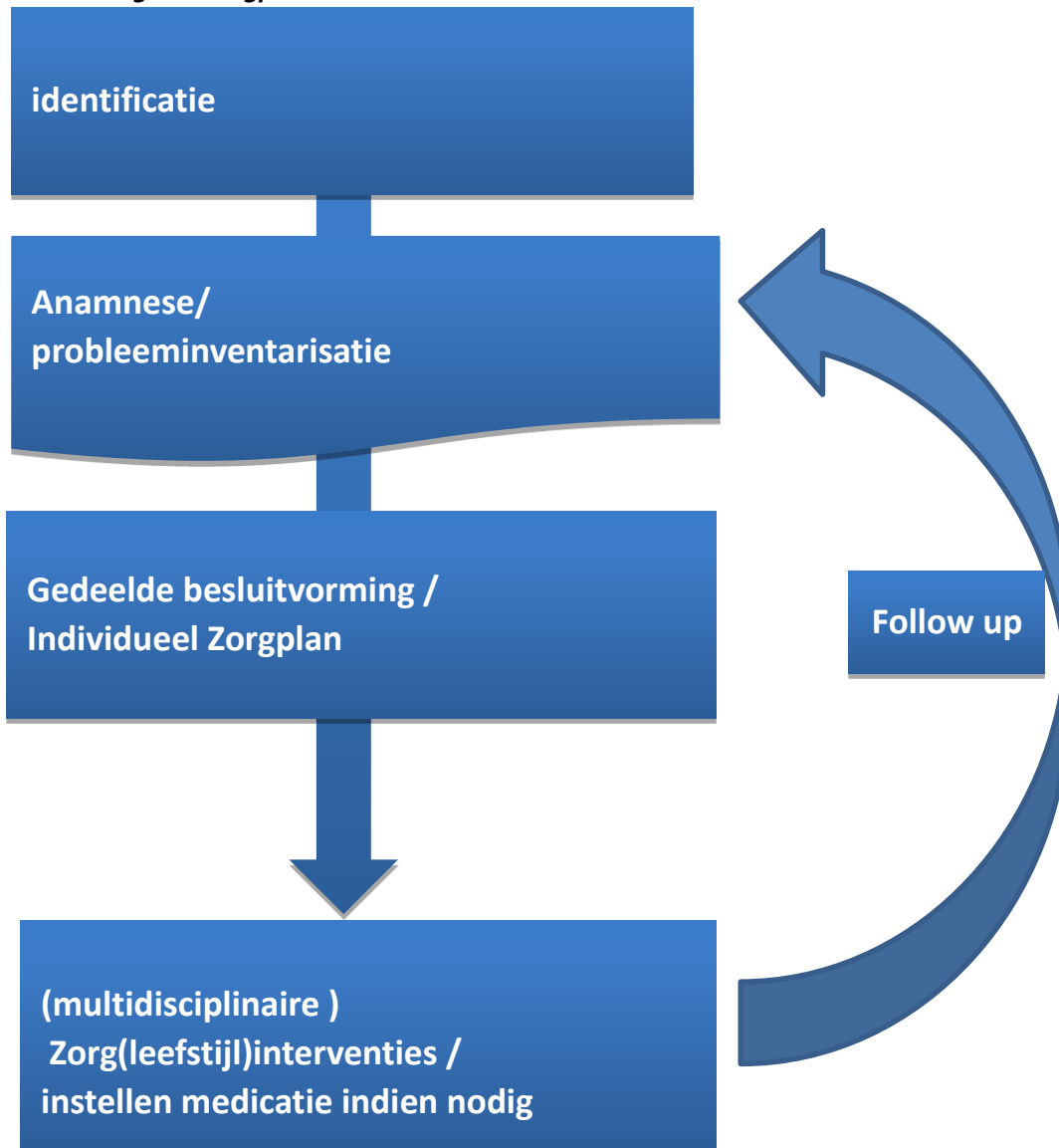


Zorgproces HVZ

Het HVZ zorgproces bestaat uit 5 fasen: *identificatie, anamnese/probleeminventarisatie, gedeelde besluitvorming/ individueel zorgplan, interventies en follow up*. In de volgende hoofdstukken worden de 5 fasen nader uitgewerkt.

Stroomdiagram Zorghproces HVZ



Fase 1. Identificatie

HVZ patiënten kunnen op 3 manieren geïdentificeerd worden, namelijk via

- Terug verwijzing vanuit het ziekenhuis;
- Actieve opsporing in het HIS;
- Directe instroom.

Terugverwijzing vanuit ziekenhuis

De patiënten met HVZ worden veelal geïdentificeerd doordat zij een HVZ-event krijgen. Een deel van deze patiënten is dan onder controle bij de specialist. Patiënten die vanuit de tweede lijn terugverwezen worden, kunnen direct in de keten geïncorporeerd worden. (Terug) verwijs afspraken, zoals beschreven in de betreffende NHG standaarden worden in 2014 nader uitgewerkt in samenwerkingsafspraken met de vakgroepen van de regionale ziekenhuizen.

Actieve opsporing

Bij actieve opsporing wordt uitgegaan van patiënten die reeds bekend zijn in het HIS. De ZEL heeft hiervoor een HIS extractieformulier per HIS ontwikkeld (zie ook CRIT). Na de extractie zult u handmatig moeten controleren of de toegekende ICPC code nog klopt. Het zou kunnen voorkomen dat de codering van de voorgeschiedenis in het HIS niet op orde is. Bijvoorbeeld als u niet direct aan een terugverwijzing van een HVZ patiënt een ICPC code hangt. In dat geval kan een handmatige extractie obv ATC code een mogelijk alternatief zijn. Let op: De ATC lijst bevat uiteraard veel patiënten die niet binnen de HVZ keten vallen. Het mogelijk onjuist includeren van patiënten zónder HVZ met alleen een verhoogd cardiovasculair risico ligt hier op de loer.

Directe instroom

Slechts in een enkel geval kan het voorkomen dat een HVZ patiënt met boven genoemde opsporing niet in beeld is gekomen. Mogelijk signaleert u deze HVZ patiënten pas via het spreekuur.

Fase 2. Anamnese/probleeminventarisatie

De begeleiding van patiënten met een HVZ is gebaseerd op een beoordeling van alle belangrijke risicofactoren bij de betreffende patiënt; het zogenoemde cardiovasculaire risicoprofiel (zie Hoofdstuk 1. CRIT). Door de behandeling van de risicofactoren uit het risicoprofiel wordt de kans op het voorkomen van een nieuw HVZ-event en/of overlijden ten gevolge van HVZ verkleind. Eventueel kan op indicatie aanvullend onderzoek worden verricht (zie bijlage 5 Laboratorium en aanvullend onderzoek).

Fase 3. Gezamenlijke besluitvorming / individueel zorgplan

Gezamenlijke besluitvorming sturing op zelfmanagement

Samen met de patiënt worden persoonlijke gezondheidsdoelen geformuleerd die realistisch zijn (wenselijk en haalbaar), niet te ver in de toekomst liggen, positief zijn geformuleerd en niet concurreren met andere doelen. De centrale zorgverlener ondersteunt de patiënt bij het bedenken van strategieën om de doelen te realiseren en vol te houden en het leren bieden van weerstand aan frustraties.

Individueel zorgplan

Het individueel zorgplan heeft als doel om de patiënt te ondersteunen in zijn zelfmanagement en is de uitkomst van de gezamenlijke besluitvorming. Het bevat het liefst de volgende elementen:

- de afgesproken doelen van de patiënt;
- de genomen beslissingen voor het realiseren van deze doelen;
- welke begeleiding de patiënt krijgt
- hoe en wanneer gecontroleerd en bijgesteld;
- wie uit het behandelteam van zorgverleners verantwoordelijk is voor het overeengekomen behandelbeleid;
- proceskenmerken: wie doet wat en wanneer;
- concrete resultaten: risicoprofiel en afzonderlijke risicofactoren.

De centrale zorgverlener kan hiervoor gebruik maken van het formulier Individueel Zorgplan in bijlage 3 of het boekje zoals het is uitgegeven door het platform Vitale Vaten¹.

FASE 4. INTERVENTIES EN MEDICATIE

Leefstijlgerichte interventies

Aan alle patiënten worden leefstijladviezen gegeven om het risico op HVZ te verlagen. Hiertoe kan motiverende gespreksvoering worden gebruikt ter ondersteuning en educatie. In bijlage 4: Nadere uitwerking (medische) behandeling en streefwaarden, staat de uitgebreide weergave van de leefstijlgerichte interventies.

Voor onderdelen van leefstijlgerichte interventies kan worden samengewerkt binnen de keten met of doorverwezen naar paramedici, met name fysiotherapeuten en diëtisten. Er zijn echter ook andere mogelijkheden, zoals Stivoro voor stoppen met roken of eerstelijnspsychologen voor stressreductie.

Tabel 6. Leefstijl

						
	Roken	Bewegen	Voeding	Alcohol	Gewicht	Stress
DOEL	Stoppen met roken	Tenminste 5 dagen per week > 30 minuten bewegen	Dieet volgens richtlijn voeding Hartstichting	Vrouw ≤ 2 EH / dag Man ≤ 3 EH per dag	BMI < 25 kg/m ² MO vrouw < 80 cm MO man < 94 cm.	Reductie

¹ Zorgplan Vitale Vaten

Beleid met medicatie

In tabel 3 staat weergegeven welke medicatie wordt voorgeschreven aan de verschillende patiëntgroepen. Medicatie bestaat uit trombocytenuitstroomremmers, antihypertensiva en cholesterolverlagers.

Algemeen:

Weeg bij een beperkte levensverwachting (bijv. invaliderend cerebraal infarct of intracerebrale bloeding) de voordelen van preventieve behandeling af tegen de nadelen, zoals bijwerkingen, interacties en kosten van geneesmiddelengebruik. De patiënt wordt betrokken bij de besluitvorming. In bijlage 4: nadere uitwerking (medische) behandeling en streefwaarden, staat de uitgebreide weergave van het beleid met medicatie.

Tabel 7. Medicatie

	Trombocytenuitstroomremmers	Antihypertensiva	Cholesterolverlagers
HVZ patiënten	Altijd	SBD > 140 mm Hg	Altijd

Verwijzing naar paramedici

Voor onderdelen van leefstijlgerichte interventies kan worden doorverwezen naar paramedici. Dit onderdeel is in ontwikkeling.

Verwijzing naar tweede lijn

Het kan nodig zijn om patiënt te verwijzen naar de tweede lijn. De huisarts verwijst conform de vastgestelde samenwerkingsafspraken. Zie de zorgpaden in bijlage 6:

- Angina Pectoris (AP) (ICPC code: K74);
- Acut Myocard Infarct (AMI) (ICPC code: K75);
- Trans ischaemic Attack (TIA) (ICPC code: K89);
- Intracerebrale bloeding en cerebraal infarct (resp. ICPC code K90.02 en K90.03)
- Claudicatio Intermittens / Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV) (ICPC code: K92.01);
- Aneurysma Aorta (AA) (ICPC code: K99.01).

Regionale verwijsafspraken met de tweede lijn zullen worden vast gelegd in regionale transmurale afspraken (RTA CVRM). Deze afspraken worden opgesteld met de specialisten (internist, cardioloog, neuroloog en vaatchirurg) uit de 2 regionale ziekenhuizen (Reinier de Graaf Gasthuis te Delft en Vlietlandziekenhuis in Schiedam) en zijn momenteel nog in ontwikkeling.

Terugverwijzing van tweede naar eerste lijn

Zoals beschreven bij 'Verwijzing naar de tweede lijn' worden verwijs- en terugverwijs afspraken vastgelegd in een RTA. Deze is nog in ontwikkeling. Vooralsnog zijn de volgende terugverwijsafspraken van kracht:

Patiënt wordt door de specialist terugverwezen naar de huisarts:

- Indien bloeddruk acceptabel stabiel is;
- Indien cholesterol acceptabel stabiel is;
- In stabiele fase na cerebraal infarct of intracerebrale bloeding;
- In terminale fase van na cerebraal infarct of intracerebrale bloeding (ook op verzoek patiënt);
- Na de analyse wat alleen in tweede lijn kon geschieden;
- In stabiele fase na acuut coronair syndroom;

Organisatie in de tweede lijn:

Vlietland Ziekenhuis: Heeft een secundaire preventiepoli.

Reinier de Graaf Gasthuis: Heeft zorgprogramma's toegespitst op secundaire preventie. Voor de cardiologie voor wat betreft coronair lijden. Dit loopt voor de patiënt tot maximaal 2 jaar, waarna de patiënt terug verwezen wordt naar de huisarts.

Fase 5. Follow up

Follow-up, of het volgen van de gemaakte afspraken zoals vastgelegd in het individuele zorgplan, het resultaat ervan, en het eventueel bijstellen van het zorgplan, is noodzakelijk voor het bereiken van een blijvend effect. Het controleschema wordt individueel opgesteld, afhankelijk van het risicoprofiel, de co-morbiditeit en de persoonlijke wensen. Via controle kan men het effect van de behandeling nagaan (gewichtsafname, toename bewegen, stoppen met roken, verlaging bloeddruk en cholesterol), veranderingen in het risicoprofiel vaststellen, veilig (medicatieveiligheid) en goed (therapietrouw) gebruik van medicijnen garanderen en suboptimaal medicijngebruik door patiënten en/of zorgverleners signaleren.

Het controleschema wordt individueel opgesteld, afhankelijk van het risicoprofiel, de co-morbiditeit en de persoonlijke wensen en hetgeen bepaald is in de NHG/CBO CVRM 2011/2012. Tijdens elk contact wordt geïnformeerd naar het therapietrouw zijn. Voor alle patiënten geldt dat er na juiste instelling van de medicamenteuze behandeling reguliere controle van het risicoprofiel moet plaats vinden.

Na instelling van de behandeling is jaarlijkse evaluatie van de therapie gewenst, waarbij tevens wordt nagegaan of er veranderingen hebben plaatsgevonden in het risicoprofiel.