergroten van de kennis en vaardigheid van zorgverleners mbt zelfmanagement
- Het vergroten van de kennis en vaardigheid van patiënten mbt zelfmanagement
- Implementatie van ICT-hulpmiddelen om patiënten te ondersteunen in zelfmanagement
- Anders, namelijk:

50. Wat zijn volgens u belemmerende factoren voor de implementatie van de Zorgstandaard? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- Niet van toepassing; implementatie van de van de zorgstandaard lijkt mij niet nodig
- Ontoereikende bekendheid met de zorgstandaard
- Zorgverleners zijn er nog niet aan toe
- Het feit dat niet alle zorgverleners dezelfde ideeën over de zorg hebben
- De tijd / moeite die het kost om alles met andere zorgverleners af te stemmen
- Anders, namelijk: