

ZORGPROGRAMMA HARTFALEN IN DE EERSTE LIJN



Betrokken

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Versie	Datum	Door
1.0	December 2014	Peter van der Lugt, Gerrit Kuipers, huisarts, en anderen
2.0	November 2022	Programmagroep HF

ZORGPROGRAMMA HARTFALEN

De Kern

Hartfalen (HF) is een veel voorkomende chronische ziekte waarbij de pompfunctie (slagvolume) van het hart is verminderd. Tussen 20 en 30% van de bevolking krijgt te maken met hartfalen, meestal als zij ouder zijn dan 70 jaar. Het hart pompt niet voldoende bloed rond in het lichaam, waardoor organen en spieren niet genoeg zuurstof krijgen. Hartfalen is het gevolg van onderliggend lijden, zoals langdurige hypertensie, ischemische hartziekte, ritme- of geleidingsstoornissen en hartklepafwijkingen.

De impact op de patiënt, de mantelzorgers en het zorgstelsel is groot¹. Vooral in de laatste levensjaren kan de kwaliteit van leven hierdoor sterk verminderen. Effectieve behandeling en monitoring kunnen klachten verminderen, ziekenhuisopnames voorkomen en mortaliteit verlagen.

In Haaksbergen wordt het 1^e lijns Zorgprogramma van THOON² gevolgd. De POH-somatiek is in dit programma de belangrijkste regievoerder voor mensen met HF. De afspraken in het THOON programma komen voort uit de in 2021 aangepaste NHG-richtlijn Hartfalen. Doel van het programma is door goede samenwerking en juiste zorg op de juiste plaats bijdragen aan optimale zorg voor patiënten met hartfalen in Twente. Onderdelen van het zorgprogramma HF vanuit Thoon zijn;

1. Samenwerkingsafspraken tussen eerste en tweede lijn,
2. Zorg voor de patiënt met hartfalen in Twente,
3. Spreekuurkaart hartfalen 2021
4. Scholing hartfalen voor de POH.

Binnen de samenwerking in de 1^e lijn in Haaksbergen, richten we ons op de multidisciplinaire zorg dicht bij de patiënt en op juiste diagnostiek en behandeling, voorlichting en advies op gebied van leefstijl, bewegen en revalidatie en zorg in de laatste levensfase (palliatieve zorg).

Doelen

Voor de patiënt;

- Het afremmen van progressie HF zodat;
 - Afname aantal ziekenhuis opnames
 - Uitstellen vroegtijdige dood
 - Beperken van de ziektelast.
- Zorg dichtbij;
 - zorgen dat niet complexe zorg voor patiënten met HF zo veel mogelijk in de eerste lijn in Haaksbergen kan plaatsvinden en alleen complexe zorg in de tweede lijn.
- Het krijgen van persoonsgerichte, op maat gerichte zorg.
 - Ruimte voor eigen regie in zorgproces
- Verbetering van de kwaliteit van leven, ervaren gezondheid.

¹ <https://www.nvvc.nl/Richtlijnen/Tabel%20Hartfalen/20151026%20LTA%20Hartfalen%20DEF.pdf>

² <https://www.sht-thoon.nl/wp-content/uploads/2021/03/Zorg-voor-de-patient-met-HF-in-Twente.pdf>



Voor de zorgverlener

- Toekomstbestendige 1^e lijns HF zorg te kunnen blijven leveren.
- Goede multidisciplinaire samenwerking rondom zorg voor patiënten met HF.
- Meer werkplezier door deze aanpak.
- HF zorg aanvullend op de zorgprogramma's CVRM en DM draagt bij aan geïntegreerde chronische zorg.

Op populatieniveau

- Goede kwaliteit van zorg; vanuit patiëntperspectief en gezondheidszorgperspectief.
 - Goede ervaring van zorg door patiënt, patiënttevredenheid.
 - Het adequaat monitoren van de patiënt om goed uitkomsten te bewerkstelligen
- Juiste inzet van mensen (tijd), geld en middelen
 - Voorkomen van toename zorgkosten door het vroegtijdig signaleren en interventie bij patiënten met HF door verminderen van ziekenhuis opnames.
- Snelle toegankelijkheid van de zorg voor alle hartfalen patiënten in Haaksbergen,
- Optimale persoonlijke zorg afgestemd op de behoefte van de patiënt;
- Goede zorg op de juiste plaats, op het juiste moment, door de juiste zorgverlener;

Pijlers behandeling

Hartfalen zorg wordt primair vanuit de huisartsenpraktijk geïnitieerd. De huisarts is de vaste begeleider van de patiënt, de regisseur van de patiëntenzorg en heeft de beschikking over alle relevante informatie.

De zorgvraag en behandeling wordt multidisciplinair benaderd en in de keten afgestemd. Er is nauwe samenwerking en afstemming met de 2^e lijn zorg.

Alle disciplines leggen op geprotocolleerde en uniforme wijze de data vast; HF zorg aanvullend op de zorgprogramma's CVRM en DM draagt bij aan geïntegreerde chronische zorg. Preventie vindt plaats in CVRM en DM programma's, niet in het HF programma.

1. Diagnose, behandeling en begeleiding

De diagnose hartfalen berust op een combinatie van klinisch syndroom/klachten (kortademigheid, enkel oedeem en vermoeidheid), onderzoeksbevindingen en bewijs voor een structurele of functionele afwijking van het hart in rust. De opsporing vindt plaats in de 1^e en 2^e lijn. De aanvullende diagnostiek wordt gedaan in 2^e lijn voor bevestiging diagnose en onderzoek naar onderliggend lijden (indien nog niet bekend) Bij stabiel behandeling vindt ondersteuning voornamelijk in 1^e lijn plaats. Hiervoor worden regionaal afspraken gemaakt tussen ziekenhuis (cardiologie) en 1^e lijn.

In de 1^e lijn vanuit de huisartsenzorg wordt volledig de NHG standaard³ en Thoon plusmodule⁴ gevolgd. De focus ligt bij EZH op de multidisciplinaire eerstelijns schil, ná de diagnose, bij stabiele of kwetsbare patiënt.

³ <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/hartfalen>

⁴ <https://www.sht-thoon.nl/wp-content/uploads/2021/03/Zorg-voor-de-patient-met-HF-in-Twente.pdf>



Persoonsgerichte zorg

Persoonsgerichte zorg middel om de juiste zorg te verlenen bij een chronische aandoening zoals HF. Niet alle patiënten hebben dezelfde zorg nodig op hetzelfde moment.

Belangrijke aspecten hiervan zijn:

- Individueel zorgplan:
 - Samen opgestelde persoonsgebonden- en gezondheids-doelen.
 - Maatwerk in interventies en afstemming controlefrequentie.
- Eigen regie voor de patiënt, waar wenselijk en mogelijk.
- Ondersteuning zelfmanagement en gezond gedrag.

Een individueel zorgplan, persoonlijk maatwerk, ondersteuning zelfmanagement gezondheidstoestand is een belangrijk onderdeel van gegeven zorg door Praktijkondersteuners huisartsenzorg (POH).

1. Multidisciplinaire behandeling

De samenwerkende disciplines in EZH, betrokken bij de zorg aan mensen met HF, hanteren de volgende standaarden:

- [NHG standaard](#) mei 2021
- [Plusmodule Hartfalen Huisartsen THOON](#)
- [LTA richtlijn 2015](#)
- [NVVC](#)
- [NVVC CONNECT Hartfalen Toolkit protocollen Hartfalen Twente](#)
- [Richtlijn NVD/diëtiëk 2020](#)
- [Richtlijndatabase: Hartrevalidatie bij hartfalen](#)
- [Chronisch Zorgnet](#): Fysiotherapie bij hartpatiënten
- [Richtlijn KNGF richtlijn hartrevalidatie](#)
- [Pallialine](#): Palliatieve zorg bij hartfalen

Doelgroep

Patiënten worden geïncludeerd in het zorgprogramma Hartfalen indien er sprake is van de diagnose hartfalen. Dit geldt voor patiënten met een bestaande diagnose en voor nieuwe te stellen diagnoses.

De prevalentie van hartfalen boven de 60 jaar is rond de 12% en de kans voor een persoon ouder dan 55 jaar om gedurende het leven hartfalen te krijgen ligt rond de 30%, iets vaker bij vrouwen dan bij mannen.



Inclusie/exclusie Zorgprogramma

➤ Inclusiecriteria

Patiënten worden geïncludeerd in het zorgprogramma Hartfalen indien er sprake is van een valide diagnose HF.

Er is sprake van een stabiele situatie, dit wil zeggen;

- Stabiele NYHA-klasse
- de laatste 6 maanden geen noodzaak tot belangrijke aanpassingen in de medicatie
- het laatste jaar geen hartfalen gerelateerde ziekenhuisopnames
- Een (tweede lijns) hartrevalidatie programma gevolgd
- Patiënten met hartfalen met verminderde ejectiefractie die optimaal (zowel medicamenteus als niet medicamenteus) zijn behandeld en stabiel zijn;
- Patiënten die hersteld zijn na behandeling van hartfalen en een normalisatie hebben van de linker ventrikelejectiefractie;
- Patiënten met hartfalen en behouden ejectiefractie die behandeld en stabiel zijn,
- Patiënten in de laatste levensfase

Dit betreft over het algemeen de oudere patiënt (arbitrair >75 jaar) waarbij geen noodzaak/mogelijkheid tot cardiale interventie bestaat en/of geen noodzaak is tot periodieke controle door de cardioloog.

➤ Exclusiecriteria Zorgprogramma

Instabiele hartpatiënten patiënten die 2e lijns cardiale zorg nodig hebben, zoals na een exacerbatie hartfalen of een achteruitgang in NYHA klasse waar therapeutische optimalisatie mogelijk is.

Bij patiënten die bij de tweedelijns in behandeling zijn en voldoen aan de inclusiecriteria, wordt de specialist verzocht (in overleg met patiënt) de patiënt terug te verwijzen naar de eerste lijn.

Behandeling

Ondersteuning en behandeling is voornamelijk gericht op verbeteren kwaliteit van leven, verminderen symptomen Dit wordt gedaan door educatie en leefstijladviezen, ondersteuning zelfmanagement bij HF. Door het adequaat monitoren en het aanbieden van een multidisciplinaire leefstijlbenadering wordt afname van ziekenhuisopname en beperking van de ziektelast verwacht. De aandacht voor het afremmen van progressie en/of co-morbiditeit past meer binnen de behandeling in kader zorgprogramma CVRM en/of DM, soms bij COPD die er onderliggend is.

De behandeling staat in teken van het optimaliseren van de kwaliteit van leven van de patiënt, verminderen van ziekenhuisopnames en verlagen mortaliteit en volgt de NHG standaard.⁵

⁵ <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/hartfalen#volledige-tekst?tmp-no-mobile=1>





Werkwijze

Bij alle patiënten met hartfalen zijn frequente controles noodzakelijk. Gestructureerde follow-up na ontslag leidt tot langere overleving met minder ernstige hartfalensymptomen dan standaardzorg⁶. Uit verschillende evaluaties blijkt dat de belangrijkste interventies in het multidisciplinaire zorgprogramma's voor hartfalen zijn (veelal door verpleegkundigen geleid): follow-up, patiënten educatie en optimalisering van de medicamenteuze behandeling en stimuleren van deelname aan beweegprogramma.

De voorlichting en leefstijl etc. wordt door de POH opgepakt. De zorg wordt gegeven volgens laatste NHG standaard en werkprotocollen van huisartsenorganisatie THOON.

Generieke zorg

Individueel zorgplan

Een individueel zorgplan (IZP) gaat primair uit van de vraag van de patiënt. Een individueel zorgplan legt alle onderdelen vast die van belang zijn in de behandeling. Ook de verantwoordelijkheden van de verschillende hulpverleners worden in dit plan vastgelegd. Het zorgplan helpt de patiënt inzicht te krijgen in het ziekteproces, de zelfzorg te versterken en het stimuleert tot het vervullen van een sleutelrol in het monitoren van het verloop van het ziekteproces.

Een individueel zorgplan dat aansluit bij het zorgprogramma bestaat uit de volgende elementen en doelen voor de patiënt. De doelen kunnen worden gesteld op items Leefstijlroer⁷ (ontspanning, zingeving, meedoen etc.)

- Wat wil de patiënt bereiken, Wanneer voelt patiënt zo gezond en gelukkig mogelijk.
- Wat is daarvoor nodig;
- Hoe gaat de patiënt dit doen; zelf gesteld, realistisch en behapbaar plan en hoe dit te bereiken.
- Zijn er hulpmiddelen nodig en zo ja welke;
- Is er ondersteuning nodig en zo ja welke en van wie;
- Hoe controleert de patiënt of zijn/haar doel is bereikt;
- Wanneer wil de patiënt zijn/haar doel bereikt hebben;
- Welke afspraken zijn er gemaakt met behandelaars.

⁶ https://richtlijnen.nhg.org/files/2020-05/hartfalen_0.pdf

⁷ <https://www.eerstelijnszorghaaksbergen.nl/ik-wil-gezond-leven>



Voor specifieke adviezen bij HF verwijzen we naar NHG standaard en Thoon⁸.

In de multidisciplinaire samenwerking is aandacht voor;

- Gezonde voeding met Na-beperking:
 - Eventueel diëtist inschakelen.
- Overweeg vochtbeperking tot 1.5-2l bij ernstig hartfalen.
 - Eventueel diëtist inschakelen
- Gezonde beweging, zo mogelijk conditietraining bij stabiel hartfalen m.n. spierversterkende oefeningen en duurtraining.
 - Fysiotherapie bij stabiel HF.
- Vermijd het gebruik van NSAID's en RR verhogende middelen.
 - In samenwerking met apotheek

De praktijkondersteuner ondersteunt de patiënt bij het bedenken van strategieën om de doelen te realiseren, het vol te houden en weerstand leren bieden aan frustraties. Het IZP is een belangrijk instrument om de mate én de voortgang van zelfmanagement te monitoren. De POH begeleidt de patiënt bij het gebruik van het IZP.

⁸ <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/hartfalen>
<https://www.sht-thoon.nl/wp-content/uploads/2021/03/Zorg-voor-de-patient-met-HF-in-Twente.pdf>



Specifieke multidisciplinaire zorg

- *Werkwijze*

Alle disciplines met expertise in de HF/CVRM zorg zijn te vinden op [Zoekuwzorg/HF](#).

Bij vasthouden vocht een indien haalbaar vocht- en zoutbeperking

- *Advies diëtist*
 - Adviseer geen zout toe te voegen bij de maaltijdbereiding en de inname te beperken van producten die veel zout bevatten.
 - Ontraad het gebruik van zoutvervangende producten die kalium bevatten.
 - Adviseer patiënten in NYHA-klasse III en IV de vochtinname te beperken tot 1,5-2 l per dag.
 - Verwijs de patiënt zo nodig naar een diëtist voor begeleiding.

Op pathofysiologische gronden acht de werkgroep het raadzaam om overmatig vocht- en zoutgebruik in algemene zin te vermijden en om specifiek piekinnames te vermijden. Er bestaat al langere tijd discussie over het nut en de haalbaarheid van (streng) vocht- en/of zoutbeperking bij patiënten met hartfalen. Voor sommigen, bijvoorbeeld kwetsbare ouderen, kan een vocht- en/of zoutbeperking prettiger zijn dan een (hogere dosis) diureticum. Voor anderen kan een streng regime de kwaliteit van leven verminderen of moeilijk vol te houden zijn.

Bij onbedoeld gewichtsverlies van > 5% in ≤ 6 maanden of > 10% in > 6 maanden:

- *Advies diëtist*
 - schenk aandacht aan de voedingstoestand en ga na of de patiënt voldoende calorieën binnenkrijgt;

Bij ernstige obesitas (BMI > 30 kg/m²): adviseer de patiënt af te vallen;

- *Advies diëtist*
 - Er is onvoldoende bewijs om het gebruik van omega-3-vetzuren aan te bevelen als aanvulling op de standaardbehandeling voor hartfalen.
 - Voor overige leefstijladviezen (roken, voeding, alcohol), zie:
 - [NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement](#)
 - [NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken](#)
 - [NHG-Zorgmodule Leefstijl Voeding](#)
 - [NHG-Zorgmodule Leefstijl Alcohol](#)

Bij onvoldoende beweging

- *Advies fysiotherapeut*
 - Ga na hoeveel de patiënt beweegt en wat eventuele belemmeringen zijn.
 - Adviseer patiënten die stabiel zijn regelmatig te bewegen voor zover de klachten dat toelaten; houd rekening met de mogelijkheden en wensen van de patiënt.
 - Overweeg verwijzing naar:
 - o multidisciplinaire hartrevalidatie (via de cardioloog)
 - o een gespecialiseerde fysio- of oefentherapeut voor beweegadviezen en begeleiding.



Bij beperkingen en participatieproblemen bij dagelijkse activiteiten

- *advies van de ergotherapeut*
- Indicatie
Patiënten met beperkingen en participatieproblemen op basis van doorgemaakte HVZ bij betekenisvolle dagelijkse activiteiten (zelfredzaamheid, werk of hobby).
- Doelstelling
Mensen (opnieuw) in staat te stellen zo zelfstandig mogelijk te functioneren in het dagelijks leven.
- Verwijsprocedure
Via verwijsbrief van huisarts.
- Interventies
Coachen, behandelen of adviseren bij de uitvoer van betekenisvolle activiteiten, waarbij de patiënt zelf bepaalt wat betekenisvol is,
Benaderingswijzen en methoden zijn gericht op zelfsturing.
Terugkoppeling
- Gestandaardiseerde beginrapportage
Gestandaardiseerde eindrapportage

Bij onvoldoende mogelijkheden tot zelfzorg(-management)

- *wijkverpleging en/of wijkverzorging*
- Indicatie
 - Patiënt is niet in staat zelfstandig medicatie in te nemen of toe te dienen,
 - Patiënt heeft ondersteuning nodig bij het aanpassen cq opvolgen van zijn leefstijl
 - Patiënt heeft geen ziekte inzicht;
 - Patiënt mist ondersteuning van mantelzorgers;
 - Patiënt kan niet zelfstandig zelfcontroles uitvoeren.
- Doelstelling
Ondersteunen, motiveren en stimuleren van de cliënt m.b.t. diens zelfzorg en zelfzorg-management.
- Verwijsprocedure
Via verwijsbrief van de huisarts/praktijkondersteuner. De brief bevat naast de standaard-informatie ook de doelen uit het Individueel Zorg Plan.
- Interventies
 - Leefstijladviezen,
 - Voorlichting en educatie;
 - Observeren en signaleren;
 - Begeleiding en ondersteuning bij het zelfmanagement.
- Terugkoppeling
 - Gestandaardiseerde beginrapportage
 - Gestandaardiseerde eindrapportage

Stoppen Met Roken

Iemand met HF is kortademig bij inspanning en heeft vaak comorbiditeit COPD.



Daarom is het van groot belang dat alle hulpverleners tenminste eenmalig een stopadvies geven aan elke nieuwe patiënt die blijft roken. Alle zorgverleners kunnen hierin rol spelen; het is van belang is dat we zelfde boodschap en zelfde formulier/ informatie uitdelen.

Volgende stappen worden hiervoor gezet.

1. Serieus gemotiveerde patiënten wordt begeleiding door de praktijkondersteuner geboden.
2. Alle rokers met stoppen met roken motivatie worden verwezen naar Sinefuma. Mensen melden zichzelf aan. Mensen worden deels digitaal begeleidt. Indien ze een terugval hebben kunnen ze weer contact opnemen met coach.
3. De apotheker kan als gewenst advies geven over medicamenteuze middelen die het stoppen met roken kunnen ondersteunen. Nicotinepleisters kunnen ook bij apotheek verkregen worden in kader van stoppen met roken, eventuele vergoeding is afhankelijk van het verzekeringspakket van de patiënt.
4. POH Ggz, Tactus is beschikbaar voor complexe problematiek, zoals roken in combinatie met andere problematiek of andere verslaving.

Farmaceutische zorg en medische hulpmiddelen

Navraag doen

Consultatie expert 2^e lijn

Bij vragen zijn er korte lijnen tussen POH-s en hartfalen verpleegkundigen in het ziekenhuis.

Monitoren zorgprogramma

- **Indicatoren**

Het zorgprogramma wordt op uitkomsten en aantallen door THOON gemonitord.

De procesafspraken worden eenmaal per jaar geëvalueerd door programmagroep.

- **Deskundigheidsbevordering**

Elke beroepsgroep draagt verantwoordelijkheid voor eigen deskundigheidsbevordering gekoppeld aan dit zorgprogramma

- **Samenwerking afspraken Zorgschakel/ tweede lijn**

Er zijn meerdere regionale transmurale afspraken rondom de samenwerking tussen medisch specialisten (cardiologen, internisten en huisartsen) voor de behandeling van patiënten met HF. Zo is er het CONNECT Hartfalen Twente protocol 1: Herkennen en bevestigen van hartfalen⁹.

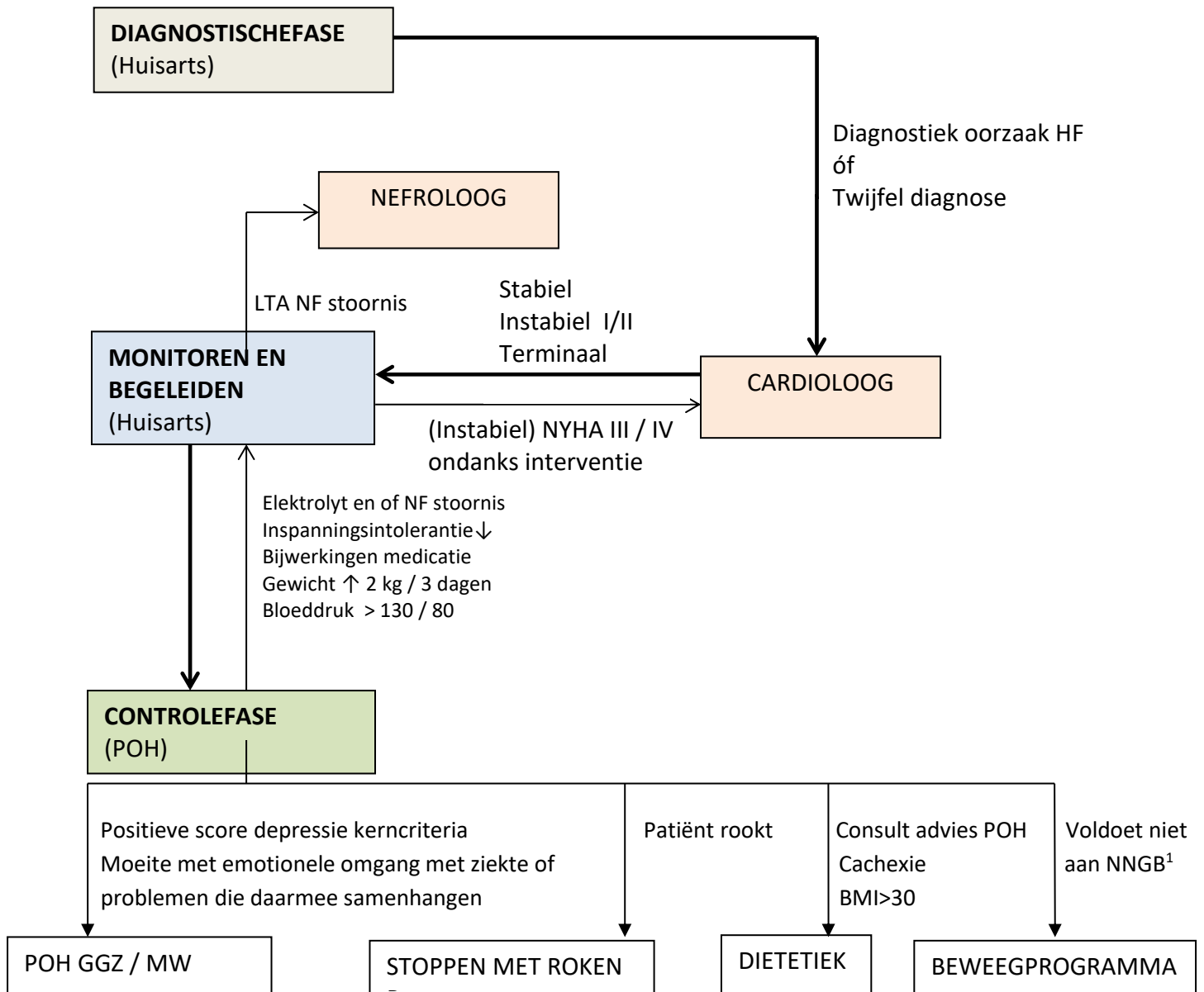
Rollen en verantwoordelijkheden

Bij geen spoed wordt schriftelijk overlegd via zorgmail en/of ZorgDomein Patiënten overleg

Bij spoed wordt gebruik gemaakt van de nummers die te vinden zijn in [Zoekuwzorg](#).

⁹ <https://www.nvccconnect.nl/Regionaal/HF-Protocollen/RTA%20Connect%20Hartfalen%20Twente.pdf>

1 BIJLAGE DIAGNOSE EN VERWIJZING



2 BIJLAGE ACHTERGROND INFORMATIE DIAGNOSE

Beoordeling op de waarschijnlijkheid van HF is gebaseerd op de klinische voorgeschiedenis, lichamelijk onderzoek en ECG registratie van de patiënt.

HF wordt gecategoriseerd door 'reduced', 'mid-range' en 'preserved' ejectie fractie:

Reduced ejectie fractie (HFrEF):

- Symptomen en signalen van HFA
- Linker Ventrikel Ejectiefraction (LVEF) <40%

Mid-range ejectie fractie (HFmrEF):

- Symptomen en signalen van HFA
- LVEF 40-49%
- Toegenomen waarden van natriuretische peptiden (BNP>35 pg/ml en/of NT-proBNP>125 pg/ml)
 - o Minimaal één aanvullend criterium:
 - Relevante structurele hartziekte (LVH en/of LAE)
 - Diastolische disfunctie

Preserved ejectie fractie (HFpEF):

- Symptomen en signalen van HFA
- LVEF ≥50%

Symptomen en signalen van HF:

- Toegenomen waarden van natriuretische peptiden (BNP>35 pg/ml en/of NT-proBNP>125 pg/ml)
 - o Minimaal één aanvullend criterium:
 - Relevante structurele hartziekte (LVH en/of LAE)
 - Diastolische disfunctioneren.

NYHA-Klasse

De ernst van het hartfalen wordt vastgesteld middels de NYHA functionele classificatie

NYHA-Klasse	
I. Geen klachten	Geen beperkingen van het inspanningsvermogen; normale lichamelijke activiteit veroorzaakt geen overmatige vermoeidheid, palpitations of dyspneu
II. Klachten alleen bij zware inspanning	Enige beperkingen van het inspanningsvermogen; in rust geen klachten maar normale lichamelijke inspanning veroorzaakt overmatige vermoeidheid, palpitatie of dyspneu
III. Klachten bij lichte inspanning	Ernstige beperking van het inspanningsvermogen; in rust geen of weinig klachten, maar lichte lichamelijke inspanning veroorzaakt overmatige vermoeidheid, palpitations of dyspneu
IV. Klachten al in rust	Geen enkele lichamelijke inspanning mogelijk zonder klachten; ook klachten in rust



3 BIJLAGE ACHTERGROND VERWIJZING DIETIST.

Verwijzing naar de diëtist

Direct na het stellen van de diagnose ongeacht het gewicht(sverloop) of bij afwijkende laboratoriumuitslagen: hart- en vaatziekten, hypertensie, afwijkend lipidspectrum of bij wijzigingen in de diabetesmedicatie (soort, dosis, toedieningsvorm) of wijzigingen in persoonlijke situatie (leef- / werkomstandigheden), wanneer de patiënt optimaal effect wil behalen met zelfcontrole of als om welke reden ook de diabetes is ontregeld. (artsenwijzer diëtetiek)

Doelstelling:

het optimaliseren van de glucoseregulatie
het verlagen van cardiovasculaire risicofactoren
het bereiken en/of behouden van een gezond gewicht
het voorkomen van complicaties
het bevorderen van de algehele gezondheid

Verwijsprocedure:

Verwijzing via het VIPLIVE/KOS, waar zorgverleners toegevoegd aan het zorgteam alle relevante informatie betreft patiënt kan inzien en waarin geregistreerd kan worden.

De vergoeding van de diëtiste vind plaats op basis van de vergoeding Ketenzorg DM. Daarnaast kan de verzekerde tot 4 uur dieetadvies per jaar vergoed krijgen, 4-8 consulten op het spreekuur of indien de cliënt niet in staat om op het spreekuur te verschijnen dan kan ook een huisbezoek worden afgelegd, dit gaat in overleg met de diëtist.

- patiënten kunnen traject krijgen, max ½ jaar volgens richtlijn
- direct toegankelijkheid. Dit biedt meer mogelijkheden in aantal consulten voor voedingsadvies.

Terugkoppeling:

Begin- en eindrapportage naar de huisarts via het ketensysteem.

We hebben de [NDF richtlijn](#) als leidraad.



4 BIJLAGE ACHTERGROND GEZOND LEVEN.

Samenwerkingsafspraken preventie en leefstijl

Thema's die multidisciplinair opgepakt worden zijn; Leefstijl, Lichamelijke activiteit/
Lichaamsbeweging.

Hiervoor wordt verwezen naar specifiek zorg of modules, uitgewerkt op website [EZH](#) zoals:

- *Leefstijl; Gezond leven*
Informatie gericht op de burgers van Haaksbergen over items van de leefstijlroer; voeding, beweging, zingeving, slaap, ontspanning, sociaal.
- *Wandelprogramma*
Het wandelprogramma stimuleert patiënten die (te) weinig bewegen, en een duwtje in de rug nodig hebben, om meer te bewegen en daarmee op de langere termijn het verloop van de risico's en/of de aandoening positief te beïnvloeden. Het wandelprogramma start bij een huisartsenpraktijk onder leiding van een 1^e lijns zorgverlener.
- *GLI/ Slimmer*
SLIMMER is gecombineerde leefstijlinterventie. Een programma om werken aan een betere gezondheid. Gezonder eten, meer bewegen en leren hoe het vol te houden. Het programma is er voor mensen met overgewicht (>25) en een matig tot sterk verhoogd gezondheidsrisico (klik op de button voor een stroomschema) die en steuntje in de rug nodig hebben voor een gezonde leefstijl.



De multidisciplinaire samenwerking in Haaksbergen heeft meerwaarde op gebied van Preventie en Leefstijl. Op deze thema's is de EZH-partner van de gemeente Haaksbergen vanwege het [Sportakkoord](#).

Er zijn veel activiteiten in Haaksbergen beschikbaar. Hiervoor kan de [informatiewijzer \(bewegen\)](#) worden geraadpleegd.