Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Zorginstituut Nederland
Zorg
Medisch-specialistische Zorg

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon
mw. A.M. van Diepen
T +31630482536

2023035952

Datum 29 augustus 2023
Betreft Signalement Passende zorg voor mensen met hart- en vaatziekten

Onze referentie
2023035952

Geachte heer Kuipers,

Hierbij bied ik u het *Signalement Passende zorg voor mensen met hart- en vaatziekten* aan. Dit signalement benoemt knelpunten in de zorg voor mensen met hart- en vaatziekten of een verhoogde kans daarop, agendeert oplossingsrichtingen om de zorg voor mensen passender te krijgen en bevat een maatschappelijke agenda waarmee iedereen kan werken om de hart- en vaatzorg toekomstbestendig te maken. Passende zorg is mensgericht, houdbaar en duurzaam. De transitie naar passende zorg is nodig om ook in de toekomst goede, toegankelijke en betaalbare zorg in Nederland te kunnen bieden.

Aanleiding van dit signalement
Klimaatverandering, personeelstekorten en de vergrijzing van de bevolking zijn omstandigheden die er toe dwingen dat we anders leren omgaan met de beschikbare bronnen. Het Kader Passende zorg schetst wat daarvoor nú nodig is en vraagt om een breder perspectief op gezondheidszorg en welzijn. Om meer inzicht te krijgen hoe ieder kan bijdragen aan de toekomst van ons zorgstelsel brengt het Zorginstituut daarom signalementen uit met oplossingsrichtingen om de zorg mensgerichter, houdbaar en duurzaam te maken. Hart- en vaatziekten vormen als groep een van de grote onderwerpen in de gezondheidszorg.

Naar een maatschappelijke agenda voor passende hart- en vaatzorg
In dit signalement benoemt het Zorginstituut knelpunten in de hart- en vaatzorg en agendeert het hoe die zorg passender kan. We haken aan bij oplossings-richtingen die al een plek hebben in het veld. Sommige initiatieven bevinden zich in een pril stadium, anderen zijn gedetailleerd uitgewerkt of worden al in praktijk gebracht.

Focus op gezondheid en welzijn
De basis van dit signalement is het besef dat de grootste individuele en maatschappelijke gezondheidswinst bij hart- en vaatziekten ligt in het vroegtijdig voorkomen van hart- en vaatziekten. Passender zorg voor hart- en vaatziekten richt de focus daarom op gezondheid en welzijn en de voorwaarden om gezond te kunnen leven. Bij voorwaarden om gezond te kunnen leven, gaat het om het versterken van het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en

sociale uitdagingen in het leven om te gaan. En om een leefomgeving voor mensen te helpen creëren die ondersteunend is om gezond te kunnen leven. Het Zorginstituut neemt dit uitgangspunt vanuit de erkenning dat het voor passende, toekomstbestendige zorg nodig is om met elkaar samen te werken en af te stemmen over de grenzen van het eigen deelbelang heen.

Zorginstituut Nederland
Zorg
Medisch-specialistische Zorg

Datum
29 augustus 2023

Onze referentie
2023035952

Het momentum is nu
Samenwerking tussen het medische domein en het sociale domein voor passende zorg en ondersteuning voor mensen met een verhoogde kans op hart- en vaatziekten is lastig en complex. Ook zal er sprake zijn van lokaal en regionaal verschillende arrangementen. Het Gezond en Actief Leven Akkoord biedt hiervoor ondersteuning en speelt een belangrijke rol. Het Zorginstituut, als zelfstandig bestuursorgaan met een publieke taak, is bereid om te verkennen welke verdere mogelijkheden voor samenwerking tussen de domeinen er zijn. Het Zorginstituut heeft groot vertrouwen in de bereidheid en het urgentiebesef van alle betrokken partijen. Hoewel hart- en vaatziekten tot uiting zullen blijven komen door lichamelijke veroudering, kan passende zorg bijdragen aan een zo lang mogelijk uitstel van ziekte. Mensen kunnen daardoor beschikken over meer gezonde levensjaren. Dit draagt bij aan een grotere kwaliteit van leven.

Het Zorginstituut is graag bereid de inhoud van dit signalement nader toe te lichten. We zien uit naar uw reactie.

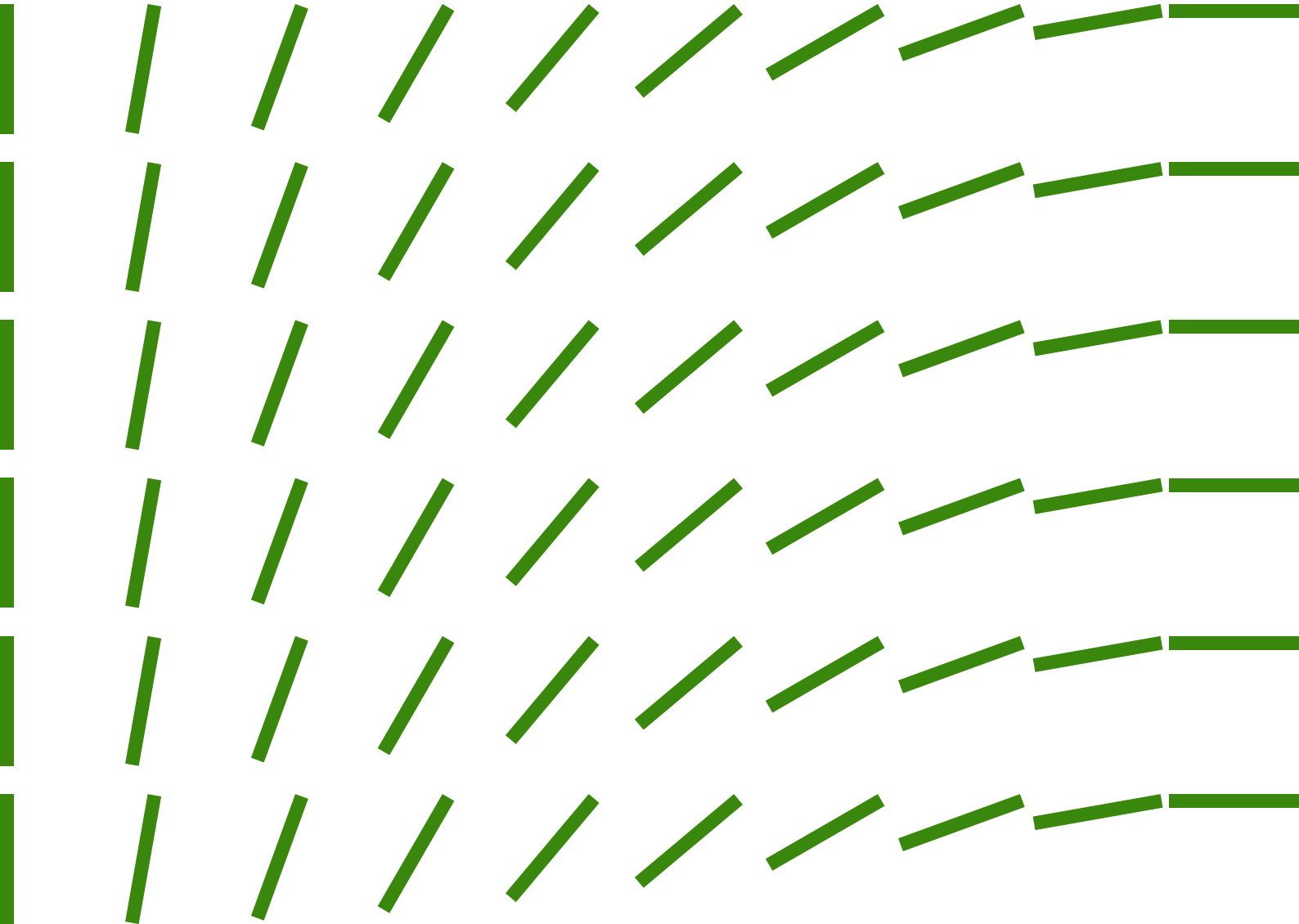
Hoogachtend,

Sjaak Wijma,
Voorzitter Raad van Bestuur

Zorginstituut Nederland

Hart voor Vaten

Signalement passende zorg voor mensen met hart- en vaatziekten



Voorwoord

Mensen moeten kunnen vertrouwen op goede, toegankelijke en betaalbare zorg in Nederland. Daaraan levert iedereen een bijdrage. Dat willen we graag zo houden. Klimaatverandering, personeelstekorten en de vergrijzing van de bevolking zijn omstandigheden die er echter toe dwingen dat we anders leren omgaan met de beschikbare bronnen. Dat vraagt dus om een breder perspectief op gezondheidszorg en welzijn. Het Zorginstituut is wel eens 'de Dijkgraaf van de Zorgpolder' genoemd.[1] Deze beeldspraak drukt uit dat we onze wettelijke taken en verantwoordelijkheden in het Nederlandse zorgstelsel steeds weer passend moeten inzetten op wat de veranderende omstandigheden en bestuurlijke inrichting vragen. Het *Kader Passende zorg* schetst wat daarvoor nú nodig is.[2] Om meer inzicht te krijgen hoe ieder kan bijdragen aan de toekomst van ons zorgstelsel brengt het Zorginstituut daarom signalementen uit met oplossingsrichtingen om de zorg mensgerichter, houdbaar en duurzaam te maken.

We zijn blij dat we nu dit signalement over passende zorg voor mensen met hart- en vaatziekten aan de samenleving kunnen aanbieden. Hart- en vaatziekten vormen als groep een van de grote onderwerpen in de gezondheidszorg.[3] Veel mensen in Nederland kampen met hart- en vaatziekten. Nu betreft dat ongeveer 1,7 miljoen mensen in Nederland. De verwachting is dat in 2040 hart– en vaatziekten, samen met kanker, de meeste ziektelast en sterfte zullen veroorzaken. Het doel van dit signalement is om een maatschappelijke agenda op te stellen waarmee iedereen aan de slag kan én moet om de hart- en vaatzorg toekomstbestendig te maken. Het benoemt de rollen en verantwoordelijkheden van de partijen en mensen die aan passende zorg voor hart- en vaatziekten moeten bijdragen.

Voor passende zorg bestaat geen blauwdruk. Dat maakt het niet minder dwingend of noodzakelijk. Vaak is passende zorg pionieren, omdat het ook 'anders denken, anders handelen, anders organiseren' vergt. We weten immers nog niet hoe mensgerichte, houdbare en duurzame zorg eruit zal gaan zien. De transitie daarnaartoe begint niet straks, of elders, of bij anderen. Die start met stappen die mensen in de praktijk nu zetten in de richting van mensgerichte, houdbare en duurzame zorg. Door die krachten te versterken en te verbinden met andere mensen en praktijken wordt de transitie in gang gezet. Nu de zorgpolder dreigt te overstromen, moeten we de bakens verzetten en zodanig richten dat iedereen de zorg kan krijgen die nodig is, ook in de toekomst.

Sjaak Wijma
Voorzitter Raad van Bestuur

Samenvatting

Hart- en vaatziekten komen voor bij ongeveer 1,7 miljoen mensen in Nederland. Daarnaast hebben veel mensen in Nederland een grote kans daarop. Vaak komt dit door slagaderverkalking, wat betekent dat de conditie van de slagaders verslechtert. Ongezond leven draagt daar sterk aan bij. Het zijn vaak de omstandigheden waarin mensen leven die hen belemmeren om gezonde keuzen te maken.

Reikwijdte van dit signalement

Voor dit *Signalement passende zorg voor mensen met hart- en vaatziekten* hebben we gesproken met wetenschappers, partijen en mensen die in de zorg werken op het gebied van hart- en vaatziekten en aan het voorkomen ervan. Als resultaat presenteren we een werkagenda. Die benoemt veel aangrijpingspunten en activiteiten die organisaties in de hart- en vaatzorg al doen of gaan doen om ervoor te zorgen dat de ziektelast en sterfte door hart- en vaatziekten bij mensen in Nederland verminderen. Lopende initiatieven kunnen zo verder worden versneld en opgeschaald. Hart- en vaatzorg moet daarmee meer mensgericht, houdbaar en duurzaam worden. Dit signalement benoemt in elk hoofdstuk wat de betrokken partijen nu gaan oppakken om mensen met hart- en vaatziekten, of een verhoogde kans daarop, passender zorg te bieden.

De kernboodschappen

Meer inzetten op gezondheid behouden

De belangrijkste boodschap van het signalement is dat we in Nederland de aandacht en financiële middelen moeten verleggen van behandeling van hart- en vaatziekten naar het voorkomen ervan. Verreweg de meeste maatschappelijke meerwaarde voor hart- en vaatziekten is te behalen als de voorwaarden voor mensen verbeteren om gezond te kunnen leven en wonen. Als maatschappij moeten we er zo veel mogelijk voor zorgen dat mensen hun gezondheid behouden en geen beroep hoeven te doen op medische zorg. De uitvoering ligt bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en bij gemeenten.

Andere vorm van ondersteuning bij verhoogde kans op hart- en vaatziekten

Ten tweede kan de zorg beter die mensen krijgen als blijkt dat zij een verhoogde kans hebben op hart- en vaatziekten. Zij ontvangen zorg in de vorm van 'cardiovasculair risicomanagement'. Maar dat leidt vaak nog niet tot verbetering van hun gezondheidssituatie. Het Zorginstituut neemt het initiatief om met partijen na te gaan welke vorm van ondersteuning voor mensen met een verhoogde kans op hart- en vaatziekten nodig is. Dit hoeft niet altijd door een medisch geschoolde professional te zijn.

Eerder zicht op maatschappelijke meerwaarde van medische zorg

De derde belangrijke boodschap van dit signalement gaat over de individuele en maatschappelijke meerwaarde van medische zorg. Door innovatie kan de zorg verbeteren, bijvoorbeeld als artsen met nieuwe apparaten de oorzaak van een ziekte beter kunnen vaststellen of mensen met apparaten thuis zelf metingen kunnen doen. Zij hoeven daarvoor dan niet naar het ziekenhuis en zo kunnen apparaten zorg uit handen nemen van zorgverleners. Toch is er veel aanbod van nieuwe technologie waarvan het maatschappelijk nut niet duidelijk is of pas heel laat wordt bekeken, terwijl de kosten of milieu-impact ervan hoog kunnen zijn. Het Zorginstituut gaat na hoe de prioriteit kan komen te liggen bij zorginnovaties met een duidelijke gezondheidswinst voor mensen en een belangrijk maatschappelijk nut.

Passende zorg

Zorg die mensgericht, houdbaar en duurzaam is, heeft de toekomst. Deze maatschappelijke opgaven zijn richtinggevend voor de transitie naar passende zorg om daarmee zorg en welzijn voor alle mensen in Nederland goed en betaalbaar te houden.

Passende zorg kent vier richtinggevende principes:[4,5]

1. passende zorg is zorg die werkt tegen een redelijke prijs (waardengedreven);
2. passende zorg betekent dat patiënt en zorgverlener gezamenlijk besluiten nemen over de zorgverlening (samen beslissen);
3. passende zorg wordt waar dat kan, zo dicht mogelijk bij de patiënt georganiseerd (juiste zorg op de juiste plaats);
4. passende zorg gaat niet alleen over ziekte, maar ook over gezondheid en zelfredzaamheid (gezondheid in plaats van ziekte).

Vergroten van kwaliteit van leven bij een hart- en vaatziekte

De vierde boodschap gaat over het vergroten van kwaliteit van leven van mensen die een hart- en vaatziekte hebben doorgemaakt. Zij krijgen soms te maken met behandelingen waarvan niet duidelijk is hoezeer die bijdragen aan hun welbevinden en maatschappelijk functioneren. Betrokken beroepsgroepen moeten hier meer duidelijkheid over geven.

Leren met passende zorgpraktijken

Om de hart- en vaatzorg mensgerichter, houdbaar en duurzaam te maken zal de zorg echt moeten veranderen. Bij elke vernieuwing zullen we moeten nagaan of die bijdraagt aan mensgerichtheid, houdbaarheid en duurzaamheid. Het Zorginstituut wil met passende zorgpraktijken leren hoe dat kan. Hiervoor gaat het Zorginstituut de ontwikkelingen van passende hart- en vaatzorg monitoren en evalueren.

Inhoudsopgave

Voorwoord 2
Samenvatting 3

Inleiding 6

Hart- en vaatzorg: achtergronden en cijfers 8

1. Behouden van gezondheid 11
1.1 Algemeen gezondheidsbeleid intensiever toepassen 13
1.2 Intensiever samenwerken in de regio 14
1.3 Verduidelijken en afbakenen van preventieve zorg 15

Mensen ondersteunen bij het maken van gezonde keuzen 16

2. Mensen met een verhoogde kans op hart- en vaatziekten adequater ondersteunen 17
2.1 Versterken samenwerking tussen sociaal en medisch domein 19
2.2 Naar persoonsgerichte én integrale ketenzorg 20
2.3 Ontwikkelen van specifieke persoonsgerichte informatie 21

CVRM in de praktijk 23

3. Waardengedreven zorg bieden aan mensen met hart- en vaatziekten 24
3.1 Kwaliteit van cardiologische richtlijnen verbeteren 25
3.2 Instroom van dure innovaties beter afbakenen 26
3.3 Stimuleren van digitaliseren 27
3.4 Randvoorwaarden voor de basisverzekering verduidelijken 28
3.5 Bewust worden van mogelijkheden om de zorg duurzamer te maken 29

4. Kwaliteit van leven met nazorg optimaliseren 31
4.1 Toepasselijke zorg bieden aan mensen met een doorgemaakte hart- en vaatziekte 32
4.2 Overzicht houden bij meerdere gezondheidsproblemen tegelijk 33
4.3 Hartrevalidatie wetenschappelijk onderbouwen en doelmatig inzetten 34
4.4 Medische technologie alleen inzetten bij concrete gezondheidswinst 35

5. Inzetten op transitie, leren en ontwikkelen met passende zorgpraktijken 36

Werkagenda 38

Literatuurlijst 40
Gebruikte afkortingen 42

Inleiding

Hart- en vaatziekten hebben grote impact op het leven van mensen en op de samenleving als geheel. Met dit signalement agendeert Zorginstituut Nederland wat nodig is om passender zorg en ondersteuning te bieden aan mensen met hart- en vaatziekten of een verhoogde kans daarop. Eén ding steekt boven al het andere uit: de focus op gezondheid en welzijn is cruciaal om de hart- en vaatzorg passender te maken.

Hart- en vaatziekten in Nederland

Van alle ziekten veroorzaken hart- en vaatziekten het meeste verlies aan gezonde levensjaren en kwaliteit van leven van mensen.[6,7] Verder leggen ze een groot beslag op de zorgcapaciteit. Elke dag worden ongeveer 640 mensen in het ziekenhuis opgenomen vanwege een hart- of vaatziekte. Van de mensen op de spoedeisende hulp komt 9 procent met klachten door hart- en vaatziekten. In Nederland gaat het om zo'n 1,7 miljoen mensen.[8] De zorg voor hart- en vaatziekten kost de samenleving 6,7 miljard, dat is 14 procent van de totale zorguitgaven in de *Zorgverzekeringswet* (Zvw) in 2019.[9]

Dit signalement richt zich voornamelijk op slagaderverkalking.[10] De medische term hiervoor is atherosclerose. Bij de meeste hart- en vaatziekten speelt slagaderverkalking een belangrijke rol als onderliggende oorzaak of als complicerende factor. Het is een aandoening waarvan iemand lange tijd niets merkt, terwijl het proces van verkalking langzaam doorgaat. Met name roken en overgewicht stimuleren het proces van slagaderverkalking. De hart- en vaatziekten die voortvloeien uit slagaderverkalking kunnen uiteindelijk een fatale afloop hebben. De eenmaal ontstane schade door slagaderverkalking valt niet te herstellen. Ook niet met medische zorg. De medische hart- en vaatzorg kan alleen de verergering van bestaande schade afremmen. Enkele paragrafen in dit signalement gaan nader in op andere specifieke hart- en vaatziekten.

Naar een maatschappelijke agenda voor passende hart- en vaatzorg

Het doel van dit signalement is om tot een maatschappelijke agenda te komen waarmee iedereen kan werken om de hart- en vaatzorg toekomstbestendig te maken. Dat wil zeggen: mensgericht, houdbaar en duurzaam, om ook in de toekomst goede, toegankelijke en betaalbare zorg te kunnen bieden. Zorg waaraan alle inwoners van Nederland meebetalen met zorgverzekeringspremies en belastingafdracht.

In dit signalement benoemt het Zorginstituut knelpunten in de hart- en vaatzorg en agendeert het hoe die zorg passender kan. We haken zoveel mogelijk aan bij oplossingsrichtingen die al een plek hebben in het veld. Sommige initiatieven bevinden zich in een pril stadium, anderen zijn gedetailleerd uitgewerkt of worden al in praktijk gebracht. Het Zorginstituut volgt de initiatieven met belangstelling. In het Integraal Zorgakkoord 2022 (IZA) heeft het Zorginstituut de taak gekregen om de ontwikkelingen van passende hart- en vaatzorg te monitoren en te evalueren.[11]

Focus op gezondheid en gezondheidsvoorwaarden

De basis van dit signalement is het besef dat de grootste individuele en maatschappelijke gezondheidswinst bij hart- en vaatziekten ligt in het vroegtijdig voorkomen van hart- en vaatziekten. Passender zorg voor hart- en vaatziekten richt de focus daarom op gezondheid en welzijn en de voorwaarden om gezond te kunnen leven. Bij voorwaarden om gezond te kunnen leven, gaat het om het versterken van het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan. En om een leefomgeving voor mensen te helpen creëren die ondersteunend is om gezond te kunnen leven. Hoewel de taken van het Zorginstituut op het gebied van medische en langdurige zorg liggen, richten we het eerste hoofdstuk van dit signalement op algemene preventie. Dat doen we vanuit de erkenning dat het voor passende, toekomstbestendige zorg nodig is om met elkaar samen te werken en af te stemmen over de grenzen van het eigen deelbelang heen.

Leeswijzer

De opbouw van dit signalement weerspiegelt de achtereenvolgende stadia van hoe hart- en vaatziekten ontstaan en tot uiting komen.

Hoofdstuk 1 belicht wat nodig is om gezondheid te behouden.
Hoofdstuk 2 richt zich op zorg of ondersteuning voor mensen die een verhoogde kans hebben om hart- en vaatziekten te ontwikkelen.
Hoofdstuk 3 gaat in op hoe de medisch-specialistische zorg voor mensen met hart- en vaatziekten passender kan.
Hoofdstuk 4 kijkt naar nazorg, waaronder hartrevalidatie.
Hoofdstuk 5 gaat over hoe zorgpraktijken al lerend aan de slag kunnen met passende zorg.

Elke paragraaf geeft een signaal aan, geeft oplossingsrichtingen aan om tot passender zorg te komen en benoemt zo mogelijk de concrete activiteit daarbij. De bijbehorende werkagenda staat in een apart overzicht als laatste weergegeven in het signalement.

De kaders aan de rechterzijde op de hoofdstukpagina's geven informatie over de opbouw van het hoofdstuk. Op de andere pagina's staan daar nadere toelichtingen over relevante items 'en welke partij of organisatie daartoe het voortouw neemt.

Naast gezondheid als uitgangspunt bekijken we de hart- en vaatziekten in dit signalement ook vanuit de andere drie principes van passende zorg. Dat zijn waardengedreven zorg, de juiste zorg op de juiste plaats en samen beslissen.

Totstandkoming van dit signalement

Voor dit signalement hebben we gesproken met wetenschappers, mensen die in de zorg werken en partijen op het gebied van (het voorkomen van) hart- en vaatziekten. We verzamelden knelpunten, ideeën en mogelijkheden om naar toekomstbestendige, passender hart- en vaatzorg te bewegen. Dit resulteerde in een set signalen. Uit de geformuleerde oplossingsrichtingen is een maatschappelijke agenda voortgekomen. Bepaalde onderwerpen van het IZA zoals vaatchirurgie en concentratie en spreiding, laten we buiten beschouwing in dit signalement. Deze krijgen uitwerking in werkgroepen die de partijen van het IZA daarvoor hebben ingesteld.

Hart- en vaatzorg: achtergronden en cijfers

De zorg voor hart- en vaatziekten vraagt veel inzet van zorgverleners en kost de samenleving bijna 7 miljard per jaar. Hart- en vaatziekten zijn grotendeels het gevolg van slagaderverkalking. De medische term hiervoor is atherosclerose. Deze aandoening leidt tot vernauwing van de slagaders en veroorzaakt de meeste ziektelast en sterfte in Nederland.

Functie van het hart- en vaatstelsel

Aders en slagaders zijn te beschouwen als de leidingen van de motor van het lichaam: het hart. De slagaders vervoeren bloed vanaf het hart via het slagaderstelsel met steeds meer uitgebreide, kleinere vertakkingen naar de organen, hersenen, spieren, zenuwen en overige weefsels. In dit bloed zitten zuurstof en voedingstoffen die de weefsels en organen nodig hebben om goed te kunnen functioneren.

Slagaderverkalking

Slagaderverkalking is een langzaam proces van verdikking van de wand van slagaderen. Het proces begint met kleine beschadigingen van de binnenkant van de vaatwand door bijvoorbeeld hoge bloeddruk. Een beschadiging in de vaatwand zorgt voor een ontstekingsreactie en ophoping van witte bloedcellen en vette stoffen als cholesterol. De verdikkingen in de vaten die ontstaan op de plek van de beschadiging heten plaques. Een plaque of meerdere plaques zorgen voor toenemende vernauwing van het bloedvat en belemmering van de bloeddoorstroming. Het bloedvat wordt minder elastisch. Een plaque kan deels loskomen, worden meegevoerd met de bloedstroom en elders verstopping veroorzaken in een kleiner bloedvat. Een plaque kan ook scheuren waardoor de inhoud van de plaque in contact met bloed kan komen. Hierbij kunnen bloedstolsels ontstaan die ook worden meegevoerd met de bloedstroom en voor een acute en vaak volledige afsluiting van een bloedvat kunnen zorgen.

Beïnvloedbare risicofactoren

Naast leeftijd en familiaire aanleg wordt de kans op het krijgen van hart- en vaatziekten vooral bepaald door beïnvloedbare factoren. Het gaat om roken, overgewicht, diabetes, verhoogde bloeddruk en verhoogde cholesterolwaarde:

- Meer dan 1 op de 5 mensen in Nederland rookt. Niet beginnen en stoppen met roken draagt direct bij aan de individuele gezondheid van mensen.
- Overgewicht komt voor bij ongeveer de helft van de mensen en 14 procent van de bevolking heeft zeer ernstig overgewicht.
- Ongeveer 1,2 miljoen mensen hebben diabetes mellitus type 2, ook wel ouderdomsdiabetes genoemd. Dit wordt behandeld met leefstijlaanpassing. Vaak is ook medicatie nodig.
- Ongeveer 2,8 miljoen Nederlanders bij de huisarts geregistreerd met een verhoogde bloeddruk. Ouderen hebben vaker een verhoogde bloeddruk dan jongeren.[12] In 2020 gebruikten ongeveer 3 miljoen mensen bloeddrukverlagers.
- In Nederland staan bijna 1,5 miljoen mensen bij de huisarts geregistreerd met een verhoogd cholesterolgehalte in hun bloed. In 2020 gebruikten zo'n 2 miljoen mensen een cholesterolverlager.

Meest voorkomende vormen van hart- en vaatziekten

Verstoppingen of belemmeringen in de bloedstroom door vernauwing van slagaders kunnen leiden tot het afsterven van lichaamscellen en weefsels. Dat leidt tot schade aan organen, zoals bij beroertes en infarcten, en vroegtijdig overlijden. De volgende vormen van hart- en vaatziekten met bijkomende gevolgen komen het vaakst voor:

- Acute afsluiting van de slagaders in het hart leidt tot een hartinfarct.
- Acute afsluiting bij de slagaders van de hersenen leidt tot een herseninfarct of een TIA (*transient ischaemic attack*).

- Vernauwing van de slagaders in het hart geeft pijn op de borst (stabiele en instabiele angina pectoris).
- Ook elders in het lichaam geeft vernauwing van slagaders kans op schade, zoals etalagebenen.

Een kleiner deel van de mensen met hart- en vaatziekten heeft hartfalen, hartritmestoornissen, verwijding van een slagader (aneurysma) of niet-aangeboren afwijkingen in het hart. Omdat door slagaderverkalking alle slagaders in min of meerdere mate zijn aangedaan, wordt het als een systeemziekte aangeduid. Bij de ene persoon heeft dit een beroerte tot gevolg, bij de andere een hartinfarct of etalagebenen.

Tabel 1 | Kenmerken van ongezonde leefstijl in de bevolking, 2021[13,14]

Leefstijlgedrag	Percentage
Roken	21%
Overgewicht	50%
Obesitas	14%
Alcoholconsumptie *(overmatige en zware drinkers)*	16%
Bewegingsarmoede	53%

Tabel 2 | Vaak voorgeschreven medicijnen bij (verhoogde kans op) hart- en vaatziekten, 2020[15]

Medicijnen*	Aantal mensen	Uitgaven
Gebruik bloeddrukverlagers	3 miljoen	€175 miljoen
Gebruik cholesterolverlagers	2 miljoen	€140 miljoen

**De relevante codes groep ATC C10 (cholesterolverlagers) en voor bloeddrukverlagende middelen ATC groepen C02 Antihypertensiva C07 Beta-blokkers C08 Calciumantagonisten C09 Middelen aangrijpend op het renine-angiotensinesysteem.*

Tabel 3 | Aantal mensen met de meest voorkomende hart- en vaatziekten, 2020-2040[16]

Hart- en vaatziekten	2020	2040
Kransslagaderaandoening	816.700	1.093.800
Beroerte	484.700	666.000
Hartritmestoornis	435.300	610.400
Hartfalen	258.200	427.100
Aandoening van hartvlies/hartkleppen	129.200	174.700

Tabel 4 | Zorgvergoedingen, 2019[17]

Vergoedingen	Uitgaven
Hart- en vaatzorg	€ 6,7 miljard
Totaal Zvw	€ 46,3 miljard

Tabel 5 | Aantal bij hart- en vaatziekten betrokken zorgverleners, 2022

Zorgverleners	2022*
Huisartsen	13.492[a]
Cardiologen	1.188[b]
Cardiothoracaalchirurgen	141[b]
Interventiecardiologen	94[c]
Neurologen	1.069[b]
Vaatchirurgen	167[c]
Internisten vasculaire geneeskunde	201[d]
Overige internisten	2.396[d]
Hart- en vaatverpleegkundigen	niet bekend
Praktijkondersteuners huisarts CVRM	niet bekend
Fysiotherapeuten	38.881[e]
Diëtisten	5.250[f]

a. Capaciteitsplan 2024 tot 2027 Huisartsgeneeskunde. Capaciteitsorgaan, 2022;
b. Capaciteitsplan 2024 tot 2027 Medisch specialismen. Capaciteitsorgaan, 2022;
c. Zorgkaart Nederland. www.zorgkaartnederland.nl;
d. Basisadministratie Nederlandse Internisten Vereniging
e. BIG-register, per 1-12-2022. Al dan niet praktiserend is onbekend;
f. Paramedisch platform. www.paramedischplatform.nl.

Tabel 6 | Milieu-impact van zorg voor hart- en vaatziekten

Milieu-impact
Geen gegevens beschikbaar

1

Behouden van gezondheid

Of iemand kan voorzien in zijn basisbehoeften heeft een groot effect op zijn gezondheid. Het beïnvloedt ervaren bestaanszekerheid, leefomstandigheden, mogelijkheden voor het maken van gezonde keuzen, en uiteindelijk de kans op hart- en vaatziekten. De grootste gezondheidswinst bij hart- en vaatziekten kunnen we als maatschappij behalen als de aandacht nadrukkelijker uitgaat naar de omstandigheden waarin mensen leven. En als we bereid zijn daarvoor middelen in te zetten.

Dit hoofdstuk in het kort

Signalen

1. De gezondheid van mensen in achterstandssituaties is aanzienlijk slechter dan van andere mensen.
2. In regio's ontbreekt het soms aan initiatieven van de verschillende instanties om samen te werken om de gezondheid van mensen in de regio te verbeteren.
3. Mensen weten niet goed voor welke vormen van preventie zij zelf, of welke instantie, verantwoordelijk zijn.

Oplossingsrichtingen

1. Algemeen preventiebeleid intensiever toepassen.
2. Intensiever samenwerken in de regio.
3. Verduidelijken en afbakenen van preventie.

Wie neemt het voortouw

1. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Koepel Artsen Maatschappij + Gezondheid (KAMG).
2. Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), zorgverzekeraars en gemeenten.
3. Het Zorginstituut.

Gezondheid afhankelijk van leefomgeving

Gezondheid wordt doorgaans als een persoonskenmerk gezien, het gevolg van verantwoord leven. Ziekte is dan het gevolg van pech, genetische aanleg, ongeluk of willekeurig toeval. In theorie kan gezonder leven zo'n 80 procent van de hart- en vaatziekten voorkomen.[18] Gezond leven is echter zeer sterk afhankelijk van de maatschappelijke en directe leefomgeving. Het overstijgt daardoor vaak wat binnen het bereik ligt van individuele mogelijkheden.[19] Mensen in Nederland ondervinden verschillende kansen op gezond leven.[20] Mede namens zorgbestuurders, hoogleraren en overige betrokkenen in de zorg, deed de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) onlangs een oproep aan het kabinet om werk te maken van armoede.[21]

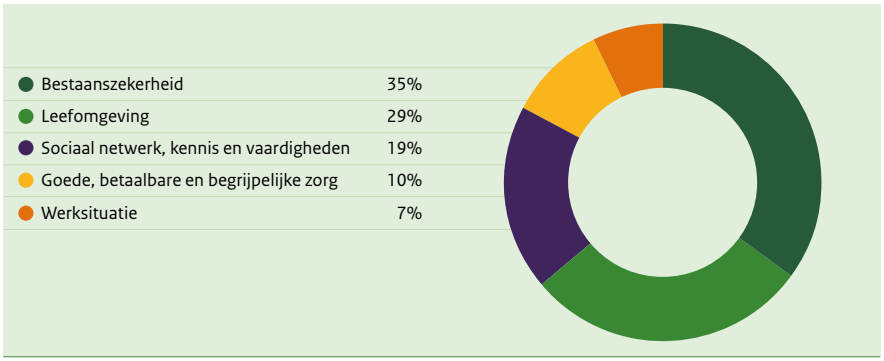
Het behouden van gezondheid is een maatschappelijke kwestie. Hierin telt een aantal factoren mee. Bestaanszekerheid – het kunnen beschikken over huisvesting en voldoende voeding – is de belangrijkste factor voor het behouden van gezondheid.[22,23] De tweede factor gaat over de leefomstandigheden. De derde gaat over het maken van gezonde keuzes in het leven op het gebied van voeding en genotsmiddelen en de mate van bewegen. Met name bij dit laatste punt speelt het sociale netwerk een grote rol.

Samen werken aan gezondheid

De overheid neemt deze factoren mee in het landelijke preventiebeleid van de komende jaren dat gericht is op de kwetsbare groepen in de samenleving.[24] Daarnaast werken partijen in de regio in toenemende mate met elkaar samen om gezondheid en welzijn van de bevolking te versterken. Zij onderzoeken de wettelijke mogelijkheden om de gezamenlijke missie vorm te geven: werken aan wat de bevolking in de regio nodig heeft voor een gezonder leven (en voorkomen van individuele ziektelast) en wat passend is bij de regionale situatie. Ook in de spreekkamer van zorgverleners gaat het vaker niet meer alleen over behandelen van ziekte, maar ook over het voorkomen van grotere ziektelast.

In de volgende paragrafen gaan we verder in op de oplossingsrichtingen om gezondheid te kunnen behouden.

Figuur 1 | Achterliggende oorzaken van verschillen in zelfgerapporteerde gezondheid tussen hoog- en laagopgeleiden.[25]



1.1 | Algemeen gezondheidsbeleid intensiever toepassen

Om de gezondheid van mensen in Nederland te verbeteren, is het bestrijden van bestaansonzekerheid van mensen het meest effectief. In en buiten de zorg wordt de roep steeds luider om beleidsuitvoering vooral te richten op mensen met lage kansen op een gezond leven. VWS voert hiertoe het Nationaal Preventie Akkoord uit. KAMG heeft een voorstel gedaan voor samenwerking tussen ministeries bij preventie.

Gezondheidswinst behalen in het sociale domein

Hoewel het werkterrein van het Zorginstituut zich beperkt tot de Zvw en de *Wet langdurige zorg*, besteden we hier aandacht aan het sociale domein. Het verbeteren van gezondheidsvaardigheden en welzijn biedt namelijk de grootste kans om gezondheidswinst te behalen. Het gaat om het richten van aandacht en het inzetten van middelen op mensen met lage kansen op een gezond leven, ter verbetering van bestaanszekerheid en van leefomstandigheden.[26,27] Dat levert uiteindelijk meer gezondheidswinst op voor mensen en voor de samenleving als geheel. Dat daarvoor de inzet van iedereen nodig is, ook van partijen buiten de gezondheidszorg en andere ministeries, bepleit KAMG in hun voorstel voor een Nationaal Programma Volksgezondheid.[28]

Voor mensen die te maken hebben met een hoge mate van bestaansonzekerheid is gezond leven vaak niet haalbaar. Denk aan mensen met schulden, slechte woonomstandigheden of mensen die weinig eten hebben. Ondersteuning en begeleiding dragen dan het meest effectief bij aan hun gezondheid. De overheid neemt deze factoren mee in het landelijke preventiebeleid van de komende jaren. Het ministerie van VWS wil in de komende jaren een integrale aanpak ontwikkelen, samen met onder andere de ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Binnenlandse Zaken. Die aanpak zal gericht zijn op kwetsbare groepen in de samenleving.[29]

Verkleinen gezondheidsverschillen

Gezondheidsverschillen in Nederland zijn toegenomen. Mensen met een lager opleidingsniveau leven gemiddeld ruim vier jaar korter en krijgen bovendien ruim veertien jaar eerder te maken met een slechter ervaren gezondheid dan hoogopgeleiden.[30,31,32]

Het kabinet vindt de gezondheidsverschillen die samenhangen met sociaaleconomische status vanuit moreel en economisch oogpunt onwenselijk. Daarom is intensiever preventiebeleid nodig, in het bijzonder voor mensen die veel obstakels te overwinnen hebben. Meer samenwerking tussen de gezondheidszorg en het sociale domein kan zorgen voor effectievere hulp bij de problemen waar deze mensen mee kampen. Er zijn al voorbeelden van programma's op basis van een dergelijke samenwerking:

- *Kansrijke Start* van het ministerie van VWS geeft gemeenten en zorgverleners handvatten voor zorg en ondersteuning aan kwetsbare gezinnen.
- *Vitaal Bedrijf* van belangenbehartigers voor ondernemers VNO-NCW en MKB-Nederland biedt ondersteuning aan bedrijven die medewerkers willen helpen bij bewegen, voeding, mentale balans of stoppen met roken, alcohol en drugs.
- *Gezonde Generatie* van Samenwerkende Gezondheidsfondsen helpt aanstaande ouders en ouders van baby's en peuters.
- *Gezonde School* van de Raad voor het primair onderwijs, de Raad voor het voortgezet onderwijs, de Raad voor middelbaar beroepsonderwijs, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en de brancheverenigingen van Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD) en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio GGD-GHOR Nederland, helpt onderwijsprofessionals om een gezonde leefstijl op school vanzelfsprekend te maken.
- *Opgroeien in een Kansrijke Omgeving* van het Nederlands Jeugdinstituut en Trimbos-instituut biedt gemeenten een preventieve aanpak voor middelengebruik onder jongeren.

Ongelijke kansen op een gezond leven

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) constateert in 2021 dat mensen in achterstandswijken en achter-standsgebieden gemiddeld een slechtere gezondheid hebben dan in de rest van Nederland.[17]

Het Sociaal en Cultureel Planbureau volgt de ontwikkelingen in kansen(on) gelijkheid in Nederland. Daaruit blijkt dat te weinig inkomen, schulden, huisvestingsproblemen, een beperkt sociaal netwerk en andere belastende sociale factoren samengaan met stress en ongezonde leefstijl.[18]

1.2 | Intensiever samenwerken in de regio

Vaak werken de verschillende instanties in de regio's te weinig samen om de gezondheid van mensen in de regio te verbeteren. Om de kansen op een gezond leven voor alle burgers mogelijk te maken is samenwerking met betrokken partijen nodig. Het ministerie van VWS werkt met ZN en de VNG aan verbinding tussen het sociale en medische domein.

In de regio's is wel aandacht voor gezondheid en welzijn om ziekte te voorkomen. Maar vaak spelen er problemen met de afstemming tussen de betrokken partijen. De RVS constateert dat de inrichting van de publieke gezondheidszorg in Nederland te vrijblijvend en versnipperd is geregeld. Het is te veel gericht op een korte termijn en er wordt te weinig in geïnvesteerd.[33] Partijen nemen de verantwoordelijkheid voor het eigen deelgebied, maar niet voor het grotere, gezamenlijke geheel. Vaak verwijzen zij daarbij naar regelgeving en financiering. Maatschappelijke vraagstukken en problemen moeten meer integraal en duurzamer worden aangepakt. Dat betekent meer en beter domeinoverstijgend samenwerken.[34]

Verbinding tussen medisch en sociaal domein

In het IZA hebben partijen afgesproken dat zij per zorgkantoorregio een inventarisatie opstellen.[35] De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft 42 regiorapportages gepubliceerd met daarin het regionale zorggebruik afgezet tegen het landelijke beeld. De beschikbaar gestelde analyses geven regionale zorgnetwerken inzicht in de regio en mogelijke knelpunten.[36] Op basis daarvan kunnen partijen concrete regioplannen opstellen. Zorgverzekeraars en zorgkantoren, zorgaanbieders, gemeenten (welzijn en publieke gezondheidszorg), maar ook woningbouwcorporaties en scholengemeenschappen hebben een rol bij het verbeteren van de kansen op een gezond leven.[37]

Gemeenten en zorgverzekeraars hebben een gezamenlijke ambitie om in alle regio's een duurzame preventie-infrastructuur op te zetten.[38] Het ministerie van VWS heeft in 2023 samen met gemeenten, VNG en ZN het 'Gezond en Actief Leven Akkoord' (GALA) opgesteld. Het GALA vormt het fundament voor het in samenhang uitvoeren van activiteiten voor gezondheid, sport en bewegen, cultuurparticipatie en de sociale basis. Hierin wordt de verbinding tussen het sociale domein en de zorg gelegd. Het GALA maakt een structurele financiering mogelijk, zodat gemeenten langetermijnplannen kunnen maken.[39]

Verschillende initiatieven richten zich op intensievere samenwerking in de regio:

- KAMG zet zich in voor samenwerking in de regio om gezondheid te behouden, met aandacht voor de niet-medische aspecten. Vanuit bewezen effectieve programma's zoals *Kansrijke Start* ziet KAMG mogelijkheden om heldere doelen op wijk- en gemeenteniveau te benoemen.
- In de *TARGET*-pilot hebben deelnemende huisartsen ook opgemerkt dat ze behoefte hebben aan zo'n samenwerking met het sociale domein.
- Het *Samen Gezond Spreekuur* heeft de gemeente en GGD betrokken bij de regionale samenwerking.
- De *Populatiegerichte werkwijze* van Proscoop biedt mogelijkheden om het aanbod van zorg en welzijn aan te laten sluiten op wensen en behoeften van inwoners en patiënten.[40]
- De integrale aanpak *Krachtige basiszorg* zorgt ervoor dat huisartsen veel beter op de hoogte zijn van de aanwezige zorg- en hulpverleners in de wijk en weten wat zij aan expertise te bieden hebben. Verder helpen de aangepaste gesprekken met mensen in een achterstandssituatie de huisartsen om hen naar de juiste hulpverlener te verwijzen.[41]

Bevordering kansengelijkheid financieren

Het ministerie van VWS heeft onderzoek laten doen naar financieringsmogelijkheden voor preventie met het oog op gezondheidsbevordering. Gemeenten en zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol in de regionale samenwerking die daarvoor nodig is. Er zijn vier hoofdvarianten waarmee preventie landelijk kan worden gefinancierd:

1. via het gemeentefonds, waarbij middelen opgaan in het totale budget van de gemeente;
2. via een specifieke uitkering, waarbij middelen voor dit doel gereserveerd blijven en aanvullende voorwaarden voor de uitgaven gesteld kunnen worden;
3. via een subsidie, waarmee andere partijen dan gemeenten gefinancierd kunnen worden;
4. vanuit een landelijk fonds, waarin verschillende subsidies of specifieke uitkeringen gebundeld kunnen worden.

Het GALA biedt een brede, gebundelde specifieke uitkering die loopt van 2023 tot en met 2026. Het geld wordt geoormerkt beschikbaar gesteld, waarmee het ook gegarandeerd wordt ingezet voor preventie en gezondheidsbevordering. Het is bedoeld voor financiering van projecten voor sport- en beweegstimulering, cultuurparticipatie, gezondheidsbevordering en het versterken van de sociale basis.

1.3 | Verduidelijken en afbakenen van preventieve zorg

Niet iedereen weet voor welke vormen van preventieve zorg zij zelf, of welke instantie, verantwoordelijk zijn. Algemene preventie gaat over het behoud van gezondheid, oftewel het voorkomen van ziekte, en richt zich meestal op mensen die (nog) niet ziek zijn. De gezondheidszorg richt zich juist op mensen die ziek zijn, een grote kans hebben om ziek te worden of blijvende ondersteuning nodig hebben. In de praktijk zijn de grenzen tussen algemene preventie en gezondheidszorg niet scherp. Het Zorginstituut gaat dit verduidelijken.

Gezondheid is een maatschappelijk vraagstuk

Als maatschappelijke zorg en ondersteuning voor mensen te ver achterblijft of uitblijft, kan dat hun gezondheid schaden. Zij vragen dan om medische hulp. Het Zorginstituut heeft in 2007 onderscheid gemaakt tussen collectieve preventie en individuele preventie.[42] Collectieve preventie is voor mensen zonder grote kans op ziekte. Dan is gezond leven een zaak van mensen zelf en krijgen mensen geen vergoeding voor de kosten. Mensen met een grote kans op ziekte kunnen individuele preventie krijgen. Met de invoering van de *Wet maatschappelijke ondersteuning* en de *Jeugdwet* in 2015 is er meer druk gekomen om verbinding aan te gaan tussen het sociale domein en de gezondheidszorg, gericht op het voorstadium van een grote kans op ziekte. Partijen moeten daartoe gezamenlijk werken aan het voorkomen en uitstellen van een grote kans op hart- en vaatziekten. Denk aan vormen van ondersteuning en begeleiding van mensen vanuit de gemeente of het onderwijs bij het toewerken naar een gezondere leefstijl. Hierbij is het voor betrokken partijen niet altijd duidelijk onder welke wet de kosten vallen. Het Zorginstituut constateert dat de context van preventie in de afgelopen jaren is veranderd.[43] Het aanbod van effectieve preventieve interventies neemt toe. Ook hebben zorgverleners meer aandacht voor proactieve zorgplanning bij kwetsbare groepen. De voorwaarden die worden gesteld voor vergoeding onder de basisverzekering, zijn voor preventieve zorg niet anders dan voor andere vormen van zorg. Het Zorginstituut werkt met het recent gestarte programma 'Preventie in de Zorgverzekering' aan verdere verduidelijking van de grens tussen maatschappelijke en medische zorg.

Sociale factoren hebben invloed

Tal van landelijke en lokale programma's en maatregelen zijn ontwikkeld om mensen te ondersteunen om gezonder te leven. Voorbeelden hiervan zijn niet starten en stoppen met roken, een gezonder gewicht krijgen en meer bewegen. Desondanks stagneert de daling van het percentage rokers en nemen overgewicht en bewegingsarmoede toe in de samenleving. De informatie bereikt niet iedereen. Bovendien spelen opvoeding, gewenning en sociale en financiële omstandigheden een rol.

De zorgverzekering vergoedt sommige preventieve medische zorg

De basisverzekering vergoedt op grond van de Zvw kosten voor medische zorg. De Tweede Kamer stelt hiervoor jaarlijks de voorwaarden vast. Eventueel kunnen mensen een aanvullende verzekering afsluiten, bijvoorbeeld voor ondersteuning bij leefstijlverandering. Dit vergoedt onder bepaalde voorwaarden (deels) kosten voor leefstijlverandering.

De NZa onderzoekt samen met partijen in de zorg en zorgverzekeraars hoe bepaalde vormen van preventieve zorg kunnen worden vergoed uit de basisverzekering. Hiervoor ontwikkelen ze betaaltitels voor innovaties en interventies die de gezondheid bevorderen of (meer) zorg voorkomen. Dit kan het aanbod van preventieve zorg breder beschikbaar en toegankelijker maken.

Vergoeding bij leefstijlaanpassing

Iedereen die wil stoppen met roken kan daarbij ondersteuning krijgen vanuit het Stoppen-met-roken programma. Met een verwijzing van de huisarts wordt de ondersteuning vergoed uit de basisverzekering. Deze aanpak is gebaseerd op de *Zorgstandaard Tabaksverslaving*. Dit programma valt sinds 1 januari 2020 niet meer onder het eigen risico.

Voor de behandeling van kinderen met obesitas is een addendum toegevoegd aan de *Zorgstandaard Obesitas*. Op basis van het addendum zijn interventies ontwikkeld om te voorkomen dat deze kinderen een blijvende gezondheidsachterstand opbouwen.

Mensen met een hoge of zeer hoge kans op hart- en vaatziekten kunnen in aanmerking komen voor een gecombineerde leefstijl interventie (GLI), die wordt vergoed uit de basisverzekering.

Mensen ondersteunen bij het maken van gezonde keuzen

Het ministerie van VWS onderzoekt mogelijkheden om een gezonde leefstijl bij de bevolking te stimuleren. We beschrijven opties voor verschillende soorten leefstijlaanpassing.

Niet starten of stoppen met roken

De daling van het percentage rokers stagneert. Het aandeel rokers ligt in 2021 op 21 procent. Het ministerie van VWS verkent nu andere maatregelen.[44] Denk aan accijnsverhoging op rookwaren, verminderen van het aantal verkooppunten van rookwaren en aanpassing van de huidige leeftijdsgrens voor verkoop.

Gezond gewicht

De helft van de Nederlanders heeft overgewicht en 14 procent heeft obesitas. Overgewicht leidt op termijn tot diverse gezondheidsproblemen, zoals verhoogde bloeddruk, te hoog cholesterol, diabetes, en daarmee ook tot een verhoogde kans op hart- en vaatziekten. Het Preventieakkoord streeft naar vermindering van het aantal Nederlanders met overgewicht. Mogelijke landelijke maatregelen zijn een verhoging van belasting op alcoholische en niet-alcoholische (fris)dranken, een suikerbelasting, verlaging van de btw op groente en fruit en afspraken met de industrie over gezondere voedingsmiddelen. Op regionaal niveau kunnen gemeenten de toename van aanbieders van ongezond voedsel tegengaan, ongezonde drank-, snoep- en snackautomaten bij scholen verbieden en een verbod van marketing van ongezonde producten gericht op kinderen.

Voldoende bewegen

Slechts 47 procent van de Nederlanders voldoet aan de beweegnorm van minimaal 150 minuten actieve lichaamsbeweging per week. Landelijk beleid voor samenwerking tussen sport en preventie kan bijdragen aan het stimuleren van meer bewegen. Op gemeentelijk niveau gaat het om het creëren van beweegmogelijkheden op wijkniveau, met aandacht voor een groene en beweegvriendelijke leefomgeving.

Inzicht in eigen gezondheid door Harteraad

Patiëntenvereniging Harteraad biedt informatie en hulpmiddelen voor mensen die nog geen hart- en vaatziekten hebben, maar wel een hoge bloeddruk of te hoog cholesterolgehalte. Daarmee kunnen mensen meer grip krijgen op hun gezondheid. Zo zijn mensen beter op de hoogte van hun gezondheidsstatus en is hun zorgvraag lager.

2

Mensen met een verhoogde kans op hart- en vaatziekten adequater ondersteunen

De zorgbehoefte van veel mensen met verhoogde kans op (sterfte door) hart- en vaatziekten vraagt andere zorg dan medische zorgverleners kunnen bieden. Belangrijk is het onderscheid tussen mensen met een licht tot matig verhoogde kans en mensen met een hoge of zeer hoge kans op hart- en vaatziekten. Deze groepen hebben ieder een eigen aanpak nodig. Verschillende partijen gaan hiermee aan de slag.

Dit hoofdstuk in het kort

Signalen

1. De zorgbehoefte van mensen met licht tot matig verhoogde kans op (sterfte door) hart- en vaatziekten vergt zorg uit andere domeinen die medische zorgverleners niet bieden.
2. De zorgvraag van mensen met een hoge tot zeer hoge kans op hart- en vaatziekten is vaak chronisch. Vaak hebben zij ook andere (chronische) aandoeningen. Die zorgvraag wordt niet altijd passend behandeld in de huisartspraktijk.
3. Mensen weten niet wat leefstijlaanpassing of medicijnen hen kan opleveren aan (gezonde) levensjaren.

Oplossingsrichtingen

1. Versterken samenwerking sociaal en medisch domein.
2. Naar persoonsgerichte én integrale ketenzorg.
3. Ontwikkelen van specifieke persoonsgerichte informatie.

Wie neemt het voortouw

1. Het Zorginstituut.
2. NHG/Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), branchevereniging van zorgverleners en zorgorganisaties in de eerstelijns gezondheidszorg InEen en Nederlandse Vereniging van praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen (NVVPO).
3. Harteraad, Patiëntenfederatie, NHG.

Risicoprofiel hart- en vaatziekten vaststellen

Om vast te stellen of iemand een verhoogde kans op hart- en vaatziekten heeft, zal de arts een risicoprofiel opstellen (zie figuur 2). Mensen krijgen dan een risicoscore die varieert van een licht tot matig verhoogde kans, of een hoge of zeer hoge kans op hart- en vaatziekten binnen tien jaar of overlijden daardoor.

Samenwerking tussen medisch en sociaal domein

Veel mensen gaan bij langdurige stress, vermoeidheidsklachten of hartkloppingen in eerste instantie naar hun huisarts. Het blijkt dan lang niet altijd om een medisch probleem te gaan. Maar ook als dat wel het geval is, kunnen maatschappelijke factoren een rol spelen die de kans op hart- en vaatziekten beïnvloeden. Meer afstemming en betere verwijsmogelijkheden tussen zorgverleners in het medische domein (met name huisartsen, praktijkondersteuners en cardiologen), het paramedische domein (diëtisten, fysiotherapeuten) en hulpverleners in het sociale domein (zoals maatschappelijk werkers en consulenten van bijzondere bijstand en schuldhulpverlening) kunnen deze mensen snellere toegang tot de juiste hulp bieden.

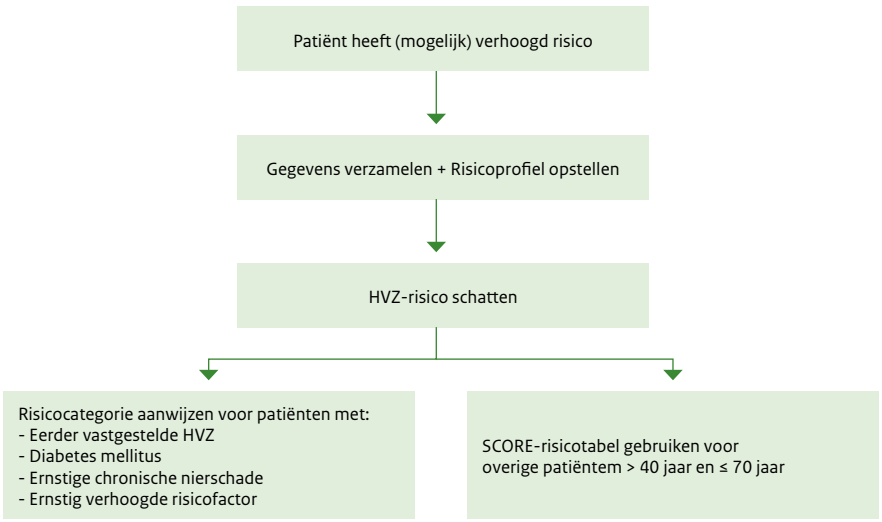
Als iemand eenmaal een grote kans op hart- en vaatziekten heeft, is de zorg erop gericht om erger te voorkomen. Mensen met een grote kans op hart- en vaatziekten kunnen van hun zorgverlener hulp krijgen om te voorkomen of uit te stellen dat zij die ziekte daadwerkelijk krijgen. Dat wordt geïndiceerde preventie genoemd.

Samen beslissen over beste aanpak

Ongeacht de mate van grotere kans op hart- en vaatziekten, beveelt de richtlijn *Cardiovasculair risicomanagement* (CVRM) een leefstijladvies aan. Soms zijn aanvullende medicijnen nodig voor behandeling van een hoge bloeddruk of hoge cholesterolwaarden. De individuele gezondheidswinst van een gezondere leefstijl of medicijnen is voor mensen vaak niet duidelijk. Door specifieke persoonsgerichte informatie en keuzehulpen te ontwikkelen, kunnen mensen samen met hun zorgverlener beslissen over de behandeling.

In de volgende paragrafen gaan we verder in op de oplossingsrichtingen om mensen met een verhoogde kans op hart- en vaatziekten goed te ondersteunen.[45]

Figuur 2 | Het cardiovasculair risicoprofiel is een overzicht van risicofactoren voor hart- en vaatziekten, dat wordt vastgesteld door de arts op basis van gesprek, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek.



2.1 | Versterken samenwerking tussen sociaal en medisch domein

Mensen met een licht tot matig verhoogde kans op hart- en vaatziekten hebben ondersteuning nodig om hun leefstijl blijvend aan te passen. Deze ondersteuning hoeft niet altijd van medische aard te zijn. Het Zorginstituut gaat met partijen in het medische en het sociale domein verkennen hoe dit vorm kan krijgen en maakt op basis daarvan een voorstel om daar vervolg aan te geven.

Een groot deel van de mensen met een verhoogde kans op hart- en vaatziekten door slagaderverkalking heeft nog geen verschijnselen van hart- en vaatziekten. Door gezonder te leven kan bij hen het daadwerkelijk optreden van hart- en vaatziekten of daaraan overlijden mogelijk worden beperkt of uitgesteld.

Roken is veruit de belangrijkste oorzaak van slagaderverkalking. Verder dragen ongezonde voedingspatronen en -gewoonten bij aan het proces van slagaderverkalking. Structureel te weinig bewegen, langdurige psychische spanningen en stress spelen ook een belangrijke rol. We behalen de grootste individuele en maatschappelijke gezondheidswinst bij hart- en vaatziekten door slagaderverkalking nadrukkelijker aandacht te geven en middelen in te zetten op de sociale, financiële en fysieke omstandigheden waarin mensen leven.

Nog geen patiënt, toch aanbevelingen in de richtlijn

De richtlijn *CVRM* (zie kader) stelt dat mensen met een licht tot matig verhoogde kans op hart- en vaatziekten een leefstijladvies moeten krijgen. De richtlijn beveelt cognitieve gedragsstrategieën aan om leefstijlverandering te ondersteunen, zoals motiverende gespreksvoering en methoden om zelfmanagement te bevorderen. In de richtlijn staat ook dat zorgverleners een belangrijke rol hebben in het stimuleren en begeleiden van mensen naar ander gedrag, maar daar niet (altijd) voldoende tijd, kennis en vaardigheden voor hebben. In overleg kan de huisarts hen een verwijzing geven naar andere zorgverleners, zoals diëtisten, psychologen en fysiotherapeuten.[46,47]

Ondersteuning bij gezondere leefstijl is vaak geen medische zorg

Leefstijlverandering is voor de meeste mensen moeilijk en gaat hun eigen situatie vaak te boven.[48] De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) beschrijft in een toetsingskader de verantwoordelijkheden van huisartsen bij leefstijlbegeleiding.[49] Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) vindt dat de IGJ de verantwoordelijkheid te eenzijdig bij huisartsen legt en ziet taken voor het welzijnsdomein.

Een derde van de huisartsen bespreekt leefstijl met mensen zonder dat zij gezondheidsklachten ervaren die daarmee samenhangen. De rest praat daar pas over als die klachten er wel zijn. Dat blijkt uit een ledenraadpleging van het NHG.[50] De CVRM-richtlijn stelt dat mensen met een licht tot matig verhoogde kans op hart- en vaatziekten zelden in aanmerking komen voor cholesterolverlagende medicijnen. Toch schrijven zorgprofessionals medicijnen voor aan de helft van de mensen met een licht tot matig verhoogde kans.[51] Huisartsen geven aan dat zij ervaren dat enkel leefstijladvies bij de mensen met een licht tot matig verhoogde kans zelden leidt tot een duurzame verandering van de leefstijl. Daarnaast merken zorgverleners dat meer nodig is voor een blijvende leefstijlaanpassing. Toch blijken huisartsen mensen met een licht tot matig verhoogde kans op hart- en vaatziekten in de praktijk weinig door te verwijzen naar andere zorgverleners of gemeentelijke instellingen. Ondersteuning bij leefstijlverandering vraagt meestal ook andere kennis en vaardigheden dan medische zorgverleners kunnen bieden. Dat komt doordat het raakt aan de gezondheidsvaardigheden en de leefomstandigheden van mensen.[52] Professionals buiten de medische zorg zijn daarvoor beter toegerust.

De richtlijn CVRM

Sinds 2006 is de zorg gericht op vertraging van slagaderverkalking en terugdringen van het optreden van hart- en vaatziekten, bijeen gebracht in de richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM). De aanbevolen zorg bestaat uit leefstijladviezen, monitoring van risicofactoren en eventueel medicijnen. Een huisarts of medisch specialist stelt – samen met de persoon – vast welke zorg die krijgt.

Nu komen alle mensen met een verhoogde kans op hart- en vaatziekten te vallen onder deze richtlijn CVRM, op grond van het daarin opgenomen cardiovasculaire risicoprofiel. Dat gebeurt aan de hand van verschillende risicofactoren, zoals geslacht, familiaire aanleg, bloeddruk en cholesterol waarden, roken, leefstijl, obesitas, nierziekte en diabetes mellitus. De scores op deze factoren geven aan of iemand een licht, matig of (zeer) verhoogde kans heeft op ziekte dan wel overlijden door hart- en vaatziekten binnen tien jaar.

Huisartsen willen samenwerking met sociale domein

De vraag is wanneer ondersteuning bij leefstijlaanpassing thuishoort in het medische domein. Zelf ervaren huisartsen bij de CVRM-zorg ook behoefte aan samenwerking met hulpverleners op andere leefdomeinen van mensen, zoals schuldhulpverlening, maatschappelijk werk en wat betreft de woonsituatie.[56] Ook het Partnerschap Overgewicht Nederland ontwikkelt het Netwerk-/ketenaanpak Overgewicht & Obesitas Volwassenen om regionale samenwerking tussen het medische en sociale domein te bevorderen.[57]

Het Zorginstituut merkt dat partijen in de zorg behoefte hebben aan een landelijke, praktische uitwerking van de samenwerking met het sociale domein. Op basis van de inspirerende regionale initiatieven gaan we samen met partijen verkennen hoe dit voor mensen met een licht tot matig verhoogde kans kan verbeteren.

2.2 | Naar persoonsgerichte en integrale ketenzorg

De zorgvraag van mensen met een hoge tot zeer hoge kans op hart- en vaatziekten wordt niet altijd passend behandeld in de huisartspraktijk. Deze zorg wordt gefinancierd uit het CVRM-ketenzorgprogramma, maar recent wetenschappelijk onderzoek heeft de toegevoegde waarde niet aangetoond van deze organisatievorm van zorg. Beroepsverenigingen NHG, LHV, InEen en NVVPO zetten in op persoonsgerichte organisatie van zorg. Harteraad kan hierbij adviseren op basis van ervaringen en behoeften van patiënten.

CVRM-ketenzorg

Tot de groep mensen met een hoge tot zeer hoge kans op hart- en vaatziekte of overlijden daardoor, behoren onder andere de mensen die een hart- en vaatziekte hebben meegemaakt, oudere mensen en mensen die roken. Volgens de CVRM-richtlijn zijn deze mensen altijd aangewezen op leefstijlaanpassing en vaak ook op behandeling met medicijnen. Om die zorg te organiseren en te financieren, is er het CVRM-ketenzorgprogramma. Deze ketenzorg is erop gericht om de kans op het optreden van en sterfte door hart- en vaatziekten te verlagen voor mensen die daar een hoge tot zeer hoge kans op hebben. Dat gebeurt door zorg te bieden in de eerste lijn. De manier waarop zorg voor deze groep mensen is georganiseerd en gefinancierd, bestaat nu zo'n tien jaar. Wetenschappelijk onderzoek toont echter nog geen duidelijke meerwaarde aan van het CVRM-ketenzorgprogramma.[58,59]

Grotere en diversere groep mensen in CVRM-ketenzorg

Steeds meer mensen komen in aanmerking voor het CVRM-ketenzorgprogramma. Zij krijgen deze zorg vaak van de praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk. Het gaat nu om zo'n 10 procent van alle mensen in Nederland. Met de vergrijzende bevolking neemt dat aantal verder toe. Mensen die een hart- en vaatziekte hebben meegemaakt, worden zo mogelijk terugverwezen naar hun huisarts. Bij ouderen neemt het aantal mensen met meerdere, vaak ook chronische aandoeningen toe. De groep mensen met een hoge tot zeer hoge kans op hart- en vaatziekten is dus niet alleen heel groot, maar ook zeer divers.

De huidige, sterk gestructureerde CVRM-zorg voor mensen met meerdere chronische aandoeningen is niet voldoende persoonsgericht.[60] In de praktijk zien we dat het huisartsen en praktijkondersteuners vaak niet lukt om geschikte ondersteuning te verlenen bij leefstijlaanpassing (zie hoofdstuk 1). De streefwaarden voor bloeddruk en cholesterolgehalte worden dan niet gehaald. Behandeling met medicijnen ligt dan snel in het verschiet.

Huisarts heeft minder contact, maar meer administratielasten

Het CVRM-ketenzorgprogramma regelt de organisatie en financiering van zorg voor mensen met hoge tot zeer hoge kans op hart- en vaatziekten. Dit programma biedt in de praktijk weinig ruimte voor persoonsgerichte zorg. Huisartsen hebben met de CVRM-ketenzorg minder contact met hun patiënten (zie kader). De opzet van de ketenzorg met de daaraan gekoppelde financieringsvoorwaarden maken uitvoering door de praktijkondersteuner mogelijk. Het betekent dat deze patiëntzorg meer op afstand van de huisarts komt te staan. Verder kan de verantwoording van de uitgaven voor ketenzorg per zorgverzekeraar verschillen. Huisartsen moeten jaarlijks per persoon nagaan welke CVRM-zorg wordt vergoed door hun zorgverzekeraar en onder welke voorwaarden. Dit geeft administratieve druk en registratielast.

Initiatieven

Momenteel lopen er enkele experimenten om ketenzorg persoonsgerichter en tegelijk integraal vorm te geven. Met integraal bedoelen we dat de aandacht gericht moet worden op een meervoudige, chronische zorgvraag. Het gaat om de volgende initiatieven:

- De brancheverenigingInEen heeft in 2020 het *Denkraam integratie zorgprogramma's voor chronische aandoeningen* opgesteld.
- Het project *Ketenzorg Ontketend* heeft een integraal zorgprogramma ontwikkeld ter vervanging van de ketens CVRM, COPD en diabetes mellitus type 2.
- Het *TARGET-programma* uit 2016 richt zich op efficiëntere en persoonsgerichtere organisatie van zorg. In 2021 heeft een TARGET-pilot gelopen met het persoonsgerichte gesprek 'Mijn Positieve Gezondheid' in zeven Drentse huisartsenpraktijken.

2.3 | Ontwikkelen van specifieke persoonsgerichte informatie

Mensen zijn niet bekend met wat leefstijlaanpassing of medicijnen hen kan opleveren aan (gezonde) levensjaren. Dit kan leiden tot medicalisering en te lang doorbehandelen. Ook is er onvoldoende aandacht voor specifieke bijkomende gezondheidsproblemen. Dit betekent dat iemand een of meer (chronische) aandoeningen heeft naast de hoofddiagnose. Het Zorginstituut ondersteunt de ontwikkeling van relevante informatie. Harteraad en Patiëntenfederatie Nederland pleiten voor ontwikkeling van keuzehulpen voor mensen met verhoogde kans op hart- en vaatziekten.

Gezondheidsdoelen van mensen verschillen

Zorg moet passen bij de persoonlijke situatie, behoeften en wensen van mensen. Welke zorg of behandeling het beste aansluit, bepalen de zorgvrager en zorgverlener in een gezamenlijk besluitvormingsproces. Daarbij is goede keuze-informatie nodig.

Afhankelijk van het risicoprofiel geeft de CVRM-richtlijn aanbevelingen voor behandeling. Maar niet iedereen blijkt dezelfde gezondheidsdoelen na te streven. Mensen met een verhoogde kans op hart- en vaatziekten kunnen heel verschillend staan tegenover de mogelijke trajecten om de leefstijl aan te passen of medicijnen te gaan gebruiken. Het gaat om de haalbaarheid van de leefstijlaanpassing of het (levenslange) medicijngebruik met daarbij mogelijke bijwerkingen. Mensen willen deze kunnen afwegen met de te verwachten gezondheidswinst aan (gezonde) levensjaren en kwaliteit van leven. Daarbij spelen ook persoonlijke omstandigheden een rol, zoals leeftijd en eventuele andere aandoeningen.

Verwachtingen van behandelingen hoger dan werkelijkheid

Uit onderzoek blijkt dat mensen een substantiële gezondheidswinst verwachten als hun zorgverlener een behandeling voorstelt. De verwachting van het effect ligt vaak vele malen hoger dan het effect dat wetenschappelijk is vastgesteld.[61] Bij iemand met een licht of matig verhoogde kans op hart- en vaatziekten is het effect van een behandeling lager dan

Ketenzorg CVRM

Mensen met een hoge of zeer hoge kans op hart- en vaatziekten en mensen die al hart- en vaatziekte hebben, komen in aanmerking voor het CVRM-ketenzorgprogramma bij hun huisarts. Jaarlijks voorziet dit programma in een huisartsenconsult, een gewone bloeddrukmeting, leefstijladvies en begeleiding bij stoppen met roken. Binnen een huisartsenpraktijk draagt de huisarts deze zorg vaak over aan de daartoe opgeleide praktijkondersteuner van de huisarts. Bij deze 'eerste schil' is ook een apotheker betrokken. Verder kunnen ook zorgverleners uit 'de tweede schil' worden geraadpleegd. Het gaat dan om paramedici, zoals fysiotherapeuten, diëtisten en psychologen. Medisch specialisten, zoals een cardioloog, neuroloog of internist, kunnen binnen de ketenzorg een adviserende functie hebben.

Naast CVRM-ketenzorg zijn er ketenzorgprogramma's voor patiënten met de longziekte COPD en diabetes type 2. Zorg binnen een van deze ketens sluit (organisatie en financiering van) ketenzorg in een andere uit.

bij iemand met een hoge of zeer hoge kans. De eventuele behandeling geeft dan een beperktere gezondheidswinst.[62,63] Daarbij is het voor mensen lastig om een beeld te vormen van een kans op hart- en vaatziekten of overlijden daaraan. Zeker als wordt gesproken over relatieve kansen. Veel gepubliceerd onderzoek over behandelingen benadrukt de afname van de relatieve kans voor mensen om te overlijden aan hart- en vaatziekten. Maar de vermindering van de absolute kans op overlijden door een behandeling is vaak kleiner. Daarnaast kunnen behandelingen nadelige neveneffecten, risico's of bijwerkingen geven.

Volgens de uitgangspunten van samen beslissen moet de verwachte en wetenschappelijk vastgestelde gezondheidswinst onderwerp van gesprek zijn.[64] Ook het voortzetten van medicijngebruik moet vaker onderwerp zijn van gezamenlijke besluitvorming tussen zorgvrager en behandelaar.

Laagdrempelige keuzehulp nodig

Patiëntenverenigingen pleiten voor de ontwikkeling en laagdrempelige beschikbaarheid van een keuzehulp voor mensen. Deze ontbreekt voor de verschillende groepen mensen met verhoogde kans op hart- en vaatziekten of overlijden daardoor. Zo'n keuzehulp moet inzicht geven in de daadwerkelijke gezondheidswinst van bloeddruk- en cholesterolverlagende medicijnen, op basis van individuele kenmerken van mensen. Mensen zouden een dergelijke keuzehulp samen met hun behandelaar kunnen doorlopen en de uitkomsten ervan gebruiken voor de gezamenlijke besluitvorming over leefstijlaanpassing of medicijnen. Naast deze kennis hebben mensen ook gezondheidsvaardigheden nodig om dit gesprek te kunnen voeren.

Aanzet tot keuzehulpen

In 2018 is de Dutch CardioVascular Alliance (DCVA) opgericht. De DCVA helpt om onderzoeksresultaten te vertalen naar de verbetering van het dagelijks leven van mensen. Het onderzoekscollectief van de Hart- en vaatziekten Huisartsen Adviesgroep (HartVaatHag) en het Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde research (UNH-R) van het NHG werken samen met de DCVA. Mogelijk kan deze samenwerking de ontwikkeling van een keuzehulp stimuleren. Ook Harteraad ondersteunt deze ontwikkeling. Het NHG verwacht eind 2023 een keuzehulp over onder meer leefstijlaanpassingen op de website Thuisarts.nl te plaatsen.

Uitgangspunten Samen beslissen

In richtlijnen staat samen beslissen beschreven als de uitwisseling van informatie, waarbij de arts alle noodzakelijke medische informatie verstrekt en de patiënt informatie verstrekt over zichzelf en over wat voor hem of haar belangrijk is. Het is een overleg over de verschillende behandelopties, inclusief bijbehorende voordelen en nadelen, en over de voorkeuren van de patiënt en de arts (mede gebaseerd op hun persoonlijke waarden). Hier mee bereiken ze een gezamenlijke beslissing over het te volgen behandelbeleid.

CVRM in de praktijk

De meeste mensen met een verhoogde kans op hart- en vaatziekten zeggen tevreden te zijn over de informatievoorziening en communicatie in hun zorgtraject. Toch nemen zorgverleners en zorgvragers nog niet altijd samen een beslissing over de behandeling.

Informatievoorziening en communicatie in de praktijk

Het Zorginstituut heeft in 2022 onderzoek laten doen naar de informatievoorziening en communicatie over hart- en vaatziekten in de praktijk. Aan het onderzoek deden ruim 1200 mensen met een grote kans op hart- en vaatziekten mee.[53] Daaruit kwam een aantal belangrijke resultaten naar voren.

- Verhoogde kans: ruim zes op de tien deelnemers herinnert zich dat hun arts de oorzaak onderzocht waardoor de kans bij hen wordt vergroot op hart- en vaatziekten en hoe groot de kans is.
- Begrijpelijke informatie: de meerderheid is positief over de hoeveelheid en de begrijpelijkheid van de informatie die zij kreeg.
- Leefstijladvies: niet alle deelnemers met een verhoogde kans zeggen leefstijladvies te hebben gekregen. Vooral mensen met een licht of matig verhoogde kans geven dit aan.
- Medicijnen: mensen met een licht tot matig verhoogde kans krijgen vaker medicijnen voorgeschreven dan op basis van de richtlijn verwacht mag worden.
- Samen met de zorgvrager: het samen beslissen over de behandeling gebeurt nog niet altijd. Hoewel deelnemers over het algemeen tevreden zijn met het gesprek over de behandeling, blijkt dat informatie over eventuele nadelen van een behandeling en overige behandelopties niet worden besproken.
- Regelmatige controles: acht op de tien deelnemers geeft aan dat ze regelmatig wordt gevraagd langs te komen om onder andere bloeddruk en cholesterol te controleren. Bij een kwart van de deelnemers vraagt hun zorgverlener nooit naar therapietrouw. Sommige deelnemers hebben het gevoel dat er te veel wordt gewerkt volgens standaardprotocollen, zonder aandacht voor de voorkeuren van mensen.

Mensen schatten hun grotere kans vaak te laag in

Met een klein aantal deelnemers zijn verdiepende gesprekken gevoerd. Daaruit komt naar voren dat zij zich 'veilig' voelen door de regelmatige controles bij een zorgverlener en het zo goed mogelijk opvolgen van medicijnvoorschrift en leefstijladvies. Opvallend in het onderzoek is dat deelnemers hun kans op hart- en vaatziekten veel lager inschatten dan hun risicoprofiel aangeeft.

Vooral mensen die al een hartinfarct, beroerte of operatie voor hart- en vaatziekten hebben gehad, houden ondanks de behandeling een zeer grote kans om opnieuw een (acute) hart- en vaatziekte te krijgen. Als zij zelf een gezond gewicht hebben en niet roken, voelen zij zich vaak niet bij een risicogroep horen. Ook de gesprekken met de zorgverlener spelen hierbij een rol. Als die hen niet behandelt als iemand met een grote kans op herhaling, kan dit ten onrechte de indruk geven dat de kans is verminderd. Overigens werd het onjuist inschatten van de verhoogde kans door mensen ook geconstateerd in eerder onderzoek.[54,55]

Verschillende richtlijnen vergeleken

In Nederland is de multidisciplinaire richtlijn CVRM ontwikkeld door het NHG, de Nederlandse Vereniging van Internisten Vasculaire Geneeskunde (NVIVG) en de Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie (NVVC). De NHG-behandelrichtlijn is daarvan een nadere uitwerking. Het Zorginstituut heeft de richtlijn CVRM vergeleken met internationale richtlijnen. De richtlijnen komen in grote lijn met elkaar overeen voor wat betreft de afbakening van de patiëntgroep (indicatie) en leefstijladviezen. De meeste aanbevelingen voor en adviezen over de verschillende richtlijnen voor medicijngebruik zijn op de meeste punten vergelijkbaar, maar verschillen bij de specifieke adviezen voor bepaalde leeftijdsgroepen, streefwaarden en keuze voor type medicijnen. Niet alle richtlijnen besteden evenveel aandacht aan informatievoorziening en communicatie met mensen en het samen beslissen.

Momenteel wordt een aantal onderdelen van de CVRM-richtlijn herzien.

3

Waardengedreven zorg bieden aan mensen met hart- en vaatziekten

Als mensen een (acute) hart- en vaatziekte krijgen, is vaak direct zorg nodig. Door medisch-technologische innovaties nemen de mogelijkheden voor levensverlengende behandelingen in de hart- en vaatzorg toe. Nieuwe zorg biedt kansen, maar leidt ook vaak tot een stijging van zorgkosten. Het Zorginstituut gaat met andere partijen na hoe de prioriteit kan komen te liggen bij zorginnovaties met een duidelijke gezondheidswinst voor mensen en een belangrijk maatschappelijk nut.

Dit hoofdstuk in het kort

Signalen

1. Voor mensen met hart- en vaatziekten is niet altijd duidelijk wat goede zorg is.
2. Mensen kunnen kapitaalintensieve, medisch- technologische zorg of digitale zorg (vergoed) krijgen zonder dat een meerwaarde is aangetoond van de inzet van deze technologieën in vergelijking tot de gebruikelijke zorg.
3. Een deel van digitale zorg waarvan de meerwaarde voor patiënten, personeel of milieu is aangetoond, loopt vast na afloop van de pilot of subsidiefase en kan niet op een grotere schaal in de praktijk worden geïmplementeerd.
4. Mensen weten niet of de hen geleverde en door de basisverzekering vergoede medische (hartvaat)zorg voldoet aan de wettelijke criteria daarvoor.
5. Er is weinig aandacht voor duurzaamheid in de zorg.

Oplossingsrichtingen

1. Kwaliteit van cardiologische richtlijnen verbeteren.
2. Instroom van dure innovaties beter afbakenen.
3. Stimuleren van digitaliseren;
4. Randvoorwaarden voor de basisverzekering verduidelijken.
5. Bewust worden van mogelijkheden om de zorg duurzamer te maken.

Wie neemt het voortouw

1. NVVC, programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG), het Zorginstituut.
2. NVVC, het Zorginstituut.
3. ZN, het Zorginstituut.
4. Het Zorginstituut.
5. Het Zorginstituut.

Sterke toename behandelopties

Tijdens het ontstaan, de ontwikkeling van de kans op en uiteindelijk de behandeling van hart- en vaatziekten gaan verreweg de meeste aandacht en middelen naar behandeling. De medisch-specialistische kennis en de mogelijkheden voor behandeling van hart- en vaatziekten zijn in de afgelopen vijftig jaar sterk toegenomen. De levensverwachting van mensen na een beroerte of infarct is daardoor aanzienlijk verbeterd, net als hun kwaliteit van leven. Wel zijn zij meestal de rest van hun leven hartvaatpatiënt (zie hoofdstuk 4).

Effectieve zorg vastgesteld door zorgverleners

Zorgverleners en hun wetenschappelijke verenigingen spelen een centrale rol in het zorgstelsel. Zij verlenen de zorg. Het is hun rol om op basis van onderzoek en criteria te formuleren wat bij een bepaalde indicatie effectieve en goede zorg is. Die zorg valt dan bijna altijd onder de basisverzekering. Iedereen in Nederland betaalt daaraan mee. De zorgverlener en de zorgvrager gaan samen na of die zorg ook past bij de individuele kenmerken en voorkeuren van de zorgvrager.

Waardengedreven zorgt vraagt om zorgvuldige afwegingen

De samenleving verwacht een meerwaarde van gezondheidszorg en welzijn in verhouding tot de kosten, inzet van zorgverleners en belasting van het milieu. Waardengedreven zorg vraagt daarom steeds om zorgvuldige afwegingen. Die afwegingen moeten plaatsvinden op tal van momenten en plekken. Het gaat niet alleen over de zorgrelatie tussen zorgverlener en zorgvrager, maar ook over de context, de wijze waarop zorg en welzijn zijn georganiseerd en gefinancierd, en hoe dat in de praktijk vorm krijgt. Daarbij worden afwegingen gemaakt over wat medisch of technisch kan en wat een meerwaarde heeft voor de individuele en publieke gezondheid.

Dit geldt ook voor dure (nieuwe) behandelingen en voor vormen van digitale zorg. Daarbij moet voldoende ruimte beschikbaar blijven voor de ontwikkeling en introductie van innovaties. In dit hoofdstuk agenderen we dat de kwaliteit van aanbevolen zorg in cardiologische richtlijnen beter op orde moet zijn en duidelijkheid geeft over welke meerwaarde de aanbevolen zorg heeft voor mensen. Verder gaan we in de volgende paragrafen in op de oplossingsrichtingen om de waardengedrevenheid van zorg te verbeteren aan mensen met hart- en vaatziekten.

Dit hoofdstuk heeft een algemener karakter dan alleen hart- en vaatzorg.

3.1 | Kwaliteit van cardiologische richtlijnen verbeteren

Mensen met hart- en vaatziekten kunnen niet altijd rekenen op zorg die voldoet aan de criteria die in Nederland gelden. In cardiologische richtlijnen volgt de aanbevolen zorg niet altijd recent wetenschappelijk onderzoek. De beroepsvereniging NVVC gaat dit verbeteren en gaat in het programma ZE&GG de kennishiaten helpen oplossen. Het Zorginstituut nodigt de Federatie Medisch Specialisten (FMS) uit om kwaliteitsontwikkeling samen af te stemmen.

Richtlijnen voor medische zorg beter onderbouwen

De reguliere medische zorg voor hart- en vaatziekten, zoals leefstijladvies, diagnostiek, behandeling en nazorg, staat beschreven in richtlijnen. Het opstellen van richtlijnen is de verantwoordelijkheid van beroepsgroepen in samenspraak met relevante andere partijen, waaronder patiënten. Een richtlijn geeft aanbevelingen voor het leveren van zorg en moet voldoen aan de actuele wetenschappelijke inzichten en overeenkomen met gangbare zorg in de praktijk.

Het Zorginstituut signaleert dat een aantal cardiologische richtlijnen verbetering nodig heeft.[65] Aanbevolen persoonsgerichte zorg in cardiologische richtlijnen blijkt onvoldoende eenduidig en transparant te zijn. Verder zijn de aanbevelingen niet altijd onderbouwd met het beschikbare meest relevante niveau van wetenschappelijk bewijs. Een voorbeeld hiervan is de discussie over streefwaarden. Aanbevelingen negeren soms de gesignaleerde kennishiaten, en hogere niveaus van wetenschappelijk bewijs worden soms zonder duidelijke reden buiten beschouwing gelaten. In Nederland geldt de GRADE-methodiek als de norm voor wetenschappelijke onderbouwing in Nederlandse richtlijnen (zie kader). De NVVC past GRADE nog niet overal toe. In plaats daarvan zijn de meeste cardiologische richtlijnen die in Nederland worden gebruikt, gebaseerd op overeenstemming tussen Europese vakgenoten. De NVVC neemt in Nederlandse cardiologische richtlijnen veel over van de *European society of cardiology* (ESC). Door de afwijkende presentatie van de aanbevelingen in de ESC-richtlijnen is de onderbouwing van de aanbevelingen bovendien lastig te interpreteren. Artsen kunnen hierdoor onjuiste conclusies trekken over de waarde van de aanbeveling. Ten slotte blijven het perspectief van zorgvragers, het samen beslissen en de organisatie van zorg onderbelicht in de ESC-richtlijnen en de Nederlandse cardiologische richtlijnen.

Beroepsverenigingen aan zet

Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) neemt een sleutelpositie in bij het ontwikkelen en updaten van richtlijnen voor medisch-specialistische zorg in Nederland. Net als de NVVC is de FMS op de hoogte van de verbeteringen die nodig zijn. Beide partijen zetten de komende jaren in op herziening van de richtlijnen voor hart- en vaatziekten. Daarbij zal in elk geval de wetenschappelijke onderbouwing van zorg een aandachtspunt zijn. Kennishiaten kunnen bij het programma ZE&GG worden aangedragen voor nadere onderbouwing.

Afstemmen van kwaliteitsontwikkeling

Het Zorginstituut heeft de wettelijke taak om de kwaliteitsverbetering van zorg te stimuleren. Vanuit die wettelijke taak zoekt het Zorginstituut de samenwerking met de FMS om tot een meer eenduidige manier van kwaliteitsmeting van zorg in Nederland te komen.

GRADE-methodiek

Nederland gebruikt voor de beoordeling van beslissingen en aanbevelingen de internationaal geaccepteerde methode *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations* (GRADE). Hierbij worden de principes van *evidence-based medicine* gevolgd. De kern van GRADE is dat de op systematische wijze gezochte en geselecteerde literatuur en overige onderbouwing op transparante en gestructureerde wijze worden beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren gewogen.

3.2 | Instroom van dure innovaties beter afbakenen

Soms wordt dure medisch-technologische zorg toegepast en vergoed zonder dat de meerwaarde is aangetoond. De NVVC ontwikkelde een innovatieprocedure om tot een zorgvuldige afweging te komen bij de instroom van nieuwe innovaties. ZN heeft behoefte aan afbakening van de instroom. Het Zorginstituut gaat de mogelijkheden na om deze ontwikkelingen te faciliteren.

Eerder zicht op potentie van innovatie

Innovaties in de zorg hebben ruimte nodig binnen het zorgstelsel om hun waarde te bewijzen. Tegelijk kunnen innovaties alleen passende zorg bevorderen als er een relevante meerwaarde is voor gezondheidswinst en ze een maatschappelijk nut hebben. Het Zorginstituut streeft naar een proactieve benadering, zodat innovatie in de zorg leidt tot passende zorg. Door eerder en nauwer betrokken te zijn bij het innovatieproces, speelt het Zorginstituut in op de vraagstukken bij de instroom en opschaling van nieuwe medische hartvaatzorg in de basisverzekering. ‘Eerder’ betekent aan de voorkant van het innovatieproces. Dus vóórdat er mogelijk grote investeringen zijn gedaan door zorginstellingen en ingrijpen moeilijk wordt. ‘Nauwer’ betekent dichter bij de daadwerkelijke ontwikkelingen in de klinische praktijk.

Prioriteren van innovaties

Innovaties met een duidelijke gezondheidswinst voor mensen en een belangrijke meerwaarde voor de zorg in zijn geheel moeten zo snel mogelijk vanuit de onderzoeksfase beschikbaar komen voor iedereen die ze nodig heeft. In de huidige praktijk komt het voor dat effectiviteit, kosteneffectiviteit en organisatorische meerwaarde onvoldoende zijn aangetoond, terwijl sommige ziekenhuizen de medisch-technologische innovatie al toepassen. In dat geval mag die niet worden vergoed uit de basisverzekering. De betreffende ziekenhuizen moeten de kosten daarvan zelf opvangen. Perspectiefrijke innovaties moeten wel ruimte krijgen om hun meerwaarde aan te tonen met de juiste bewijsvoering en passende onderzoeksdesign. Zo hebben zij kans om uit de basisverzekering vergoed te worden. Innovaties die niet of niet alsnog aan zulke criteria kunnen voldoen, stoppen daardoor eerder. Dit voorkomt vermijdbare kosten en weglekken van tijd en energie. Met de Horizonscan MedTech voert het Zorginstituut hiertoe een pilot uit.

Innovatieprocedure toepassen en faciliteren

De NVVC heeft in 2022 de *Procedure Innovatie* gepubliceerd voor persoonsgerichte innovaties.[66] De procedure gaat over technologische en procesinnovaties. De procedure is erop gericht om zorginnovaties voor hart- en vaatziekten op tijd in beeld te krijgen en te selecteren welke relevant zijn voor mensen. De beroepsvereniging wil hiermee een goede procedure maken voor structurele bekostiging en eventuele opname in de basisverzekering. Ook de adviezen van patiëntenorganisaties en industriële partijen worden meegenomen. ZN heeft aangegeven behoefte te hebben aan afbakening van de instroom van nieuwe innovaties. Andere belangrijke vragen gaan over financieringsbronnen en over hoe de procedure bijdraagt aan passende zorg. Er moet informatie komen over waar in het zorgpad de innovatie meerwaarde heeft en wat daarbij als passend bewijs geldt. Het Zorginstituut volgt met interesse deze ontwikkeling en de eerste ervaringen die met de nieuwe innovatieprocedure van de NVVC worden opgedaan. Het Zorginstituut wil met partijen de mogelijkheden nagaan hoe de implementatie van de procedure kan worden gefaciliteerd. Verder geeft het Zorginstituut toelichting op beoordelingsvraagstukken en ondersteunt het kennisontwikkeling daarover. Bijvoorbeeld waar mogelijk sprake is van een technische variant op een interventie waarvan de meerwaarde vaststaat of niet ter discussie staat.[67]

Een voorbeeld van innovatie bij mensen met pijn op de borst is een onderzoek van het Radboudumc. Het gaat om mensen met acute klachten die voorheen door de ambulance naar de Eerste Hart Hulp (EHH) werden gebracht. Door ambulancepersoneel de mogelijkheid te geven om mensen ter plekke te onderzoeken en het troponine-gehalte in het bloed te bepalen, blijkt vervoer naar de EHH vaak niet nodig.[68]

3.3 | Stimuleren van digitaliseren

Digitale zorg wordt ook wel *e-Health* genoemd. Het vergroot de toegang van mensen tot zorg en kan bijdragen aan de betaalbaarheid van zorg. Denk bijvoorbeeld aan inzet van personeel dat door e-Health wordt bespaard. Of aan de mogelijkheden van zorg op afstand en zorg thuis. Toch is een deel van de digitale zorg geen aantoonbare verbetering. En een ander deel dat de zorg wel verbetert, kan niet altijd worden geïmplementeerd en opgeschaald. Partijen werken samen om digitale zorg integraal onderdeel te maken van zorgverlening.

Zorg op afstand verandert en voegt toe

Bij innovatie voor persoonsgerichte zorg op afstand spelen verschillende vraagstukken. Deze gaan over effectiviteit, kosteneffectiviteit en digitale uitwisseling van gegevens tussen zorgvragers en zorgverleners en tussen zorgverleners onderling. Teleconsult en telemonitoring zijn voorbeelden van zorg op afstand. Het kan gaan om het vervangen van zorg, doordat de vorm of manier van leveren van de zorg verandert. Het kan ook om nieuwe zorg gaan. Het

Innovatie en bekostiging

Als er dure medisch-technische innovaties op de markt worden toegelaten, kunnen deze nu zonder belemmering in de zorgpraktijk binnenkomen. Er bestaat geen procedure voor aanschaf, gebruik en indicatie-uitbreiding van dure technologie in de zorg. De toetsing of een nieuwe technologie of interventie veilig, effectief en doelmatig is, ligt primair bij zorgprofessionals en zorgverzekeraars. Dit staat in schril contrast tot de toelating van dure geneesmiddelen en de geneesmiddelen die buiten ziekenhuizen om op de markt komen. Daarbij voorziet het Zorginstituut in een expliciete toetsing om deze geneesmiddelen wel of niet toe te laten tot de basisverzekering.

Meer over innovatie in publicaties van het Zorginstituut:
- Zorg voor innoveren;
- Pilot Horizonscan Medische Technologie;
- Leidraad NIKP (Nieuwe Interventies in de Klinische Praktijk);
- Vormgeven aan passende zorg bij chirurgische innovaties.

Zorginstituut heeft eerder de volgende uitspraak over e-Health gedaan: wanneer het gaat om het vervangen van bestaande zorg waarvan de effectiviteit niet wezenlijk wijzigt, is de zorgverlening in digitale vorm verzekerde zorg. Als het om 'nieuwe' zorg gaat, dan moet deze worden beoordeeld zoals dat ook voor andere interventies geldt.[69] Naar verwachting leidt de inzet van e-Health niet direct tot daling van de zorgkosten en de werkdruk.[70]

Zorgverzekeraars werken samen aan implementatie digitale zorg

Bij het *Kenniscentrum Digitale Zorg* werken zorgverzekeraars samen aan mogelijkheden om doelmatige digitale en hybride zorg sneller te implementeren. Aan de hand van een systematiek wordt de te verwachten meerwaarde van digitale zorg in beeld gebracht en bepaald of deze zorg veilig, effectief, opschaalbaar en verzekerbaar kan zijn. Voor de verzekerbaarheid van deze zorg gaat het om handvatten voor het verzamelen van passend bewijs voor de meerwaarde van digitale zorg. In het Kenniscentrum Digitale zorg kijken zorgverzekeraars samen met het Zorginstituut naar ontwikkeling van deze handvatten. De systematiek kan ook aanwijzingen opleveren voor wanneer de digitale zorg voor een duiding bij het Zorginstituut wordt voorgedragen.

Initiatieven voor innovatie van digitale zorg

Zorgaanbieders kunnen voor het investeren in zorg op afstand een beroep doen op transformatiegeld van het IZA. Dit betekent dat er geld beschikbaar is voor de transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek. Hieronder beschrijven we initiatieven van innovatie bij de zorg voor mensen met hart- en vaatziekten.

- De DCVA heeft een visie op zorg op afstand ontwikkeld. De inzet van digitale hart- en vaatzorg is alleen wenselijk als die aantoonbare meerwaarde heeft, kosteneffectief is en mensen keuzevrijheid geeft. Er moet voldoende begeleiding zijn, het moet ondersteunend zijn aan de behandeling en er deel van uitmaken. Momenteel werkt DCVA het actieplan verder uit.
- *Zorg op afstand met telebegeleiding* wordt al geruime tijd toegepast bij mensen met hartfalen, maar er zijn nog steeds veel vragen. Uit onderzoek blijkt dat telebegeleiding bij hartfalen meestal niet leidt tot minder opnames en bezoeken aan de spoedeisende hulp. Ook zijn er aanwijzingen dat de zorgvraag toeneemt. Verder is het effect op de zorgkosten onduidelijk.
- In 2021 is de prospectieve multicenter *registry-based* cohort studie (*RELEASE-HF*) van start gegaan. Het doel van deze studie is het identificeren voor welke subgroep van mensen met hartfalen telebegeleiding (kosten)effectief is en welke vormen van telebegeleiding het meest (kosten)effectief zijn. De studie geeft antwoord op een van de kennishiaten uit de *Kennisagenda 2019* van de NVVC.

Meer over digitaliseren:

- Wanneer is e-Health verzekerde zorg? Zorginstituut Nederland, 2011.
- The COVID-19 Pandemic and the Future of Telemedicine. OECD, 2023.
- Integraal Zorgakkoord 2022.

3.4 | Randvoorwaarden voor de basisverzekering verduidelijken

Van sommige behandelingen in de hart- en vaatzorg is niet bekend of ze voldoen aan de criteria voor verzekerde zorg. Terwijl deze zorg wel wordt geleverd en wordt vergoed uit de basisverzekering. Om te zorgen dat de zorg ook in de toekomst toegankelijk blijft, moet het Zorginstituut aansturen op het wegnemen van deze onduidelijkheden bij alle medische zorg. Een mogelijkheid voor verduidelijking van de randvoorwaarden in de hart- en vaatzorg is dat betrokken partijen samen een kwaliteitskader opstellen.

Het overgrote deel van de zorg die onder de basisverzekering valt, staat alleen in algemene termen beschreven in de Zorgverzekeringswet. Dit voorkomt dat de overheid elke (nieuwe) diagnostiek of behandeling beoordeelt voor vergoeding, bij elk medisch vakgebied. Zo komen innovaties in de praktijk sneller beschikbaar en blijft de zorgpraktijk up-to-date. Een nadeel van dit 'open systeem' is dat niet altijd duidelijk is of een behandeling

voldoet aan de vereisten voor verzekerde zorg en in aanmerking komt voor vergoeding (zie kader). De overheid vertrouwt hiervoor op partijen die bij deze zorg betrokken zijn, zoals zorgverleners, wetenschappelijke verenigingen, zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars.

Zorg in de basisverzekering verduidelijken

Met het oog op goede patiëntenzorg en optimale inzet van collectieve middelen is duidelijkheid wenselijk of een behandeling voldoet aan de wettelijke vereisten voor verzekerde zorg en in aanmerking komt voor vergoeding. Met name wat betreft de tweede vereiste om voor vergoeding in aanmerking te komen, het voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, onderkennen partijen in het IZA dat meer verduidelijking nodig is. Het Zorginstituut zoekt nu naar mogelijkheden om hierover meer helderheid te scheppen. Bij kennishiaten die de beroepsgroepen hebben geconstateerd, kan nader wetenschappelijk onderzoek worden ingezet. Het programma ZE&GG is speciaal hiervoor ingericht. Ook kan het Zorginstituut vaker een standpunt innemen over de specifieke meerwaarde van een zorginterventie. Met een standpunt verduidelijkt het Zorginstituut of bepaalde zorg in de basisverzekering zit. Op basis van nieuwe wetenschappelijke inzichten kan het Zorginstituut ook medische interventies toetsen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Hiervoor wordt de GRADE-methodiek gebruikt (zie paragraaf 3.1).

Randvoorwaarden voor passend zorgaanbod verduidelijken

Passende zorg gaat ook over de randvoorwaarden waaronder zorg tot stand komt. Het gaat vooral over hoe we zorg organiseren en leveren. Dit geldt ook voor gezamenlijke besluitvorming en afweging van alternatieven. De Kwaliteitsraad van het Zorginstituut adviseert het bevorderen van maatschappelijke kwaliteitskaders per sector. Hierin kunnen afspraken over de context van zorgverlening worden vastgelegd. In een kwaliteitskader formuleren betrokken partijen een gezamenlijke visie op goede zorg in de sector. Naast de beroepsverenigingen zijn daarbij ook de patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars vertegenwoordigd, en wordt de verbinding met sociale partners opgezocht.

3.5 | Bewust worden van mogelijkheden om de zorg duurzamer te maken

Duurzaamheid in de zorg heeft in het verleden weinig aandacht gekregen, terwijl wel mogelijkheden bestaan om de zorg duurzamer te maken. Daarom moet duurzaamheid een norm worden voor goede zorg. Dit vraagt om bijkomende afwegingen bij het aanbod van zorg. Partijen hebben hierover afspraken gemaakt. Het Zorginstituut gaat duurzaamheid betrekken bij zijn taken.

De Nederlandse zorgsector draagt voor ongeveer 7 procent bij aan de totale uitstoot van broeikasgassen. Ook is 4 procent van het afval in Nederland en 13 procent van het grondstoffengebruik afkomstig uit de zorg. Het is niet bekend hoe groot het aandeel van de zorg voor hart- en vaatziekten hierin is. Het grootste deel van de uitstoot en het grondstoffengebruik door de zorgsector wordt veroorzaakt door de productie van chemische producten. Denk aan geneesmiddelen en producten als zeep en oplosmiddelen.[71] De Gezondheidsraad vindt dat duurzaamheid een norm moet worden voor goede zorg, naast veiligheid, effectiviteit, doelmatigheid en cliëntgerichtheid. Dit vraagt erom dat duurzaamheid een plek krijgt in de strategische visie van zorginstellingen, in medische richtlijnen en in de opleiding van zorgpersoneel. Ook zijn aanpassingen nodig in de hele zorgketen van ontwerp, productie, gebruik en afvalverwerking van hulpmiddelen.[72]

Vereisten voor verzekerde zorg

Zorg moet aan drie wettelijke vereisten voldoen voordat het mag worden vergoed uit de basisverzekering:

1. Plegen te bieden: het gaat erom of de soort zorg tot het domein behoort van een bepaalde beroepsgroep en of deze beroepsgroep de zorg tot zijn deskundigheid rekent.
2. Stand van de wetenschap en praktijk: vervolgens moet bepaald zijn dat de zorg voldoende en op groepsniveau bewezen effectief is.
3. Redelijkerwijs aangewezen: ten slotte is het van belang dat de zorgverzekeraar toetst of een individuele verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Dit is het zogenoemde indicatievereiste.

Het Zorginstituut toetst alleen aan de wettelijke criteria als daar aanleiding voor is. Het resultaat van zo'n beoordeling noemen we een standpunt. Dit hoeft niet bekrachtigd te worden door de minister van VWS. Voor dure geneesmiddelen en geneesmiddelen die buiten ziekenhuizen om op de markt komen, vindt standaard een toets plaats door het Zorginstituut voor toelating tot de basisverzekering. Naast de wettelijke vereisten wordt hierbij ook getoetst aan de (maatschappelijke) criteria noodzakelijkheid, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Het resultaat hiervan is een advies aan de minister van VWS. Bij een positief besluit wordt het met een wetswijziging toegevoegd aan de zorg in de basisverzekering.

Meer hierover in publicaties van het Zorginstituut:

- Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk 2023;
- Pakketbeheer in de Praktijk 4.

Duurzaamheid laten meewegen in taken en verantwoordelijkheden

De ondertekenaars van het IZA erkennen de maatschappelijke verantwoordelijkheid om verduurzaming zo snel en efficiënt mogelijk te bewerkstelligen – iedere partij vanuit zijn eigen rol, verantwoordelijkheid en mogelijkheden.[73] Inhoudelijke afspraken over de uitvoering en financiering van verdere verduurzaming van de zorg hebben partijen uitgewerkt in de *Green Deal* 'Samen werken aan Duurzame Zorg'. Daarin staan de doelen en acties die partijen overeen zijn gekomen. Uiteindelijk moet de zorg in 2050 klimaatneutraal zijn en maximaal grondstoffen en materialen hergebruiken. De acties richten zich op meer bewustwording en kennis bij iedereen die met zorg te maken heeft, de relatie tussen een gezonde leefstijl, gezondheid en duurzame zorg en het verminderen van de milieubelasting van medicijngebruik.[74] Het Zorginstituut gaat verkennen hoe duurzaamheid meegenomen kan worden bij zijn wettelijke taken op het gebied van kwaliteit van zorg en voor verzekerde zorg in de basisverzekering.

Initiatieven voor verduurzaming in de zorg

Vanuit de cardiovasculaire geneeskunde zijn geen initiatieven bekend voor verduurzaming in de zorg. Wel komt er vanuit andere netwerken informatie met praktische tips voor duurzaam werken in ziekenhuizen. De volgende gaan ook over zorg voor hart- en vaatziekten:

- Het *Landelijk Netwerk de Groene OK* is een samenwerkingsverband van vijftien wetenschappelijke en beroepsverenigingen dat de zorg op de operatiekamer (ok) wil verduurzamen. Het netwerk stimuleert en ondersteunt individuele medisch specialisten en zorgprofessionals met informatie over duurzaam en veilig omgaan met anesthesiedampen, medicijnresten, energie, circulair werken en plastic afval. Het netwerk stelt hiervoor een landelijke leidraad duurzaamheid op. Het ministerie van VWS heeft in 2022 een subsidie toegekend aan het netwerk om de komende twee jaar de Nederlandse ok's verder te verduurzamen.
- *De Groene IC* ondersteunt intensive care (ic) afdelingen van ziekenhuizen bij de verduurzaming van de zorg. Door een netwerk op te bouwen van alle ic's in Nederland kunnen kennis en goede praktijkvoorbeelden worden gedeeld. Verder zet de Groene IC zich in voor het aanpassen van medische richtlijnen met oog voor duurzaamheid.
- Het Radboudumc heeft samen met zorgverzekeraar VGZ maatregelen doorgevoerd om zorg duurzamer te maken. Hieronder valt het thuis behandelen van mensen met een beroerte, alternatieve diagnostiek bij mensen met hoge bloeddruk en de inzet van een geriater na een TAVI-behandeling (zie 4.4). Uit een raming volgt dat het Radboudumc hiermee jaarlijks 48.000 kg CO_2 minder uitstoot. Dit is vergelijkbaar met ruim 300.000 autokilometers.[75]

4

Kwaliteit van leven met nazorg optimaliseren

Afhankelijk van de ernst van hart- en vaatziekten moeten mensen leren omgaan met de langetermijngevolgen en toewerken naar een zo goed mogelijk functioneren. Het is niet altijd duidelijk welke behandeling of zorg daadwerkelijk daaraan bijdraagt. Het Zorginstituut vraagt de beroepsverenigingen om hier meer duidelijkheid over te geven.

Dit hoofdstuk in het kort

Signalen

1. Mensen met een doorgemaakte hart- en vaatziekte blijven nogal eens onnodig lang onder controle in de tweede lijn.
2. Van mensen met hart- en vaatziekten die onder behandeling staan van een medisch specialist is niet altijd de hele gezondheidssituatie in beeld.
3. Bepaalde groepen mensen met stabiele angina pectoris krijgen hartrevalidatie aangeboden, terwijl voor hen de effectiviteit en doelmatigheid daarvan niet is vastgesteld.
4. Mensen krijgen medische technologie aangeboden waarvan de meerwaarde bij hun medische klachten niet is vastgesteld.

Oplossingsrichtingen

1. Toepasselijke zorg bieden aan mensen met een doorgemaakte hart- en vaatziekte.
2. Overzicht houden bij meerdere gezondheidsproblemen tegelijk.
3. Hartrevalidatie wetenschappelijk onderbouwen en doelmatig inzetten.
4. Inzet van medische technologie monitoren.

Wie neemt het voortouw

1. Coalitie Leefstijl in de Zorg, NVIVG, NVVC, Nederlandse Vereniging voor Hart- en Vaat Verpleegkundigen (NVHVV).
2. Beroepsgroepen en zorgaanbieders.
3. NVVC, FMS.
4. Het Zorginstituut.

In westerse landen zijn mensen met hart- en vaatziekten vaak chronische patiënten geworden. Dat komt doordat de hoogwaardige zorgverlening bij beroertes en infarcten inmiddels veel mensenlevens redt. Mensen die een infarct of beroerte hebben gehad, hebben een zeer hoge kans op een volgend infarct of beroerte. Daarom vallen zij in de hoogste risicogroep.

Niet voor elke hart- en vaatziekte is duidelijk hoeveel nazorg nodig is en welke gezondheidswinst dat oplevert. Mensen die een infarct of beroerte hebben doorgemaakt, komen altijd in aanmerking voor leefstijladvies, gestructureerde monitoring van risicofactoren en medicijnen (CVRM, zie hoofdstuk 2). Soms wordt hartrevalidatie of medische technologie ingezet. Daarnaast bieden Harteraad en Hartpatiënten Nederland informatie en praktische tips voor patiënten ter ondersteuning van zelfmanagement.

Het is onduidelijk of hartrevalidatie toegevoegde waarde heeft voor patiënten met stabiele angina pectoris die alleen medicijnen krijgen of een dotterbehandeling hebben ondergaan. Sommige medische technologie wordt aangeboden aan bepaalde patiëntengroepen, terwijl die voor hen geen toegevoegde waarde heeft.

In de volgende paragrafen gaan we verder in op de oplossingsrichtingen om de kwaliteit van leven van mensen met hart- en vaatziekten met nazorg te optimaliseren.

4.1 | Toepasselijke zorg bieden aan mensen met een doorgemaakte hart- en vaatziekte

Mensen die een hartinfarct of beroerte hebben doorgemaakt, hebben blijvend een zeer hoge kans op herhaling. Toch hebben zij invloed op sommige risicofactoren, waarmee zij de kans op een nieuwe hart- en vaatziekte kunnen beperken. Het is van belang om de zorg en ondersteuning daarvoor op de juiste plek aan te bieden. De Coalitie Leefstijl in de Zorg en verschillende beroepsverenigingen nemen hierbij initiatieven.

Na de behandeling in de acute fase van een hart- en vaatziekte, bijvoorbeeld na een hartinfarct of beroerte, staan patiënten het eerste jaar meestal onder controle van een medisch specialist in de tweede lijn. Vaak monitort een specialist het orgaanprobleem en voert de (vasculair) internist de hartvaatzorg uit. Behandeling bestaat uit adviezen voor leefstijlaanpassing en medicijnen. Mensen krijgen daarbij regelmatige controles om hun bloeddruk en cholesterolwaarden te monitoren (CVRM, zie hoofdstuk 2). De zorg richt zich op het verminderen van de risicofactoren die beïnvloedbaar zijn: roken, hoge bloeddruk, hoog cholesterol, ongezond gewicht, weinig beweging en veel stress.

Feitelijke kans op herhaling hoger dan beleefde kans

Uit onderzoek blijkt dat mensen denken dat hun kans op herhaling kleiner wordt door alleen monitoring of doordat ze onder behandeling staan van een medisch specialist of huisarts.[76,77] Ze verwachten dat monitoring een nieuw hartinfarct of beroerte kan voorkomen. Dat is niet het geval. Iemand die al eens een hartinfarct of beroerte heeft gehad, houdt een zeer hoge kans op herhaling. Het doel van de behandeling is om verdere schade aan het hart- en vaatstelsel te beperken en zo de levensverwachting te verbeteren.

Toepasselijke ondersteuning bij leefstijlaanpassing

Dat een leefstijlaanpassing voor chronische patiënten een centrale rol moet hebben, daarover bestaat brede consensus. In ziekenhuizen en revalidatiecentra zijn weinig mogelijkheden voor structurele ondersteuning en begeleiding bij leefstijlaanpassing,

terwijl mensen vlak na een hartinfarct of beroerte daar juist ontvankelijk voor zijn. De NVHVV stimuleert de kennisontwikkeling van de beroepsgroep en wil hieraan een bijdrage leveren. In de praktijk weten zorgverleners in de tweede en derde lijn niet altijd naar wie zij deze mensen daarvoor kunnen doorverwijzen. Zij zijn onvoldoende bekend met het zorgaanbod en hulp vanuit de gemeente en de informatie, ondersteuning en de beweegclubs van Harteraad.

De CVRM-richtlijn adviseert om mensen na afronding van de behandeling door een medisch specialist te verwijzen naar hun huisarts. In de praktijk zien we dat mensen lang onder controle blijven van medisch specialisten in de tweede lijn, en ook dat mensen regelmatig later opnieuw naar de tweede lijn worden verwezen. Door afspraken in het IZA is in 2023 de Coalitie Leefstijl in de Zorg van start gegaan. Deze coalitie heeft als missie dat vanaf 1 januari 2025 de inzet op gezonde leefstijl integraal onderdeel is van de reguliere zorg voor mensen met een gezondheidsklacht, aandoening of ziekte.[78]

Naast leefstijlaanpassing ook medicijnen

Naast advies over leefstijlaanpassing krijgen mensen met een hoge en zeer hoge kans vaak medicijnen om de streefwaarden voor bloeddruk en cholesterol te behalen. Idealiter wordt daarbij de verwachte gezondheidswinst afgewogen tegen de nadelige effecten, zoals bijwerkingen. Dit staat verder beschreven in hoofdstuk 2.

Afstemming tussen eerste en tweede lijn

Voor patiëntgerichte afstemming tussen zorgverleners in de eerste en tweede lijn ontbreken duidelijke afspraken om tot het best passende zorgaanbod te komen. De NVIVG wil hierover tot duidelijke afspraken komen. Op regionaal niveau zijn diverse voorbeelden van samenwerking te vinden.

- *Connect* is zo'n regionaal netwerkprogramma van de NVVC. Dit programma richt zich op betere samenwerking tussen de tweede en eerste lijn bij patiënten die CVRM-zorg nodig hebben. Connect gaat uit van de al bestaande infrastructuur van aangesloten regionale samenwerkingsverbanden. Belangrijke succesfactoren zijn de aanwezigheid van technische mogelijkheden voor gegevensuitwisseling tussen de eerste en tweede lijn en afspraken over een 'meedenk-consult' zodat medisch specialisten adviezen kunnen geven aan huisartsen.
- *Samen Gezond Spreekuur* is een initiatief van het Jeroen Bosch Ziekenhuis samen met huisartsen, de gemeente 's-Hertogenbosch en de GGD. Met een brede anamnese wordt gekeken naar alle facetten van iemands leven en daarmee dus ook naar de onderliggende problematiek. Ook hebben de betrokken partijen een gezamenlijk leefstijlprogramma ontwikkeld.

4.2 | Overzicht houden bij meerdere gezondheidsproblemen tegelijk

Mensen met hart- en vaatziekten of verhoogde kans daarop hebben meestal ook andere gezondheidsproblemen, vooral op latere leeftijd. Zij kunnen te maken krijgen met meerdere medisch specialisten en andere zorgverleners. Het blijkt dat de zorgverleners hun zorg, behandelingen en adviezen onderling onvoldoende op elkaar afstemmen. Er is meer overzicht nodig. Het is aan de beroepsverenigingen en zorgaanbieders om hierover duidelijke afspraken te maken.

Als mensen met een hart- en vaatziekte ook andere gezondheidsproblemen hebben, krijgen zij vaak te maken met verschillende zorgverleners. De richtlijnen adviseren artsen om het behandelbeleid daarop af te stemmen. Ook geven de richtlijnen aanvullende aanbevelingen bij vaak voorkomende overige aandoeningen. Het Zorginstituut signaleert dat in de praktijk onvoldoende overzicht wordt gehouden van de behandelingen en overige

zorg die een hart- en vaatpatiënt van verschillende zorgverleners ontvangt. Dat gebeurt ook als het gaat om zorgverleners binnen hetzelfde ziekenhuis. Multidisciplinair overleg tussen specialisten van de verschillende betrokken vakgebieden komt vaak niet tot stand en is ook niet altijd ingeregeld.

Mensen met meerdere aandoeningen integraal behandelen
Om medisch-specialistische zorg op een patiënt te kunnen afstemmen, is een zorgverlener nodig die het overzicht houdt en de regie neemt. Deze kan de andere betrokken zorgverleners feedback geven bij behandelingen en zien of die zorg aansluit bij de bijkomende gezondheidsproblemen. Eén zorgverlener die het aanspreekpunt is, is ook voor patiënten heel belangrijk. Patiënten of hun naasten kunnen in het algemeen de verschillende aspecten van hun gezondheidsproblemen niet geheel overzien. Daardoor wordt het voor hen lastig om daar op een goede manier naar te handelen. Hierdoor kunnen zij dit onvoldoende naar voren brengen tijdens de gezamenlijke besluitvorming over de behandelingen die zij voor hun verschillende aandoeningen krijgen.

4.3 | Hartrevalidatie wetenschappelijk onderbouwen en doelmatig inzetten

Hartrevalidatie is effectief na een infarct of bypassoperatie. Maar hartrevalidatie wordt ook gegeven bij andere hart- en vaatziekten, terwijl het nut daarvan niet duidelijk is. Het Zorginstituut heeft betrokken partijen gevraagd om hier helderheid over te geven. Ook kan zorg dicht bij huis mogelijkheden bieden voor doelmatige inzet van nazorg.

Revalidatie om functioneren te verbeteren
Na de behandeling van een acute hart- en vaatziekte kunnen mensen nazorg krijgen om hun leven weer op te pakken. De hartrevalidatie bestaat uit multidisciplinaire zorg met als doel minder toekomstige hart- of vaatincidenten en meer kwaliteit van leven. De cardioloog (of neuroloog bij een beroerte) bepaalt of een verwijzing naar revalidatie nodig is.[79,80] De toegevoegde waarde van revalidatie is alleen niet bij álle hart- en vaatziekten vastgesteld.

Revalidatie alleen effectief voor bepaalde patiënten
Hartrevalidatie is bewezen effectief bij mensen die een hartinfarct of een bypassoperatie hebben gekregen, en in bepaalde situaties ook na een dotterbehandeling. In 2017 heeft het Zorginstituut opgemerkt dat de toegevoegde waarde van hartrevalidatie en de gezondheidswinst voor mensen met stabiele angina pectoris niet wetenschappelijk vaststaat.[81] Daardoor bestaan twijfels over de doeltreffendheid van de inzet ervan voor de groep met deze indicatie. Ook voor overige groepen met hart- en vaatziekten zijn de effectiviteit van hartrevalidatie en de gezondheidswinst niet vastgesteld. In 2017 heeft het Zorginstituut de beroepsgroepen gevraagd om selectievere inzet van hartrevalidatie. Met de beroepsgroepen is afgesproken om de wetenschappelijke onderbouwing van de effectiviteit van hartrevalidatie te actualiseren. Het Zorginstituut volgt de ontwikkelingen.

Doelmatige nazorg verlenen op de juiste plek
Een aantal activiteiten van hartrevalidatie in het ziekenhuis overlappen met de CVRM-ketenzorg in de huisartsenpraktijk (zie paragrafen 2.2 en 4.1). Het is op dit moment niet duidelijk hoe de doelmatigheid zich verhoudt tussen hartrevalidatie en CVRM-ketenzorg bij verschillende patiëntengroepen. Passende zorg vindt bij voorkeur plaats dicht bij huis. Het Zorginstituut wil nagaan wat nodig is om meer mensen passende nazorg in hun eigen omgeving te bieden.

Hartrevalidatie
Hartrevalidatie is een programma dat bestaat uit een breed scala aan activiteiten die gericht zijn op het lichamelijke, psychische en sociale functioneren van de mens en op de bescherming tegen (verdere) hart- en vaatproblemen. Een voorbeeld is leefstijlaanpassing. Hartrevalidatie is ook bedoeld voor familie en naasten van hartpatiënten in de vorm van het verlenen van steun en informatievoorziening. Samen met de zorgvrager stelt de zorgverlener vast welke doelen iemand met de revalidatie wil bereiken en welke interventies in welke vorm gevolgd zullen worden. Deze hartrevalidatie vindt nu plaats in het ziekenhuis.

4.4 | Monitoren van het inzetten van medische technologie

Passende inzet van medische technologie moet leiden tot aantoonbare gezondheidswinst voor mensen. Bij twee interventies heeft het Zorginstituut geconstateerd dat verbeteringen nodig zijn voor het bepalen van wie baat heeft bij deze behandelingen. Het Zorginstituut oriënteert zich naar aanleiding daarvan op randvoorwaarden voor gepaste inzet van medische technologie.

Om daadwerkelijk gezondheidswinst te bereiken door inzet van medische technologie zijn randvoorwaarden nodig. Dat blijkt uit de twee voorbeelden van de transcatheter aortaklep-implantatie (TAVI) bij mensen die anders een openhartoperatie nodig hebben en de implanteerbare cardioverter-defibrillator (ICD) bij mensen met hartritmestoornissen.

Nog niet alles over effectiviteit bekend bij introductie

Voorafgaand aan de introductie in ziekenhuizen is de effectiviteit met een termijn van twee tot vijf jaar onderzocht en bekend. Op basis van die onderzoeken neemt het Zorginstituut een standpunt in of nieuwe medische technologie in de basisverzekering komt en voor wie.

Ervaringen in de praktijk en vervolgonderzoeken blijken aanleiding te geven tot herbeoordeling van de geschiktheid van deze behandelingen voor specifieke groepen mensen.

- De NVVC en de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie hebben in overleg met het Zorginstituut een indicatiedocument voor TAVI opgesteld. Dit helpt artsen nauwkeuriger vaststellen welke patiënten naar verwachting baat bij TAVI hebben. Verder heeft het Zorginstituut met de NZa afspraken gemaakt over verlaging van de maximumtarieven voor de vergoeding van TAVI. Het Zorginstituut monitort het aantal geplaatste TAVI's en de ontwikkeling van de kosten van deze behandeling.[82]
- Ook bij de ICD gaan partijen richtlijnen opstellen om duidelijkere indicaties te geven voor de plaatsing en voor vervanging na de technische levensduur van vijf tot tien jaar. Verder heeft het Zorginstituut met partijen afspraken gemaakt over verbetering van voorlichting. Mogelijke onbedoelde nadelige effecten van een ICD moeten deel uitmaken van de voorlichting en worden besproken met patiënten. Dit is nodig om de gezamenlijke besluitvorming te bevorderen tussen zorgverlener en patiënt over de plaatsing van een ICD.[83]

TAVI

TAVI is een alternatief voor een openhartoperatie bij mensen met een ernstige vernauwing van de hartklep (aortaklepstenose) die een vervanging van de aortaklep nodig hebben. Bij TAVI wordt een kunstklep in opgevouwen toestand via de lies van de patiënt ingebracht en geplaatst. In 2020 gebeurde dat 3100 keer. Hoewel TAVI voor mensen minder belastend is, komt niet iedereen hiervoor in aanmerking. TAVI is niet voor iedereen effectief. Dit komt doordat niet bekend is hoe lang TAVI-kleppen meegaan en na TAVI vaker een pacemakerplaatsing nodig is.

ICD

Bepaalde groepen mensen met een blijvend verhoogde kans op een plotse hartdood door een ernstige hartritmestoornis kunnen een ICD krijgen. Dit is een inwendig apparaat dat een schok geeft bij een levensbedreigende hartritmestoornis. Jaarlijks worden er in Nederland ongeveer 6000 ICD's geplaatst bij mensen met een verhoogde kans op plotse hartdood.

5

Inzetten op de transitie, leren en ontwikkelen met passende zorgpraktijken

De voorgaande hoofdstukken geven mogelijkheden aan om de bestaande organisatie van hart- en vaatzorg verder te verbeteren en te optimaliseren. Om tot toekomstbestendige zorg te komen, is het ook nodig om samen al lerend en opgavegericht te werken om de hart- en vaatzorg passender te maken. De transitie naar passende hart- en vaatzorg werkt dan toe naar zorg die mensgericht, houdbaar en duurzaam is. Door te leren en ontwikkelen met passende zorgpraktijken kan gaandeweg vorm gegeven worden aan zorg die mensgericht, houdbaar en duurzaam is.

Dit hoofdstuk in het kort

Signalen

1. Vernieuwingen komen doorgaans niet of moeizaam tot volwassenheid en landelijke opschaling.
2. Werk in de praktijk richt zich met name op verbeteren van het bestaande, terwijl tot transitie komen over echt anders denken, handelen en doen gaat.

Kwesties die rol spelen in de oplossingsrichting

1. vanuit een voorlopersgroep werken naar een duurzame ondersteuningsstructuur op regionaal niveau.
2. samenwerking aangaan met andere netwerken en stakeholders.
3. zichtbaar en begrijpelijk maken van de waardencreatie in passende zorg en hoe dit vanuit bestuur en beleid ondersteund kan worden.
4. structureel inbedden van leren en ontwikkelen.

Wie neemt het voortouw

Zorginstituut en overige betrokken partijen.

Goede voorbeelden en initiatieven komen meestal niet of moeizaam tot volwassenheid en landelijke opschaling. Sturing in de klassieke zin, zoals managen en beheersen, stuit op structurele en culturele belemmeringen die bredere toepassing van de initiatieven tegenhouden. Een transitie start bij het besef dat beweging niet is aan te sturen in die klassieke zin. Bij een transitie hebben alle betrokkenen inbreng en invloed op het vinden van een nieuwe koers. Er is geen vastomlijnde beschrijving waaraan een passende zorgpraktijk voldoet. We weten immers niet hoe mensgerichte, houdbare en duurzame zorg er precies uit zal zien. Wel gaan passende zorgpraktijken over een andere manier van denken, doen en organiseren.

Impactvol werken

De oplossingsrichting in dit veranderkundige hoofdstuk bestaat uit twee essentiële en met elkaar samenhangende oriëntaties. Ten eerste gaat het om investeringen in samenwerking en samenspel van partijen. Voor een succesvolle, blijvende verandering is een stabiel netwerk nodig met structurele communicatie en afstemming. Dat helpt bij het leren en ontwikkelen van praktijken, het toepassen en uiteindelijk het verankeren ervan in organisaties. Vaak ontbreekt het bij partijen en stakeholders dat zij gezamenlijk werken aan het laten doorgroeien van initiatieven, het verbinden van vergelijkbare initiatieven en het een gangbare werkwijze laten worden. Ten tweede is het nodig om te werken aan het doorbreken van belemmerende routines, structuren en mechanismen van de oude werkwijze. Zorg die mensgericht, houdbaar en duurzaam is, komt niet tot stand door alleen te werken aan verbetering van de bestaande situatie. Passende zorg vraagt ook het zetten van de stap naar een fundamentele verandering. Door intensief te monitoren en iedere keer te kijken naar wat wel of niet lukt, kan een volgende stap worden gezet. Dit helpt om richting te bepalen en bij te sturen.

Anders denken, anders handelen, anders organiseren

Om deze oplossingsrichting in te gaan, zijn er vier kwesties waarin geïnvesteerd moet worden om tot een landelijke toepassing van passende zorg te komen.

- Vanuit een groep met initiatiefnemers werken aan een duurzame ondersteuning van initiatieven binnen de regio.
- De samenwerking aangaan met andere netwerken en partijen die relevant kunnen zijn voor verbreding en inbedding van de initiatieven.
- Het inzichtelijk maken van de nieuwe manier van denken, handelen en organiseren in passende zorg. Daarbij aandacht geven aan hoe dit vanuit het bestuur en het beleid kan worden ondersteund, in samenhang met het programma ‘Passende zorgpraktijken’ van het Zorginstituut.
- Het proces van leren en ontwikkelen opnemen in de nieuwe werkprocessen, netwerken en organisaties.

Deze kwesties zijn complex en komen vaak moeizaam van de grond. Er is een kwalitatief goed netwerk van mensen, initiatieven, partijen en stakeholders nodig om op deze manier de zorg vanuit de praktijk te veranderen. En dit geldt niet alleen voor de hart- en vaatzorg.[84,85,86]

Lerende passende zorgpraktijken

Binnen het netwerk Connect, een programma van de NVVC, bestaan verschillende initiatieven waarin medische disciplines samenwerken. Het zijn initiatieven waarbij betrokken partijen samen op zoek zijn gegaan om tot een nieuwe werkwijze te komen. Al lerende in de soms weerbarstige praktijk kan een transitie tot stand komen. Het doel is om de lerende passende zorgpraktijken in beeld te brengen. Daarmee wordt zichtbaar wat de lerende beweging en de ontwikkelingen zijn om tot transitie te komen in de gezondheidszorg voor mensen met hart- en vaatziekten of een verhoogde kans daarop.

Werkagenda

Het Zorginstituut heeft in dit signalement verschillende mogelijkheden benoemd voor meer passende zorg voor mensen met hart- en vaatziekten. Op basis daarvan hebben we de werkagenda opgesteld. Met de beschreven activiteiten kunnen partijen en het Zorginstituut passende zorg verder vorm geven in de praktijk.

Het Zorginstituut neemt zelf het initiatief bij de volgende onderwerpen van de werkagenda:

- Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) betreft ca. 3 miljoen mensen en legt beslag op veel zorgverlening terwijl hieruit onvoldoende passende zorg voortkomt in termen van gezondheidswinst en de-medicalisering. Het Zorginstituut stelt in afstemming met betrokken partijen een voorstel op (werkagenda 2.1);
- Innovatie en eHealth: veel innovaties kunnen zonder expliciete beoordeling op individuele en maatschappelijke meerwaarde het verzekerde pakket aan zorg binnenstromen en kan bijdragen tot niet-passende zorg. Het Zorginstituut gaat verkennen of en hoe hij invloed kan hebben bij de instroom van innovatie tot verzekerde zorg. Hiertoe bouwt het Zorginstituut met externe partijen aan kennisontwikkeling en coalitievorming (werkagenda 3.2, 3.3 en 4.4).

Bij andere onderwerpen van de werkagenda neemt het Zorginstituut de mogelijkheden voor meer passende zorg uit dit signalement mee bij de eigen bestaande programma's en werkzaamheden. Het betreft het programma Preventie in de zorgverzekering, standpunten, randvoorwaarden voor de basisverzekering, kwaliteit van zorg en passende zorgpraktijken (werkagenda 1.3, 3.4, 3.5 en 5). Het initiatief voor de overige onderwerpen van de werkagenda ligt bij andere partijen. Het Zorginstituut volgt met interesse de ontwikkelingen daarvan.

In de komende jaren zal het Zorginstituut de ontwikkelingen monitoren en evalueren, volgens de afspraken die partijen hebben gemaakt in het IZA 2022.

Hoofd-stuk	Agendering: Wat is nodig? Wat is de richting?	Wat staat op de werkagenda?
	Inleiding	NIEUW: Zorginstituut gaat de ontwikkelingen van passende hart- en vaatzorg monitoren en evalueren.
1.1	Algemeen preventiebeleid intensiever toepassen.	KAMG adviseert over nadere uitwerking van het Nationaal Programma Volksgezondheid. VWS voert Nationaal Preventie Akkoord uit.
1.2	Intensiever samenwerken in de regio.	ZN, VNG, zorgverzekeraars en gemeenten voeren de regie bij uitvoering van het Gezond en Actief Leven Akkoord. KAMG adviseert.
1.3	Verduidelijken en afbakenen van preventieve zorg.	Het Zorginstituut voert een programma Preventie in de Zorgverzekering uit.
2.1	Versterken samenwerking tussen sociaal en medisch domein.	NIEUW: Zorginstituut maakt in samenspraak met betrokken partijen een voorstel hoe dit vorm kan krijgen.
2.2	Naar persoonsgerichte en integrale ketenzorg.	NHG/LHV, InEen, NVVPO en KAMG zetten in op persoonsgerichte organisatie van zorg. Harteraad adviseert op basis van ervaringen en behoeften van patiënten.
2.3	Ontwikkelen van specifieke persoonsgerichte informatie.	Harteraad en Patiëntenfederatie Nederland initiëren de ontwikkeling van keuze-informatie voor patiënten over geneesmiddelen en interventies. NHG plaatst de keuzehulp leefstijlaanpassingen op de website Thuisarts.nl.
3.1	Kwaliteit van cardiologische richtlijnen verbeteren.	NIEUW: NVVC en FMS verbeteren de appendix organisatie, algehele transparantie en helderheid van cardiologische richtlijnen, ontwikkelen van richtlijnmodules voor bijwerkingen, keuze-informatie en samen beslissen, organiseren van ontbrekende systematic reviews (GRADE) voor risico-interventies.
3.2a	Instroom van dure innovaties beter afbakenen.	NIEUW: Het Zorginstituut voert een pilot uit Horizonscan MedTEch.
3.2b	Instroom van dure innovaties beter afbakenen.	NIEUW: Het Zorginstituut en de NVVC gaan mogelijkheden na om: – eerder zicht te krijgen op de potentie van innovaties; – keuzes te maken bij innovaties; – de implementatie van de innovatieprocedure te faciliteren.

Hoofd-stuk	Agendering: Wat is nodig? Wat is de richting?	Wat staat op de werkagenda?
3.3	Stimuleren van digitalisering.	Het ZN Kenniscentrum en het Zorginstituut verkennen mogelijkheden om digitale zorg integraal onderdeel te maken van zorgverlening.
3.4a	Randvoorwaarden voor de basisverzekering verduidelijken.	NIEUW: Het Zorginstituut gaat toelating tot en werking van de basisverzekering aan het veld verduidelijken.
3.4b	Randvoorwaarden voor de basisverzekering verduidelijken.	NIEUW: Het Zorginstituut gaat vaker een standpunt uitbrengen.
3.4c	Randvoorwaarden voor de basisverzekering verduidelijken.	NIEUW: De Kwaliteitsraad ontwikkelt een voorstel voor partijen om gezamenlijk per sector een kwaliteitskader op te stellen. Partijen die bij de hart- en vaatzorg zijn betrokken, worden uitgenodigd om een sectoraal kwaliteitskader op te stellen.
3.5	Bewust worden van mogelijkheden om de zorg duurzamer te maken.	NIEUW: Het Zorginstituut gaat duurzaamheid betrekken bij zijn taken, onder andere bij het beoordelingskader Toekomstbestendig pakketbeheer.
4.1	Toepasselijke zorg bieden aan mensen met een doorgemaakte hart- en vaatziekte.	Coalitie Leefstijl in de Zorg zet in op gezonde leefstijl als integraal onderdeel van de reguliere zorg. NVHVV stimuleert kennisontwikkeling hierover. NVIVG wil afspraken maken over duidelijke afstemming en verwijzing tussen de eerste en tweede lijn. NVVC stimuleert samenwerking tussen de tweede en eerste lijn met Connect. Het Zorginstituut volgt praktijkinitiatieven naar passender hart- en vaatzorg.
4.2	Overzicht houden bij meerdere gezondheidsproblemen tegelijk.	Beroepsgroepen en zorgaanbieders moeten afspraken maken. Het Zorginstituut volgt praktijkinitiatieven naar passender hart- en vaatzorg.
4.3	Hartrevalidatie wetenschappelijk onderbouwen.	NIEUW: NVVC, FMS voeren met ZE&GG en Zorgonderzoek Nederland en Medische wetenschappen (ZonMw) effectiviteitsonderzoek uit.
4.4	Medische technologie alleen inzetten bij concrete gezondheidswinst.	Het Zorginstituut oriënteert zich op randvoorwaarden voor gepaste inzet van medische technologie.
5	Inzetten op transitie, leren en ontwikkelen met passende zorgpraktijken.	Het Zorginstituut volgt praktijkinitiatieven naar passender hart- en vaatzorg.

Literatuurlijst

1 Helderman, J. et al., De Dijkgraaf van de Zorgpolder, 2014.
2 Kader Passende Zorg. Zorginstituut Nederland, 2022.
3 Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060. RIVM, 2020.
4 Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú. Zorginstituut Nederland, 2020.
5 Kader Passende Zorg. Zorginstituut Nederland, 2022.
6 Aandoeningen op basis van ziektelast. RIVM.
7 Welke aandoeningen leiden tot het grootste verlies van gezonde levensjaren? RIVM.
8 Cijfers hart- en vaatziekten. Hartstichting.
9 Zorgcijfersdatabank Zorginstituut Nederland, geraadpleegd 19-12-2022. www.zorgcijfersdatabank.nl.
10 Aangeboren hart- en vaatafwijkingen en vaatchirurgie vallen buiten de scope van dit signalement.
11 Integraal Zorgakkoord 2022.
12 Bloeddruk. RIVM, 2023.
13 Overgewicht, roken en alcoholgebruik nauwelijks gedaald sinds 2018. CBS, 2022.
14 Kernindicatoren Beweegrichtlijnen. RIVM, 2022.
15 GIPdatabank Zorginstituut Nederland, geraadpleegd 19-12-2022.
16 Aanvullende data sterfte, incidentie, ziektelast resultaten 2015-2040. RIVM, 2018.
17 Zorgcijfersdatabank Zorginstituut Nederland, geraadpleegd 19-12-2022. www.zorgcijfersdatabank.nl.
18 Environmental Health Inequalities Resource Package: A Tool for Understanding and Reducing Inequalities in Environmental Risk. WHO, 2019.
19 Fransen G., e.a., De nieuwe volksgezondheidsexpert als gamechanger in een stevige preventie-infrastructuur, 2022, nr. 100, p. 129-133.
20 Een eerlijke kans op gezond leven. RVS, 2021.
21 Zorgbestuurders, hoogleraren en prominenten aan kabinet: “Alles op alles om te voorkomen dat mensen ziek worden door armoede”. KNMG, 2023.
22 Sociaaleconomische Gezondheidsverschillen (SEGV). Pharos, 2022.
23 Leefomgeving en gezondheidsverschillen. Pharos, 2023.
24 Preventiebrief t.b.v. Leefstijldebat 24 maart 2022 aan de Tweede Kamer der Staten Generaal. VWS.
25 Environmental Health Inequalities Resource Package: A Tool for Understanding and Reducing Inequalities in Environmental Risk. WHO, 2019.
26 Sociaaleconomische Gezondheidsverschillen (SEGV). Pharos, 2022.
27 Leefomgeving en gezondheidsverschillen. Pharos, 2023.
28 Samen Werken aan Volksgezondheid. KAMG, 2022.
29 Preventiebrief t.b.v. Leefstijldebat 24 maart 2022 aan de Tweede Kamer der Staten Generaal. VWS.
30 Levensverwachting in goed ervaren gezondheid. De Staat van Volksgezondheid en Zorg. 2022.
31 Een eerlijke kans op gezond leven. RVS, 2021.
32 Verschil in Nederland 2014-2020. SCP, 2021.
33 Op onze gezondheid. RVS, 2023.
34 Fransen, G., e.a., De nieuwe volksgezondheidsexpert als gamechanger in een stevige preventie-infrastructuur. 2022 (nr. 1, p. 129-133).
35 Integraal Zorgakkoord 2022
36 Overzichtspagina regioanalyses Nederlandse Zorgautoriteit. NZa, 2022.
37 Preventiebrief t.b.v. Leefstijldebat 24 maart 2022 aan de Tweede Kamer der Staten Generaal. VWS.
38 Gezamenlijk preventiestatement gemeenten en zorgverzekeraars. VNG en ZN, 2022.
39 GALA Gezond en Actief Leven Akkoord. VWS, 2023.
40 Populatiegerichte werkwijze. Proscoop.
41 Leemrijse, C., e.a., Krachtige basiszorg breed geïmplementeerd, 2021.
42 Van preventie verzekerd. Zorginstituut Nederland, 2007.

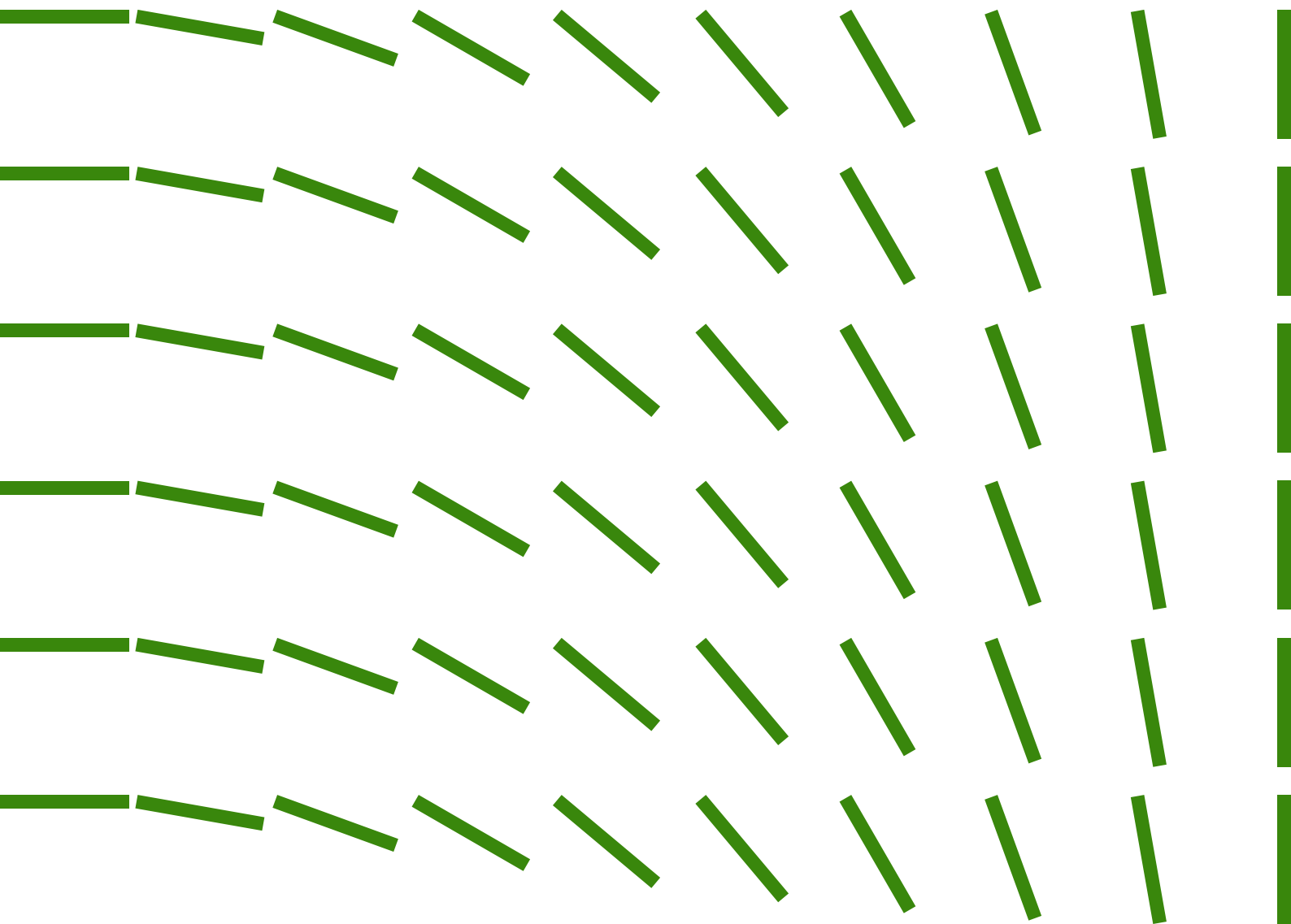
43 Preventie in de Zvw opnieuw ontleed. Zorginstituut Nederland, 2023.
44 Preventiebrief t.b.v. Leefstijldebat 24 maart 2022 aan de Tweede Kamer der Staten Generaal. VWS.
45 NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (M84). NHG, 2019.
46 NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (M84). NHG, 2019.
47 Cardiovasculair risicomanagement (CVRM). NHG, NIV, NVVC, 2019.
48 Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid. WRR, 2017.
49 Toetsingskader Persoonsgerichte leefstijlbegeleiding in de zorg. IGJ, 2022.
50 Ledenraadpleging: Preventie, hoe dan?!". NHG, 2022.
51 Mol, P., e.a., Patiëntervaringen voorlichting en communicatie bij CVRM. 2022.
52 Fransen, G., e.a., De nieuwe volksgezondheidsexpert als gamechanger in een stevige preventie-infrastructuur. 2022, nr. 1, p. 129-133.
53 Mol, P., e.a., Patiëntervaringen voorlichting en communicatie bij CVRM. 2022.
54 ZWOT-case (regio Zwolle). Medrie, 2021.
55 Marchal, S., Integrated cardiovascular risk management in primary care. 2021.
56 "Ledenraadpleging: Preventie, hoe dan?!" NHG, 2022. Uit de gesprekken die het Zorginstituut heeft gevoerd.
57 Netwerk-/ketenaanpak Overgewicht & Obesitas Volwassenen, PON. Verschijnt medio 2023.
59 Marchal, S., Integrated cardiovascular risk management in primary care, 2021.
60 Ketenzorg Ontketend. www.ketenzorgontketend.nl.
61 Trewby, P.N., e.a., Are preventive drugs preventive enough? A study of patients' expectation of benefit from preventive drugs. 2002.
62 Byrne, P., e.a., Evaluating the Association Between Low-Density Lipoprotein Cholesterol Reduction and Relative and Absolute Effects of Statin Treatment: A Systematic Review and Meta-analysis. 2022.
63 Chou. R., e.a., Statins for Prevention of Cardiovascular Disease in Adults. 2016.
64 Zipkin, D.A., e.a., Evidence-based risk communication: a systematic review. 2014.
65 Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk 2023. Zorginstituut Nederland, 2023.
66 NVVC Procedure Innovatie. NVVC, 2022.
67 Beoordeling 'de stand van de wetenschap en praktijk': technische variant. Zorginstituut Nederland, 2019.
68 Camaro, C., e.a., Rule-out of non-ST-segment elevation acute coronary syndrome by a single, pre-hospital troponin measurement: a randomized trial. 2023.
69 Wanneer is E-health verzekerde zorg? Zorginstituut Nederland, 2011.
70 E-healthmonitor 2022. RIVM, 2022.
71 Het effect van de Nederlandse zorg op het milieu. RIVM, 2022.
72 Advies Verduurzaming van hulpmiddelen in de zorg. Gezondheidsraad, 2022.
73 Integraal Zorgakkoord 2022.
74 Green Deal, Samen werken aan Duurzame Zorg. 2022.
75 Elferink, S., e.a., Uitstootcijfers geven grip op verduurzaming. 2023.
76 Mol, P., e.a., Patiëntervaringen voorlichting en communicatie bij CVRM. 2022.
77 Marchal, S., Integrated cardiovascular risk management in primary care. 2021.
78 Minister Kuipers geeft startsein voor de Coalitie Leefstijl in de Zorg. ZonMw, 2023.
79 NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (M84). NHG, 2019.
80 Cardiovasculair risicomanagement (CVRM). NHG, NIV, NVVC, 2019.
81 Verbetersignalement Pijn op de borst, (verdenking) stabiele angina pectoris. Zorginstituut Nederland, 2017.
82 Standpunt transcatheter aortaklepimplantatie (TAVI) bij patiënten met symptomatische ernstige aortaklepstenose (update). Zorginstituut Nederland, 2020.
Verbetersignalement Zinnige Zorg Implanteerbare Cardioverter-Defibrillator (ICD). Zorginstituut Nederland, 2023.
83 Verbetersignalement Zinnige Zorg Implanteerbare Cardioverter-Defibrillator (ICD). Zorginstituut Nederland, 2023.
84 De kunst van het innoveren. RVS, 2022.
85 Nederlands Implementatie Collectief. NIC. nederlandsimplementatiecollectief.nl.
86 Advies Kennisinfrastructuur langdurige zorg. Zorginstituut Nederland, 2022.

Gebruikte afkortingen

COPD	chronic obstructive pulmonary disease, een longziekte met verlies van zuurstofopname door ontstekingen in de longblaasjes.
CVRM	Cardiovasculair Risicomanagement
DCVA	Dutch CardioVascular Alliance
EHH	Eerste Hart Hulp
ESC	European society of cardiology
FMS	Federatie Medisch Specialisten
GALA	Gezond en Actief Leven Akkoord
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGD GHOR Nederland	brancheverenigingen van de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en) en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GHOR)
GLI	Gecombineerde Leefstijlinterventie
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations
HartVaatHag	Hart- en vaatziekten Huisartsen Adviesgroep
ic	intensive care afdeling van een ziekenhuis
ICD	implanteerbare cardioverter-defibrillator
IGJ	Inspectie Volksgezondheid en Jeugd
InEen	branchevereniging van zorgverleners en zorgorganisaties in de eerste lijns gezondheidszorg
IZA	Integraal Zorgakkoord 2022
KAMG	Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid
LHV	Landelijke Huisartsenvereniging
MKB-Nederland	Koninklijke Vereniging midden- en kleinbedrijf Nederland
NHG	Nederlands Huisartsengenootschap
NVHVV	Nederlandse Vereniging voor Hart- en Vaat Verpleegkundigen
NVIVG	Nederlandse Vereniging van Internisten Vasculaire Geneeskunde
NVVC	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
NVVPO	Nederlandse Vereniging van praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
ok	Operatiekamer van een ziekenhuis
RELEASE-HF studie	REsponsible roLl-out of E-heAlth through Systematic Evaluation – Heart Failure
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVS	Raad voor Volksgezondheid & Samenleving
TARGET-programma	Targeting Advanced Resources in General practice to create Efficient, Tailored and holistic care for chronically ill patients. Een ontwikkelprogramma voor huisartsenpraktijken in Drenthe.
TAVI	Transcatheter Aortic Valve Implantation
TIA	Transient ischaemic attack
UNH-R	Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde research
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VNO-NCW	Werkgeversorganisatie in Nederland, ontstaan uit een fusie van het Verbond van Nederlandse Ondernemingen (VNO) en het Nederlands Christelijk Werkgeversverbond (NCW).
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
ZE&GG	Zorgevaluatie & Gepast Gebruik
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZonMw	Zorgonderzoek Nederland en Medische wetenschappen
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZWOT-case studie	ZWOlse Transmurale CArdiovaSculaire risicomanagement ketenzorg studie

Colofon

Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH Diemen

augustus 2023

www.zorginstituutnederland.nl