

| | |
|---|----|
| 1. Voorwoord | 2 |
| 2. Doelstelling en uitgangspunten | |
| <i>A. Doelstelling</i> | 3 |
| <i>B. Definities</i> | 3 |
| <i>C. Disciplines</i> | 4 |
| <i>D. Standaarden</i> | 4 |
| <i>E. Uitgangspunten</i> | 4 |
| 3. Zorgprogramma Cardio Vasculair Risico Management | |
| <i>A. Inclusie- en exclusiecriteria</i> | 5 |
| <i>B. Ondersteuning zelfmanagement</i> | 5 |
| <i>C. Zorgproces CVRM</i> | 6 |
| C.0. Identificatie | 8 |
| C.1. Ziektespecifieke zorg | 8 |
| - Diagnostiek | 8 |
| - Behandelbeleid | 8 |
| - Follow-up | 10 |
| C.2. Generieke zorgmodules | 10 |
| - Zorgmodule Farmacotherapeutische zorg en medische hulpmiddelen | 11 |
| - Zorgmodule Stoppen Met Roken | 12 |
| - Zorgmodule Bewegen | 13 |
| - Zorgmodule Voeding en dieet | 14 |
| - Zorgmodule Bevorderen gedragsverandering | 14 |
| C.3. Consultatie | 15 |
| <i>D. Indicatoren</i> | 18 |
| 4. Organisatie | |
| <i>A. Structuur EZH</i> | 20 |
| <i>B. Verslaglegging en rapportage</i> | 21 |
| <i>C. Kwaliteitsmanagement</i> | 21 |
| <i>D. Deskundigheidsbevordering</i> | 22 |
| <i>E. Inkoop van ketenzorg en ketencontractering</i> | 22 |
| E.1. Ziektespecifieke zorg | 23 |
| E.2. Generieke zorgmodules | 24 |
| <i>F. Financieel beheer</i> | 24 |
| 5. Bijlagen | |
| A. Zorgplan Vitale Vaten, individueel zorgplan hart- en vaatziekten | |
| B. Protocol Beweegprogramma CVRM Haaksbergen | |

1. VOORWOORD

Stichting Eerstelijns Zorg Haaksbergen (EZH) is een netwerkorganisatie die zich inzet voor de ontwikkeling en realisering van Geïntegreerde Eerstelijns Zorg voor de inwoners van Haaksbergen.

Het samenwerkingsverband EZH is in 2010 opgericht en bundelt diverse disciplines:

- De zelfstandige praktijken en maatschappen van de kerndisciplines farmacie, fysiotherapie en huisartsen,
- Andere betrokken disciplines in de eerste lijn met een zelfstandige praktijk of maatschap (eerstelijnspsychologen, verloskundigen, podotherapie, logopedie, ergotherapie);
- Betrokken instellingen in de eerste lijn (wijkverpleging, thuiszorg, diëtisten, maatschappelijk werk, consultatiebureau/JGZ, GGD, Stichting Welzijn Ouderen).

De disciplines zijn geografisch goed gespreid over de gemeente Haaksbergen. Zij streven niet naar een samenwerking onder één dak (eerstelijnscentrum), maar naar een 'virtuele samenwerking'. Kwaliteit van zorg is immers gebaseerd op samenwerking, samenhang en afstemming tussen de zorgverleners en het zorgaanbod dat lokaal wordt aangeboden.

EZH heeft als doel het bevorderen van een kwalitatief hoge en goed georganiseerde multidisciplinaire eerstelijnszorg in Haaksbergen, afgestemd op de behoefte van de bevolking. De zorgvraag van de patiënt wordt geïntegreerd benaderd en behandeld door de lokale zorgverleners, waar nodig in goede samenwerking met de 2e lijnszorg. Door samen te werken worden kennis en ervaring gebundeld en innovatieve zorgprogramma's en zorgproducten ontwikkeld.

EZH en in het bijzonder haar coördinatiebureau, stimuleert, faciliteert en ondersteunt actief; er wordt gewerkt volgens een cyclische proces van ontwikkelen, implementeren, evalueren en bijstellen van zorgprogramma's en zorgproducten. Deze integrale programma's en producten worden door het EZH, als één aanspreekbare organisatie, aangeboden aan de preferente verzekeraar Menzis.

De zorgprogramma's bestaan uit een samenhangende beschrijving van preventie, vroegsignalering, basisaanbod curatieve zorg, zelfmanagement en nazorg en vormen de basis voor een integraal aanbod voor de inwoners van Haaksbergen.

De ontwikkeling, implementatie en borging in de dagelijkse praktijk van integrale zorgprogramma's is rondweg een ingewikkelde klus en er zijn de 'bekende beren' op de weg. Maar als het lukt dan maken we gezondheidszorg beter, goedkoper en het levert aantoonbare voordelen op voor de patiënt én voor de hulpverleners.

Vanuit die optiek werkten in 2010 de volgende mensen mee aan de ontwikkeling van het zorgprogramma cardiovasculair risicomanagement:

- Huub Hodes, fysiotherapeut,
- Anja van Kempen, huisarts;
- Swen Kuipers, apotheker;
- Els Fokkert, praktijkverpleegkundige;
- Anne van Lith, praktijkverpleegkundige;
- Eveline Nieuwland, projectleider.

Haaksbergen, maart 2011

2. DOELSTELLINGEN EN UITGANGSPUNTEN

A. DOELSTELLING

De doelstelling van dit zorgprogramma is het beschrijven van de inhoud en de organisatie van Cardio Vasculair Risico Management (CVRM) vanuit Stichting Eerstelijns Zorg Haaksbergen (EZH) en het contracteren van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) CVRM. EZH is een netwerkorganisatie die zich inzet voor de ontwikkeling en realisering van Geïntegreerde Eerstelijns Zorg voor de inwoners van Haaksbergen.

Het zorgprogramma bevordert een optimaal geïntegreerd beleid voor multidisciplinaire behandeling en begeleiding van patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten (HVZ) en wordt lokaal aangeboden in Haaksbergen.

Het zorgprogramma heeft als doel het verminderen van de kans op eerste of nieuwe manifestaties van HVZ en de kans op complicaties als gevolg van HVZ.

CVRM is het systematisch opsporen van patiënten met een verhoogd risico en het behandelen van de risicofactoren voor hart- en vaatziekten.

De precieze inhoud van deze zorg en de wijze waarop de zorg wordt georganiseerd staat in de volgende hoofdstukken beschreven.

B. DEFINITIES

Cardiovasculair risicomangement is de identificatie, diagnostiek, behandeling en follow-up van risicofactoren voor hart- en vaatziekten, inclusief leefstijladviezen en begeleiding bij patiënten met een verhoogd risico op eerste of nieuwe manifestaties van hart- en vaatziekten.

De *risicofactoren* zijn:

- gevorderde leeftijd;
- geslacht;
- roken;
- hoge bloeddruk;
- hoog bloedglucosegehalte;
- hoog cholesterolgehalte;
- hart- en vaatziekten in de familie;
- ongezonde voedingsgewoonten;
- overmatig alcoholgebruik;
- lichamelijke inactiviteit;
- hoge Body Mass Index;
- hoge middelomtrek;
- psychosociale factoren;
- nierfunctiestoornissen.
- Postmenopauze bij vrouwen met zwangerschapscomplicaties als DM/Hypertensie

Hart- en vaatziekten zijn de door atherotrombotische processen veroorzaakte hart- en vaatziekten met klinische manifestaties, zoals myocardinfarct, angina pectoris, herseninfarct, TIA, aneurysma aortae en perifeer arterieel vaatlijden.

Risicoprofiel is het overzicht van voor hart- en vaatziekten relevante risicofactoren.

Risicoschatting is de schatting van het absolute **10 jaarsrisico op ziekte of sterfte** door hart- en vaatziekten met behulp van een risicofunctie aan de hand van het risicoprofiel van een patient.

Belaste familieanamnese is het hebben van een eerstegraads familielid dat voor het 65^e levensjaar een hart-en vaatziekte heeft

C. DISCIPLINES

Bij de zorg de behandeling en begeleiding van patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten zijn de volgende disciplines betrokken:

- Huisartsenzorg,
- Farmacie;
- Fysiotherapie;
- Diëtetiek;
- Podotherapie;
- Psychologische zorg;
- Laboratorium;
- Medisch specialismen.

Dit zorgprogramma beschrijft hun aandeel in de zorg.

D. STANDAARDEN

De samenwerkende disciplines in EZH, betrokken bij de zorg aan mensen met een verhoogd risico op HVZ, hanteren de volgende standaarden:

- Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement, deel 1 (PVV, februari 2009),
- KNGF Standaard Beweeginterventie coronaire hartziekten (december 2008);
- NHG Standaard Cardiovasculair risicomanagement (Eerste herziening 2012);
- CBO-richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement (2006);
- NHG-Standpunt Diagnostiek en behandeling van familiale hypercholesterolemie (april, 2006)
- LTA Nierschade, 2009.

E. UITGANGSPUNTEN

De uitgangspunten ten aanzien van de te contracteren CVRM zorg zijn:

- toegankelijkheid van de zorg voor alle CVRM patiënten van de huisartsen in Haaksbergen,
- optimale persoonlijke zorg op maat afgestemd in overleg met de patiënt;
- CVRM zorg wordt primair vanuit de huisartsenpraktijk gestart en geleverd: de huisarts is de vaste begeleider van de patiënt, de regisseur van de patiëntenzorg en heeft de beschikking over alle relevante informatie;
- Integrale zorg: daar waar van toepassing multidisciplinair en in de keten afgestemd.

Het zorgprogramma richt zich niet op de opsporing of screening van risicofactoren in de algemene bevolking.

De uitgangspunten ten aanzien van de organisatie zijn:

- De zorgverzekeraar koopt de CVRM zorg in door middel van een DBC contract met de stichting EZH,
- De zorginhoud, het datamanagement, de verantwoording als ook de financiële logistiek wordt door de EZH ontwikkeld en gecoördineerd;
- EZH maakt contractuele afspraken met alle zorgverleners in de keten voor uitvoering van de zorg (inhoud en afstemming van de zorg, rapportage, evaluatie en de prijs voor de geleverde zorg);
- EZH is verantwoordelijk voor de facturering en uitbetaling naar alle contractpartners;
- EZH heeft een regiefunctie, monitort het zorgproces en voert benchmarks uit.

3. ZORGPROGRAMMA CARDIO VASCULAIR RISICO MANAGEMENT

A. INCLUSIE- EN EXCLUSIECRITERIA

Inclusiecriteria

Het zorgprogramma CVRM wordt door het EZH aangeboden aan:

1. Patiënten met HVZ,
2. Patiënten die worden behandeld met antihypertensiva en/of statine;
3. Patiënten die bij het opstellen van het risicoprofiel een score van $\geq 10\%$ hebben;
In verband met een verhoogd risico op HVZ onafhankelijk van het verdere risicoprofiel behoren de volgende patiënten ook tot categorie 3:
 - Patiënten met totaal cholesterolgehalte > 8 mmol/l en/of totaal cholesterol/HDL-ratio > 8
 - Patiënten met familiale hypercholesterolemie
 - Patiënten met hypertriglyceridemie (> 5 mmol/l).

Exclusiecriteria

- Patiënten met hartfalen¹,
- Patiënten met DM 2²;
- Patiënten met ernstige comorbiditeit en/of beperkte levensverwachting;
- Patiënten met specifieke aandoeningen, zoals nierziekten als oorzaak van verhoogde bloeddruk.

B. ONDERSTEUNING ZELFMANAGEMENT

Bij ondersteuning van zelfmanagement gaat het om een gelijkwaardig partnership tussen de patiënt en de zorgverlener. Het is belangrijk dat de patiënt de regie heeft zoals hij die zelf nodig vindt. Patiënten krijgen op deze manier veel meer de zorg die bij hen past.

Ondersteuning van het zelfmanagement komt tot uitdrukking in een **zorgplan** dat aansluit bij de individuele wensen en doelen van de patiënt en het geven van **voorlichting en motiveren** tot aanpassing van de leefstijl.

De individuele leefstijl van de patiënt heeft grote invloed op het verloop van de ziekte. Het is van essentieel belang te investeren in de betrokkenheid van de patiënt en diens directe omgeving bij de behandeling. Wanneer de patiënt net zijn/haar diagnose heeft gehoord, is er nog te weinig zelfvertrouwen en te weinig kennis van de ziekte en het ziekteproces om de eigen ziekte te kunnen managen. In deze fase is er permanente ondersteuning van de hulpverleners nodig.

Naarmate de patiënt meer kennis verwerft, neemt het zelfvertrouwen en de betrokkenheid toe. De kennis behelst inzicht in de structuur van de CVRM zorg, ieders verantwoordelijkheden en ziekte-gerelateerde kennis. Indien de patiënt volledig geïnformeerd is over de ziekte, behandelmogelijkheden, het eigen behandelplan (en vertrouwen heeft in het behandelplan) en betrokken wordt bij de uitvoering en evaluatie, is hij/zij in staat de rol van regisseur in een zorgplan op zich te nemen. De regisseursrol op basis van volledige informatie heeft een positieve invloed op de motivatie van de patiënt en op therapietrouw. Zodoende kan het zorgplan op maat worden gemaakt, aangepast aan kennisniveau, leeftijd en leefwijze.

¹ Voor patiënten met hartfalen zal een separaat zorgprogramma ontwikkeld worden in de toekomst, gezien de complexiteit van deze zorg.

² Voor diabetespatiënten is door de regionale zorggroep al een DBC afgesloten; aangezien CVRM een integraal onderdeel is van diabeteszorg kunnen deze twee DBC's niet parallel worden geopend.

Individueel zorgplan

Een individueel 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. Het zorgplan legt daarmee de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid veel directer bij de patiënt zelf.

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. Een individueel zorgplan aansluitend bij het zorgprogramma behelst de volgende elementen:

- De eigen doelstellingen en streefwaarden van de patiënt,
- De genomen beslissingen voor het realiseren van deze doelen;
- Welke begeleiding de patiënt krijgt bij het invullen van zijn/haar centrale rol;
- Hoe en wanneer wordt gecontroleerd en bijgesteld;
- Wie uit het behandelteam verantwoordelijk is voor het overeengekomen behandelbeleid;
- Proceskenmerken: wie doet wat en wanneer;
- Concrete resultaten: risicoprofiel en afzonderlijke risicofactoren.

De hulpverlener ondersteunt de patiënt bij het bedenken van strategieën om de doelen te realiseren, vol te houden en het leren bieden van weerstand aan frustraties. Het individuele zorgplan wordt vastgelegd in het Zorgplan Vitale Vaten (zie bijlage). Het IZP is een belangrijk instrument om de mate én de voortgang van zelfmanagement te monitoren. De precieze invulling hiervan zal in de komende periode nog ontwikkeld en verfijnd moeten worden (dit is ook een landelijk thema).

Geven van voorlichting en motiveren tot aanpassing van de leefstijl

De huisartsen en praktijkverpleegkundigen, de apotheker en apothekerassistenten, zijn vanuit hun opleiding geschoold in het geven van patiëntgerichte voorlichting.

Voor de voorlichting aan patiënten met een mogelijk verhoogd CVR is het belangrijk dat de patiënt begrijpt:

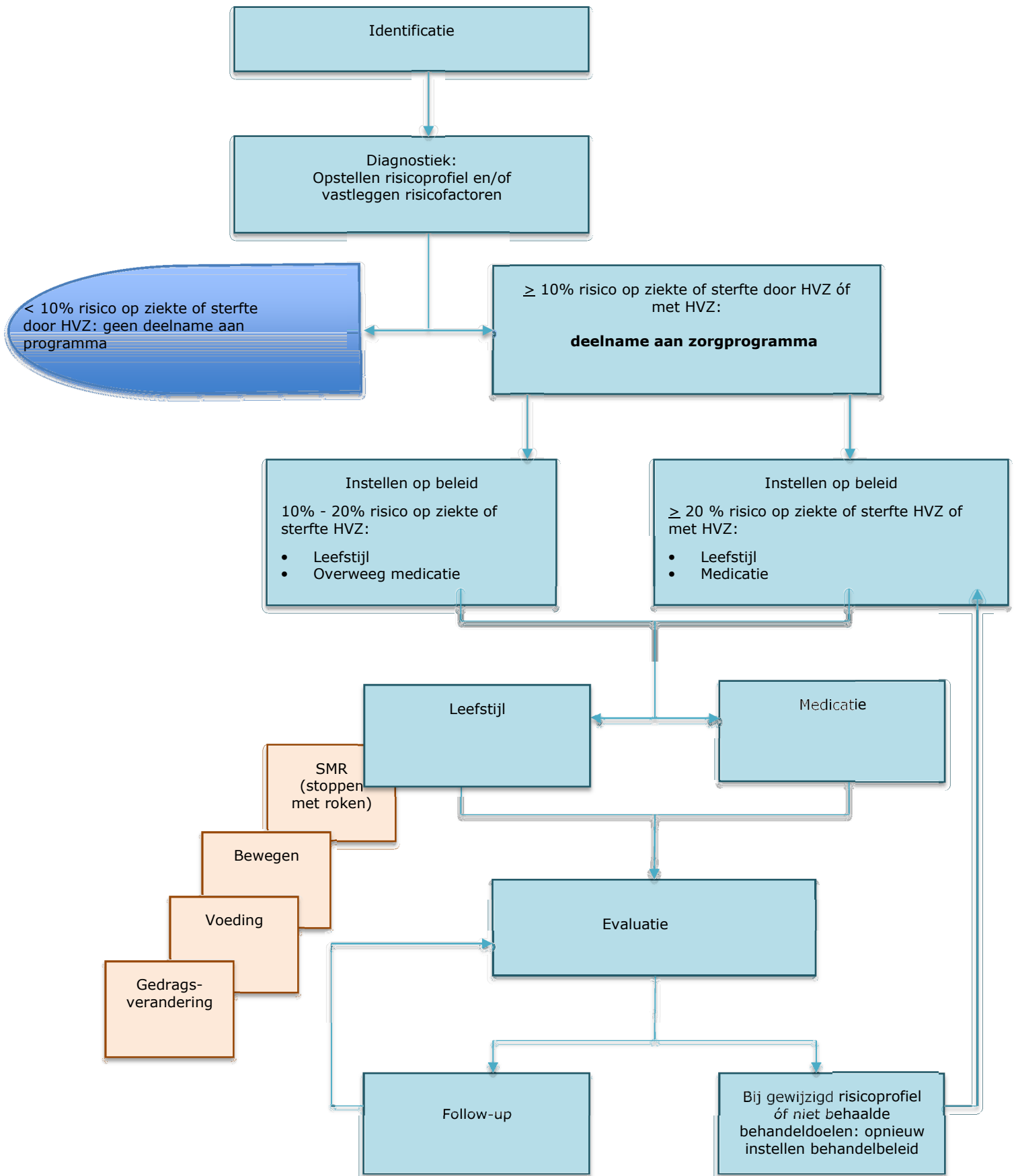
- Wat vasculair risico is,
- Waaruit de behandeling bestaat;
- Wat de prognose is;
- Wat de betekenis is van de symptomen;
- Op welke manier leefstijl en medicijnen ingrijpen op het risico;
- Hoe de risicofactoren te beïnvloeden zijn;
- Hoe hij/zij kan omgaan met de consequenties en emoties en hierover effectief kan communiceren met zorgverleners, familie, vrienden en relevante anderen.

C. ZORGPROCES CVRM

Het zorgproces, zoals schematisch weergegeven in afbeelding 1, wordt in vier paragrafen uitgewerkt:

0. Identificatie
1. Ziektespecifieke zorg
 - Diagnostiek
 - Behandelbeleid
 - Follow-up
2. Generieke zorg
 - Farmaceutische zorg en medische hulpmiddelen
 - Stoppen Met Roken
 - Bewegen
 - Voeding en dieet
 - Bevorderen gedragsverandering
3. Consultatie expert

Afb.1. **Stroomschema zorgproces CVRM**
 Ziektespecifieke zorg
 Generieke zorgmodules



C.0. Identificatie

Het zorgprogramma richt zich op patiënten met HVZ én patiënten met een verhoogd risico op HVZ. Voor de identificatie van deze twee groepen worden de volgende acties ondernomen:

1. Patiënten met HVZ/RA

- Identificatie tijdens spreekuur bezoek
- Identificatie d.m.v. screening patiëntenbestand op:
 - ATC codes antihypertensiva en statine,
 - Medicom selectie HVZ Haaksbergen: K74, K75, K76, K89, K90, K91, K92.01, K99.01.L88

2. Patiënten zonder HVZ/RA maar met een verhoogd risico

- Tijdens spreekuurbezoeken presenteren zich patiënten met:
 - systolische bloeddruk > 140 mmHg,
 - totaal cholesterol > 6,5 mmol/l;
 - mannen ≥ 50 jaar die roken;
 - vrouwen ≥ 50 jaar die roken;
 - gebruik van antihypertensiva;
 - gebruik van statines;
 - nierfunctiestoornissen
 - postmenopauzale vrouwen die zwangerschapscomplicaties hebben doorgemaakt zoals DM/Hypertensie/Eclampsie.
- Identificatie d.m.v. screening van het patiëntenbestand op:
 - ATC codes antihypertensiva en statine,
 - ICD codes (K87, K86, T93, U 99.01, W84.02, W81.01).

3. Patiënten met familiale hypercholesterolemie

Patiënten waarbij een vermoeden op familiale hypercholesterolemie bestaat, worden behandeld volgens het NHG-Standpunt Diagnostiek en behandeling van familiale hypercholesterolemie. Indien van toepassing wordt DNA diagnostiek door de huisarts aangevraagd.

C. 1. ZIEKTESPECIFIEKE ZORG

Ziektespecifieke zorg is gericht op de preventie en zorg bij een bepaalde (specifieke) chronische aandoening, in dit zorgprogramma betreft het dus de ziektespecifieke zorg bij CVRM.

C.1.1. Diagnostiek

Nadat de patiënten zijn geïdentificeerd begint de diagnostiekfase.

1. Voor patiënten met HVZ

- Vastleggen van de risicofactoren en eventuele klachten in Medicom, protocol CVRM,
- Incluseren in het zorgprogramma.

2. Voor patiënten zonder HVZ maar met een verhoogd risico

- Opstellen van het risicoprofiel: inventariseren van de risicofactoren,
- Risicoschatting;
- Vastleggen van de risicofactoren en eventuele klachten in Medicom, protocol CVRM;
- Bij ≥ 10% risico op ziekte en sterfte door HVZ: includeren in het zorgprogramma.

3. Voor patiënten met RA

- Opstellen van het risicoprofiel: inventariseren van de risicofactoren,
- Risicoschatting door 15 jaar bij de actuele leeftijd op te tellen
- Bij ≥ 10% risico op ziekte en sterfte door HVZ: includeren in het zorgprogramma.
-

C.1.2. Behandelbeleid

Het vaststellen van het behandelbeleid vindt plaats in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van de hoogte van het sterfte risico aan HVZ en specifieke omstandigheden.

Het behandelbeleid bestaat uit **leefstijladvisering** en mogelijk **medicamenteuze behandeling**.

- Patiënten met **10 – 20% risico op ziekte** of sterfte door HVZ:
 - Leefstijladvies
 - Overweeg medicatie,
- Patiënten **met $\geq 20\%$ risico op ziekte of sterfte** door HVZ óf patiënten met HVZ:
 - Leefstijladvies
 - Medicatie.

Leefstijladvisering

Aan alle patiënten met HVZ of met een 10-jaarrisicose door **HVZ \geq 10%** worden de volgende leefstijladviezen gegeven:

- Niet roken
Het rookgedrag wordt regelmatig met de patiënt besproken.
Aan serieus gemotiveerde patiënten wordt begeleiding geboden m.b.v. de MIS door de praktijkondersteuner. De apotheker kan indien gewenst advies geven over medicamenteuze middelen die het stoppen met roken kunnen ondersteunen.
Zie verder bij Zorgmodule Stoppen Met roken.
- Voldoende lichaamsbeweging
Bij voorkeur ten minste 5 dagen per week 30 minuten per dag fietsen, stevig wandelen, tuinieren enz.
Patiënten die voldoen aan de inclusiecriteria van het beweegprogramma én gemotiveerd zijn voor gedragsverandering, worden doorverwezen naar de fysiotherapeut.
Zie verder bij Zorgmodule Bewegen.
- Gezonde voeding
Beperkt gebruik verzadigd vet/transvet en zout.
Eet 1 tot 2 keer per week (vette) vis.
Gebruik min. 2 ons groente en 2 stuks fruit per dag.
Beperk het gebruik van alcohol, voor vrouwen geldt een max. van 2 glazen per dag, voor mannen een max. van 3 glazen per dag.
De patiënt kan worden doorverwezen naar de diëtiste.
Zie verder bij Zorgmodule Voeding en dieet.
- Zorg voor een optimaal gewicht
BMI < 25 kg/m².
middelomtrek < 80 cm voor vrouwen en < 94 cm voor mannen.
Voor een effectieve gewichtsreductie is zowel het uitbreiden van lichamelijke activiteiten als het aanpassen van het voedingspatroon van belang.
Zie verder bij Zorgmodule Voeding en dieet en Zorgmodule Bewegen.

Medicamenteuze behandeling

Binnen het farmacotherapieoverleg (FTO) maken huisartsen en apothekers afspraken over het voorschrijven van medicatie in Haaksbergen met als doel het geneesmiddelengebruik te rationaliseren. Er worden gezamenlijke adviezen opgesteld op basis van de meest recente standaarden van beide beroepsgroepen (Haaksbergse Formularium). Deze gemaakte afspraken worden regelmatig getoetst (FTO niveau 4).

Patiënten met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten zijn vaak hun hele leven aangewezen op het gebruik van meerdere geneesmiddelen. Goed geneesmiddelengebruik en therapietrouw is cruciaal: het juiste geneesmiddel moet op het juiste moment op de juiste wijze worden gebruikt en dit moet volgehouden worden.

Het is van belang dat een centrale zorgverlener het medicatiegebruik van de patiënt begeleidt en bewaakt. De apotheker is bij uitstek de zorgverlener in het totale zorgproces om overzicht te houden over de totale medicatie, het gebruik te controleren en te beïnvloeden en voorlichting te geven aan de patiënt en de betrokken hulpverleners.

Zie verder ook de Module Farmacotherapeutische zorg en medische hulpmiddelen.

1. Patiënten met HVZ

- acetylsalicylzuur 80 mg per dag (tenzij er een indicatie voor antistolling bestaat zoals bij atriumfibrilleren). Bij overgevoeligheid voor acetylsalicylzuur komt clopidogrel in aanmerking,

- Bij SBD ≥ 140 mmHg: antihypertensiva.³
Effectief zijn diuretica, bètablokkers, ACE-remmers, angiotensine-II-antagonisten en calciumantagonisten. De keus wordt mede bepaald door de aard van de HVZ; geef bij angina pectoris, myocardinfarct en hartfalen ook bij normale bloeddruk een bètablokker en/of een ACE-remmer;
- bij LDL $\geq 2,5$ mmol/l: cholesterolsyntheseremmer;
- bij een sterk verhoogd risico ongeacht het LDL: cholesterolsyntheseremmer.
- Bij Tia of herseninfarct dipyridamol toevoegen aan acetylsalicylzuur

2. Patiënten zonder HVZ

Patiënten zonder HVZ en 10 jaars ziekte of sterfte risico HVZ $\geq 20\%$

- bij SBD ≥ 140 : antihypertensiva.
Effectief zijn diuretica, bètablokkers, ACE-remmers, angiotensine-II-antagonisten en calciumantagoniste,
- bij LDL $\geq 2,5$ mmol/l: cholesterolsyntheseremmer.

Patiënten zonder HVZ en 10 jaars ziekte of sterfte risico HVZ 10 - 20%

Bijkomende risicofactoren (belaste familieanamnese, overgewicht (BMI > 30), weinig lichaamsbeweging, aanwijzingen voor orgaanschade (albuminurie, nierfunctiestoornis, linkerventrikelhypertrofie), RA en een jeugdige leeftijd, kunnen redenen zijn de behandelgrens bij 10% te leggen.

- Bij SBD ≥ 140 : antihypertensiva.
Effectief zijn diuretica, bètablokkers, ACE-remmers, angiotensine-II-antagonisten en calciumantagonisten,
- Bij LDL $\geq 2,5$ mmol/l: cholesterolsyntheseremmer.

Patiënten zonder HVZ en 10 jaars risico HVZ < 10%

- Zie bovenstaand item.

C.1.3. Follow-up

Voor een blijvend effect van de niet-medicamenteuze en medicamenteuze behandeling is een duidelijke follow-up van belang. Het controleschema wordt individueel opgesteld, afhankelijk van het risicoprofiel, de (co)morbiditeit en de persoonlijke wensen.

| In het algemeen worden bij stabiele patiënten de onderstaande controlefrequenties geadviseerd: | |
|--|--------------------|
| Verhoogd risico op HVZ (incl. hypertensie/hypercholesterolemie) | Jaarlijks |
| Angina pectoris | Jaarlijks |
| CVA (afhankelijk van de restverschijnselen) | 3 - 12 maandelijks |
| Perifeer arterieel vaatlijden | Jaarlijks |
| Doorgemaakt myocardinfarct | Jaarlijks |
| TIA | Jaarlijks |
| Aneurisma Aorta | Jaarlijks |

De follow-up bestaat uit:

- Na het instellen van de behandeling, leefstijladvisering en/of medicatie, is er minimaal jaarlijks een evaluatie van het behandelbeleid gewenst. Nagegaan wordt of er veranderingen hebben plaatsgevonden in het risicoprofiel en gevraagd naar eventuele klachten,
- Voorafgaande aan de follow-up is de patiënt verwezen voor een jaarlijks laboratoriumonderzoek (lipidenspectrum, glucose, serumkalium, serumkreatinine, nierfunctie en urineonderzoek),

³ Streefwaarden afhankelijk van meetmethoden van de bloeddruk:
meetmethode: spreekkamer ≤ 140 mmHg
thuis ≤ 135 mmHg
ambulant, 24 uur ≤ 130 mmHg

- Er wordt geïnformeerd naar de therapietrouw;
- Bij rokers wordt de wenselijkheid van stoppen met roken benadrukt.

Bij veranderingen in het risicoprofiel of het niet behalen van de gestelde behandeldoelen, is aanpassing van het behandelbeleid gewenst.

C.2. GENERIEKE ZORGMODULES

Generieke zorg beschrijft de zorg voor mensen met een chronische aandoening. Generieke zorg onderscheidt zich van ziektespecifieke zorg, doordat de zorg op meer dan één chronische aandoening van toepassing kan zijn.

Zorgmodule *Farmacotherapeutische zorg en medische hulpmiddelen*

| | |
|---|--|
| Preventie | |
| - Algemene informatie apotheek (schriftelijk materiaal, website) | |
| Initiële behandelfase | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Aanleg en beheer medicatiedossier, tenzij dossier reeds is aangelegd, incl. vastleggen CI CVRM, klinisch chemische parameters, zelfzorgmiddelen - Uitleg CVRM zorgaanbod apotheek (WGBO) | |
| 1 ^e uitgifte | Farmacotherapeutische zorg |
| | Eerste uitgifte geneesmiddel CVRM: <ul style="list-style-type: none"> • Bespreken verwachting patiënt • Medicatiebewaking • Medicatiebeoordeling • Gereed maken voor afleveren • Instructie patiënt: 1^e uitgiftegesprek + schriftelijk informatiemateriaal |
| | Zorg hulpmiddelen |
| | Uitgifte bloeddrukmeter: <ul style="list-style-type: none"> • Keuze bloeddrukmeter • Gereed maken voor afleveren • Instructie bloeddrukmeter • Ondersteuning uitlezen en gebruik waarden • Afspraken over herhaal instructie |
| 2 ^e uitgifte (2 wk na 1 ^e uitgifte) | Zorg op maat |
| | Indien nodig wordt onderstaande zorg geleverd: <ul style="list-style-type: none"> • Verzorging proactieve herhaalmedicatie • Geneesmiddel in weekaflevering • Synchronisatie • Apotheekbereiding • Thuisbezorgen • Voorlichting en educatie • Begeleiding zelfzorgmiddelen • Begeleiding bij opname, ontslag, polikliniekbezoek • Begeleiding speciale doelgroepen (bv. Reizigers, perinatale zorg, moslims bij Ramadan) • Adviesgesprek apotheker |
| 2 ^e uitgifte (2 wk na 1 ^e uitgifte) | Farmacotherapeutische zorg |
| | Tweede uitgifte geneesmiddel CVRM: <ul style="list-style-type: none"> • Medicatiebewaking • Medicatiebeoordeling • Gereed maken voor afleveren • Evaluatie gebruik en ervaringen • Therapietrouw: contact opnemen bij signalering wegblijven patiënt |
| | Zorg op maat |
| Indien nodig wordt onderstaande zorg geleverd: | |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Verzorging proactieve herhaalmedicatie • Geneesmiddel in weekaflevering • Synchronisatie • Therapietrouw • Apotheekbereiding • Thuisbezorgen • Voorlichting en educatie • Begeleiding zelfzorgmiddelen • Begeleiding bij opname, ontslag, polikliniekbezoek • Begeleiding speciale doelgroepen (bv. reizigers, perinatale zorg, moslims bij Ramadan) • Adviesgesprek apotheker |
|--|--|

| Chronische behandelfase | |
|---|--|
| Vervoluitgiften (1 ^e vervoluitgifte 2 mnd na 1 ^e uitgifte) | Farmacotherapeutische zorg |
| | Vervoluitgifte geneesmiddel CVRM: <ul style="list-style-type: none"> • Medicatiebewaking • Medicatiebeoordeling • Gereedmaken voor afleveren • Vragen beantwoorden patiënt • Therapietrouw: contact opnemen bij signalering wegblijven patiënt |
| | Zorg op maat |
| | Indien nodig word onderstaande zorg geleverd: <ul style="list-style-type: none"> • Verzorging proactieve herhaalmedicatie • Geneesmiddel in weekaflevering • Synchronisatie • Therapietrouw • Apotheekbereiding • Thuisbezorgen • Voorlichting en educatie • Begeleiding zelfzorgmiddelen • Begeleiding bij opname, ontslag, polikliniekbezoek • Begeleiding speciale doelgroepen (bv. reizigers, perinatale zorg, moslims bij Ramadan) • Adviesgesprek apotheker |
| Jaarlijks | Farmacotherapeutische zorg |
| | Farmaco-epidemiologische database searches op populatieniveau Medicatiebeoordeling chronisch geneesmiddelengebruik: <ul style="list-style-type: none"> • Aandacht voor risicopatiënten • Analyse medicatiedossier • Evaluatie met de patiënt • Aanpassing behandelplan met de huisarts |
| | Zorg op maat |
| | Groepsvoorlichting zelfmanagement |

Zorgmodule Stoppen met roken

Verwijzing naar de praktijkondersteuner

Mensen die gemotiveerd zijn om te stoppen met roken kunnen hierin begeleid worden d.m.v. gerichte voorlichting, advisering en begeleiding, ondersteund met medicatie of nicotinevervangers. De praktijkondersteuner heeft hierbij een cruciale rol. Consistentie in de advisering door de verschillende zorgverleners is van groot belang. Kern is dat er bij de patiënt met een verhoogd risico op HVZ een gedragsverandering moet optreden. De eigen verantwoordelijkheid van de patiënt staat hierin centraal. Behandeling door de praktijkondersteuner en huisarts bestaat uit motiverende gespreksvoering, het stimuleren van zelfmanagement en het toepassen van diverse hulpmiddelen om bovenstaande te bereiken.

Minimale Interventie Strategie (MIS)

De MIS (NHG en Stivoro) vormt de basis voor de begeleiding door de praktijkondersteuner in het stoppen met roken. De MIS is bedoeld voor rokende patiënten. Het is een stappenplan waarbij de praktijkondersteuner en de huisarts samen de patiënt begeleiden bij het stoppen met roken. Uitgangspunt van de MIS is dat de patiënt zelf verantwoordelijk blijft voor het eigen rookgedrag. De roker moet voldoende gemotiveerd zijn en kennis hebben van het proces verslaving om te kunnen stoppen. De praktijkondersteuner past hierbij de motiverende gesprekstechnieken toe. De persoonlijke situatie van de patiënt staat centraal in de MIS. De begeleiding kan gecombineerd worden met medicamenteuze behandeling en nicotine vervangende middelen. Stoppen met roken is een belangrijk onderdeel van de leefstijladvisering. Interventies die gericht zijn op het terugdringen van het aantal beginnende rokers en op het aansporen om met het roken te stoppen, dragen bij aan een afname van het aantal mensen met HVZ in de toekomst. De begeleiding kent een totale looptijd van 12 maanden. De totale tijdsinvestering van de MIS is 2 uur. In het begin is de begeleiding intensief, in de loop van het jaar wordt de begeleiding minder intensief.

Zorgmodule Bewegen

Verwijzing naar de fysiotherapeut

De module Bewegen is een beweegprogramma voor patiënten met cardiovasculaire aandoeningen die hiervoor in aanmerking komen.

Bij het beïnvloeden van belangrijke cardiale risicofactoren (inactiviteit, verhoogde bloeddruk en cholesterol, overgewicht, roken en ongezonde voedingsgewoonten) hebben patiënten baat bij een fysiek trainingsprogramma en psychosociale begeleiding.

Indicatie:

- Patiënten met een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen én een inactieve stijl⁴ van leven,
- Patiënten met HVZ, zonder medische contra-indicaties (zie exclusiecriteria) voor bewegen én een inactieve stijl van leven.
- Gemotiveerd voor deelname aan beweegprogramma.

Verwijsprocedure:

Via verwijsbrief⁵ van de huisarts.

Doelstelling:

- Het verloop van de risico's en/of de aandoening positief te beïnvloeden en zelfstandig bewegen buiten de fysiotherapiepraktijk mogelijk te maken,
- Patiënten die het intensieve beweegprogramma hebben gevolgd kunnen voldoen aan de beweegnorm NNGB en kunnen deze zelfstandig handhaven.
- Veranderen van het beweeggedrag.

⁴ Gebruikte normen voor bewegen:

- NNGB: tenminste 30 minuten per dag tenminste matig inspannende activiteiten (inspanning waarbij de ademhaling zo is aangezet dat spreken in zinnen nog net mogelijk is) op tenminste vijf dagen van de week
- Fitnorm: tenminste 3x per week 20 minuten inspannende lichaamsbeweging
- Combinorm: voldoet aan NNGB en/of Fitnorm
- Inactief: op geen enkele dag voldoen aan de NNGB

⁵ Een verwijsbrief van de huisarts bevat:

- Gegevens patiënt: NAW, geboortedatum, telefoonnummer, BSN van de patiënt,
- Verwijsredenen en bijbehorend zorgprogramma;
- Actuele episodelijst;
- Relevante/belangrijke voorgeschiedenis;
- Medicatiestatus;
- Gegevens verwijzende arts: praktijk, adresgegevens, telefoonnummer.

Interventies:

- Intensief beweegprogramma: 52 weken, 2x per week
- De groep bestaat uit 4 - 10 personen
- Zie verder Beweegprogramma CVRM Haaksbergen.

Terugkoppeling⁶ (via KIS):

- Beginrapportage,
- Eindrapportage naar huisarts en/of praktijkondersteuner.

⁶ EZH streeft naar een gestandaardiseerde, elektronische terugkoppeling, bij voorkeur via een KIS.

Zorgmodule Voeding en Dieet

Verwijzing naar de diëtiste

De module Voeding en dieet is bestemd voor patiënten die geïncludeerd zijn in het zorgprogramma en gemotiveerd zijn voor verandering van hun voedingspatroon.

Indicatie:

- Patiënten bij wie problemen gesignaleerd worden bij het integreren van de adviezen van de POH in het dagelijkse leven,
- Patiënten met hyperlipedimie;
- Patiënten met een BMI \geq 25 kg/m² of een middelomtrek voor mannen > 94 cm en voor vrouwen >80.

Verwijsprocedure:

Via de verwijsbrief van de huisarts plus daaraan toegevoegd de labgegevens en de gegevens van het lichamenlijk onderzoek.

Doelstelling (te bereiken via het voedingsadvies):

- Het optimaliseren van lichaamsgewicht en/of middelomtrek,
- Verlagen van de bloeddruk en ondersteunen van de bloeddrukverlagende medicatie;
- Normaliseren vetspectrum;
- Inzicht geven in eigen eetgedrag en het veranderen van eetgedrag op de lange termijn middels zelfcontroletechnieken op gedragstherapeutische basis.

Interventies:

De diëtist zit in het basispakket; de patiënt krijgt max. 4 uur dieetadvies per jaar vergoed.

Hierbij is een verwijsbrief van de huisarts noodzakelijk.

- 4-8 consulten op het spreekuur,
- Is de patiënt niet in staat om op het spreekuur te verschijnen, dan kan (in overleg met de diëtist) ook een huisbezoek worden afgelegd.

Terugkoppeling (via KIS):

- Gestandaardiseerde beginrapportage,
- Gestandaardiseerde eindrapportage.

Zorgmodule Bevorderen gedragsverandering

Verwijzing naar de eerstelijns psycholoog, algemeen maatschappelijk werker of POH GGZ

Vanuit een biopsychosociaal model geredeneerd kan men stellen dat er een samenhang is tussen biologische, psychologische en sociale factoren bij het ontstaan van en het omgaan met ziekten. Een adequate behandeling van de patiënt houdt daarom ook rekening met deze drie gebieden en de klachten die in de onderlinge samenhang ervan kunnen ontstaan. Zo kan somberheid bv. leiden tot sociaal isolement of een negatief effect hebben op het lichamenlijk herstel. Ook de wisselwerking met de omgeving is van invloed op het ontstaan en verloop van klachten. Psychosociale zorg maakt daarom ook onlosmakelijk deel uit van de multidisciplinaire zorg voor patiënten met een chronische aandoening.

Indicatie

Patiënten en naasten met psychosociale problemen, die voortvloeien of verweven zijn met hun ziekte (i.e. Diabetes, COPD, hart- en vaatziekten). Dit kunnen zijn:

- Patiënten die door psychosociale factoren (cognities, emoties, gedrag en omgeving) belemmeringen ondervinden in het aanpassingsproces,
- Patiënten bij wie leefstijladviezen onvoldoende beklijven of resultaat boeken;
- Patiënten en hun naasten die door hun ziekten met angstklachten of somberheid te maken krijgen;
- Patiënten en hun naasten die door hun ziekte met partnerrelatieproblemen of problemen in hun sociale omgeving te maken krijgen of bij wie de maatschappelijke participatie in gevaar komt;
- Patiënten en hun naasten die door hun ziekte met verlieservaring (bv. verminderd lichamenlijk functioneren, seksuele problemen) en de verwerking daarvan te maken hebben.

Verwijsprocedure

Via verwijsbrief van de huisarts.

Doelstelling

Voorkomen of vroegtijdig behandelen van negatief effect op het herstel- en aanpassingsproces van de patiënt door psychosociale factoren.

Interventies

- Interventies gericht op ondersteuning bij de aanpassing van leefstijl,
- Interventies gericht op de ondersteuning bij (de aanpassing aan) psychosociale gevolgen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van o.a.
 - o Psycho-educatie,
 - o Counseling;
 - o Lotgenotengroepen;
 - o Multidisciplinaire interventies (bijv. gezamenlijk aanbod met fysiotherapeut).

Terugkoppeling (via KIS):

- Gestandaardiseerde beginrapportage,
- Gestandaardiseerde eindrapportage.

C.3. Consultatie expert

Extra consultatie of verwijzing kan nodig zijn bij de volgende zorgvragen:

1. Bij verre reizen een reisadvies van Reisvaccinatieservice Haaksbergen

Indicatie:

Patiënten die op reis gaan naar bestemmingen waarbij medische en/of preventieve maatregelen geïndiceerd zijn.

Doelstelling:

Reisadvisering met kennis van volledig medische gegevens van de patiënt specifiek toegepast op gezondheidssituatie van betreffende patiënt.

Verwijsprocedure:

Patiënt kan zelf contact opnemen via de website www.reisvaccinatieservicehaaksbergen.nl of apotheek de Waag, Haaksbergen.

Terugkoppeling:

Terugrapportage wordt verzorgd door de vaccinerend huisarts in Medicom.

2. Bij specifieke voetproblemen een advies van de podotherapeut eerste lijn

Indicatie:

Voet- en wondbehandeling bij de risicopatiënten, bij patiënten met voetstandafwijkingen of bij patiënten met eelt en/of drukplekken.

Doelstelling:

Voorkomen/behandelen van wonden.

Verwijsprocedure:

Via verwijsbrief van huisarts.

Interventies:

- Behandeling van eelt en/of drukplekken,
- Behandeling van standsafwijkingen;
- Advisering over voetverzorging, schoeisel enz.
- Behandelen van wonden.

Terugkoppeling (via KIS):

- Gestandaardiseerde beginrapportage,
- Gestandaardiseerde eindrapportage.

3. Bij complexe voetproblemen een advies van de podotherapeut tweede lijn

Indicatie:

Complexe podotherapeutische behandeling bij patiënten waar de 1^e lijns podotherapie niet in staat is de adequate hulp te bieden.

Doelstelling:

2^e lijns podotherapeutische behandeling.

Verwijsprocedure:

Via verwijsbrief van huisarts.

Terugkoppeling (via KIS):

- Gestandaardiseerde beginrapportage,
- Gestandaardiseerde eindrapportage.

4. Bij beperkingen en participatieproblemen bij dagelijkse activiteiten een 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,
- Benaderingwijzen en methoden zijn gericht op zelfsturing.

Terugkoppeling (via KIS):

- Gestandaardiseerde beginrapportage,
- Gestandaardiseerde eindrapportage.

5. Bij taal- en spraakstoornissen een advies van de logopediste eerste lijn

Indicatie:

Patiënten met een taal- of een spraakstoornis ten gevolge van een CVA.

Doelstelling:

Behandeling van beperkingen in communicatie en/of eten en drinken

Verwijsprocedure

Via verwijsbrief van de huisarts.

Interventies

- Het in kaart brengen van de problematiek:
Wat is de hulpvraag, op welke vlakken van de communicatie ondervindt de patiënt problemen (spraak, begrijpen van gesproken en/of geschreven taal, verwoorden van gedachten, woordvinding, schrijven).
Meestal komt de patiënt op verwijzing van het ziekenhuis of revalidatiecentrum en is de medische en logopedische diagnostiek reeds verricht. Soms is aanvullend onderzoek nodig, vooral wanneer er sprake is geweest van een korte ziekenhuisopname,
- Behandelen van dysarthrie, verbale apraxie en afasie om de spraak c.q. taal weer zoveel mogelijk te herstellen en de communicatie te optimaliseren;
- Indien de communicatieve beperking groot is advisering ondersteunende communicatie-middelen;
- Adviseren van de omgeving van de cliënt:
Vooral in het geval van afasie is het voor de omgeving vaak moeilijk te begrijpen wat er aan de hand is en is het wezenlijk om te vertellen hoe men de communicatie zo goed mogelijk kan ondersteunen.

Terugkoppeling (via KIS):

- Gestandaardiseerde beginrapportage,
- Gestandaardiseerde eindrapportage.

6. Bij slikproblemen een advies van de logopediste tweede lijn

Indicatie:

Patiënten die ten gevolge van een CVA slikproblemen hebben.

Doelstelling:

Behandeling van de slikproblemen.

Verwijsprocedure:

Via verwijsbrief van de huisarts of via verwijzing door logopediste 1^e lijn.

Terugkoppeling (via KIS):

- Gestandaardiseerde beginrapportage,
- Gestandaardiseerde eindrapportage.

7. Bij onvoldoende mogelijkheden tot zelfzorg(-management) wijkverpleging en/of wijkverzorging

Voorwaarde: de patiënt neemt deel aan het zorgprogramma en ontvangt verpleging/ verzorging van Buurtzorg/Livio.

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 zelfzorgmanagement.

Verwijsprocedure

Via verwijsbrief van de huisarts/praktijkondersteuner. De brief bevat naast de standaardinformatie, ook de doelen uit het Individueel Zorg Plan.

Interventies:

- Leefstijladviezen,
- Voorlichting en educatie;
- Observeren en signaleren;
- Begeleiding en ondersteuning bij het zelfmanagement.

Terugkoppeling (via KIS):

- Gestandaardiseerde beginrapportage,
- Gestandaardiseerde eindrapportage.

8. Bij problemen van het bewegingsapparaat, die deelname aan de Zorgmodule Bewegen belemmeren, een advies van de osteopaat of fysiotherapeut

Indicatie:

De CVRM patiënt die deelneemt aan de Zorgmodule Bewegen én klachten heeft van het bewegingsapparaat, die een belemmering vormen om het beweegprogramma te continueren zoals:

- Musculo-skeletale problemen/klachten (zowel bewegingsbeperkingen als pijnklachten),
- Persisterende en recidiverende klachten die conform het huidige verwijzingsbeleid niet tot een oplossing geleid hebben;
- A-specifieke klachten van het bewegingsapparaat;
- A-specifieke viscerale problemen/klachten (osteopathie).

Doelstelling:

Verkrijgen van een volledig en normaal bewegingspatroon op lokaal anatomisch (gewrichts-)

niveau met als uiteindelijk doel het optimaliseren van de (trainings-)belastbaarheid.

Verwijsprocedure:

Via verwijsbrief van de huisarts.

Terugkoppeling (via KIS):

- Schriftelijke rapportage waarin resultaat van de behandeling wordt vermeld.

9. Bij complexe medische zorgvragen een advies van de medisch specialist

Indicatie:

Bij patiënten die niet voldoende reageren op de ingestelde medicamenteuze therapieën volgens normen gesteld in NHG standaard M84.

Tevens wordt verwezen bij progressieve nierfunctiestoornissen volgens LTA Chronische nierschade (2009).

Verwijsprocedure:

Via verwijsbrief van de huisarts.

Doelstelling:

Consultatie over en beoordeling van ingestelde behandeling en/of uitsluiten nog niet bekend onderliggend lijden.

Terugkoppeling (via KIS):

- Notificatie,
- Gestandaardiseerde verslaglegging bij afsluiting behandeling of bij evaluatiemomenten.

E. INDICATOREN

Voor de beoordeling of de doelstelling van het zorgprogramma behaald wordt, wordt gebruik gemaakt van prestatie-indicatoren. Binnen het project Zichtbare Zorg⁷ zijn voor de geïntegreerde zorg voor vasculaire aandoeningen prestatie-indicatoren ontwikkeld.

De indicatoren geven inzicht in de feitelijke uitvoering van de zorg en geven de hulpverleners spiegel- en sturingsinformatie voor het verbeteren van de eigen prestaties. Tevens bieden de indicatoren geanonimiseerde informatie die gebruikt kan worden om de verzekeraar te laten zien of de gemaakte afspraken nagekomen worden.

Algemene selectiecriteria voor onderstaande indicatoren:

- *Hoofdbehandelaar is geen medisch specialist*

Ingeschreven patiënten met inschrijving langer dan 12 maanden

% patiënten met een verhoogd risico in de praktijkpopulatie aan het einde van rapportageperiode

% patiënten met hypertensie in de praktijkpopulatie aan het einde van rapportageperiode

% patiënten met een hypercholesterolemie in de praktijkpopulatie

% patiënten met een systolische bloeddruk ≥ 140 (laatste waarde ooit) in de praktijkpopulatie aan het einde van rapportageperiode

% patiënten met een TC $\geq 6,5$ mmol/l in de praktijkpopulatie aan het einde van rapportageperiode

% mannelijke patiënten ouder dan 40 die roken in de praktijkpopulatie aan het einde van rapportageperiode

% vrouwelijke patiënten ouder dan 54 die roken in de praktijkpopulatie aan het einde van rapportageperiode

⁷ zie ook <http://www.zichtbarezorg.nl/page/Eerstelijnszorg/Huisartsenzorg>

| | |
|-----|---|
| | % mogelijk hoogrisicopatiënten waarvan de rookstatus bekend en actueel (< 12 maanden) is |
| | % mogelijk hoogrisicopatiënten waarbij ooit het familieanamnestische risico op hart- en vaatziekten is geregistreerd |
| | % mogelijk hoogrisicopatiënten waarbij het voedingspatroon is besproken in de afgelopen 12 maanden |
| | % mogelijk hoogrisicopatiënten waarbij ooit het alcoholgebruik is geregistreerd |
| | % mogelijk hoogrisicopatiënten waarbij de mate van lichaamsbeweging is geregistreerd in de afgelopen 12 maanden |
| | % mogelijk hoogrisicopatiënten waarbij de BMI bepaald is in de afgelopen 12 maanden |
| | % mogelijk hoogrisicopatiënten waarbij de laatste 5 jaar de middelomtrek is gemeten |
| | % mogelijk hoogrisicopatiënten waarbij de systolische bloeddruk gemeten is in de afgelopen 12 maanden |
| | % mogelijk hoogrisicopatiënten waarbij de bloedglucose bepaald is in de afgelopen 12 maanden |
| | % mogelijk hoogrisicopatiënten waarbij het LDL bepaald is in de afgelopen 5 jaar |
| 1. | % mogelijk hoogrisicopatiënten met basis risicoprofiel (rookstatus, systolische bloeddruk, LDL) in de groep met mogelijk verhoogd risico |
| 2. | % mogelijk hoogrisicopatiënten met compleet risicoprofiel (rookstatus, familieanamnese, voeding, beweging, alcohol, BMI, middelomtrek, systolische bloeddruk, glucose, LDL) |
| | % mogelijk hoogrisicopatiënten met een leeftijd tussen de 40 en 65 |
| | % mogelijk hoogrisicopatiënten met een leeftijd tussen de 40 en 65 waarbij het CV risico ooit is bepaald |
| | % patiënten in de praktijkpopulatie met een leeftijd tussen de 40 en 65 |
| 3. | % patiënten met een leeftijd tussen de 40 en 65 en een berekend risico 10-20% |
| 4. | % patiënten met een leeftijd tussen de 40 en 65 en een berekend risico ≥20% |
| | % patiënten met een berekend risico ≥20% en een bloeddruk ≥ 140 in de afgelopen 12 maanden |
| 5. | % patiënten die niet behandeld worden met antihypertensiva in de groep met een berekend risico ≥20% en een bloeddruk ≥ 140 in de afgelopen 12 maanden |
| | % patiënten met een berekend risico ≥20% en LDL $\geq 2,5$ de afgelopen 12 maanden |
| 6. | % patiënten die niet behandeld worden met lipidenverlagende middelen in de groep met een berekend risico ≥20% en LDL $\geq 2,5$ de afgelopen 12 maanden |
| 7. | % patiënten met een advies over stoppen met roken in de groep met een berekend risico ≥10% die rookt de afgelopen 12 maanden |
| 8. | % patiënten met een advies over voeding ooit in de groep met een berekend risico ≥10% |
| 9. | % patiënten met een bewegingsadvies ooit in de groep met een berekend risico ≥10% |
| 10. | % patiënten waarbij een actueel IZP aanwezig is dat samen met de patiënt is opgesteld |
| 11. | % patiënten die verwezen worden voor de Module Bewegen |
| 12. | % patiënten die bij uitstroom van de Module Bewegen voldoen aan de fitnorm |
| 13. | % patiënten die een half jaar na uitstroom van de Module Bewegen voldoen aan de fitnorm |

4. ORGANISATIE

A. STRUCTUUR EZH

In het samenwerkingsverband Eerstelijns Zorg Haaksbergen werken diverse disciplines:

- De zelfstandige praktijken en maatschappen van de kerndisciplines: apotheek, fysiotherapie en huisartsen,
- Andere betrokken disciplines in de eerste lijn met een zelfstandige praktijk of maatschap (eerstelijnspsychologen, verloskundigen, podotherapie, logopedie, ergotherapie);
- Betrokken instellingen in de eerste lijn (wijkverpleging, thuiszorg, diëtisten, maatschappelijk werk, consultatiebureau/JGZ, GGD, Stichting Welzijn Ouderen).

Een belangrijke voorwaarde voor het goed functioneren van het samenwerkingsverband is een organisatiestructuur met een heldere verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden en een duidelijke besluitvorming- en communicatiestructuur.

EZH is een stichting met als doel het bevorderen van een kwalitatief hoge en goed georganiseerde multidisciplinaire eerstelijnszorg in Haaksbergen, afgestemd op de behoefte van de bevolking. De zorgvraag van de patiënt wordt geïntegreerd benaderd en behandeld door de lokale zorgverleners, waar nodig in goede samenwerking met de 2^e lijnszorg.

De Stichting wordt vertegenwoordigd door het **Bestuur**, deze is gerechtigd tot het afsluiten van contracten en samenwerkingsovereenkomsten met derden. Het bestuur heeft een beleidsbepalende functie.

Het bestuur wordt bijgestaan door een **Raad van Advies en Toezicht**. De Raad adviseert over en houdt toezicht op het maatschappelijk belang van EZH, de bestuurskwaliteit, het strategische beleid, de algemene gang van zaken, het jaarplan en het jaarverslag.

De **Raad van Deelnemers** is een inhoudelijk adviesorgaan van de aangesloten disciplines bij het EZH. De raad geeft o.a. advies aan het bestuur over de inhoud van de ontwikkelde zorgprogramma's, signaleert knelpunten in de implementatie en de kwaliteitsverbetering van de programma's en geeft verbetervoorstellen.

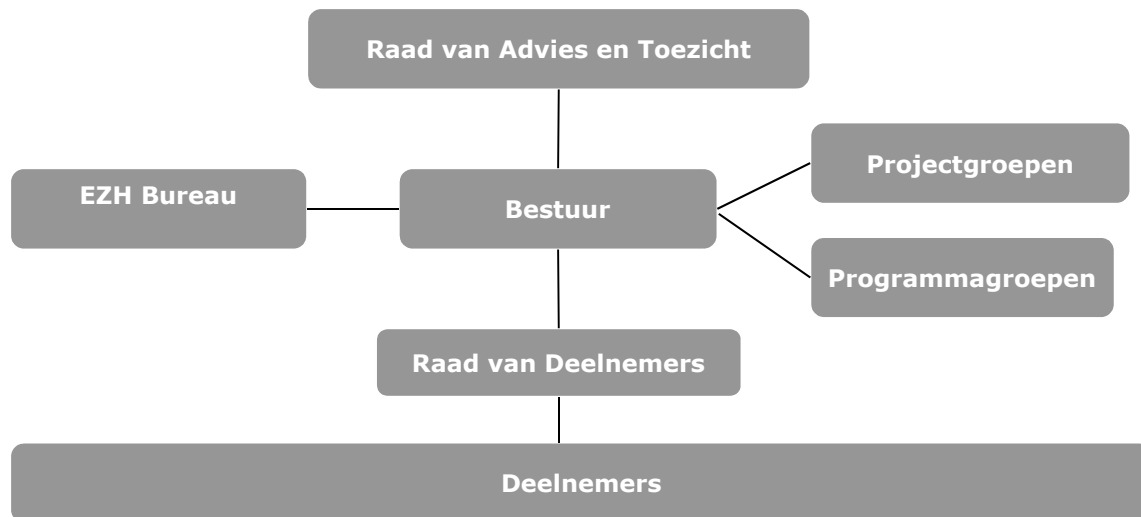
Het **EZH-bureau** coördineert en ondersteunt de activiteiten van EZH en werkt onder verantwoordelijkheid van de Samenwerkingsstichting. In het bureau werken:

- De Manager Samenwerkingsverband,
- De Programmacoördinator;
- Eventueel een specifieke inhoudelijke deskundige op consultbasis (bv. een kaderarts).

Voor de ontwikkeling en het cyclisch kwaliteitsmanagement van de geïntegreerde eerstelijnszorg kent het EZH een projectorganisatie bestaand uit programmagroepen en projectgroepen.

Een **Programmagroep** is verantwoordelijk voor het ontwikkelen van zorgprogramma's, bereidt de implementatie voor, toetst de kwaliteit van de geleverde zorg en wordt geleid door de programmacoördinator.

Een **Projectgroep** is verantwoordelijk voor de organisatie en voorwaarden van de zorgverlening en wordt geleid door de manager.



Afb. 2. Organogram EZH

B. VERSLAGLEGGING EN RAPPORTAGE

De grootste groep hulpverleners rondom CVRM zijn de huisartsen en de praktijkondersteuners. Zij registreren rechtstreeks in het eigen Huisarts Informatie Systeem (HIS) en hanteren hierbij de door EZH afgesproken prestatie-indicatoren. De huisartsen en praktijkondersteuners worden geschoold en begeleid in het uniform registreren en het correct verwerken van de mutaties. De afgesproken wijze van registreren vormt de basis voor de rapportages naar de zorgverzekeraar. Het HIS blijft vooralsnog de centrale bron voor de databank van EZH.

Met de overige hulpverleners worden afspraken gemaakt over de aanlevering van de gegevens ten behoeve van de registratie in het HIS.

Extractie gebeurt onder verantwoordelijkheid van het bestuur van EZH.

C. KWALITEITSMANAGEMENT

Met de ontwikkeling van een zorgprogramma is de eerste stap gezet in het systematisch opsporen van patiënten met een verhoogd risico en het behandelen van de risicofactoren voor hart- en vaatziekten. De vervolgstappen zijn van essentieel belang om het programma ingebed te krijgen in de dagelijkse praktijk en vragen om structureel kwaliteitsmanagement. De PDCA-regelkring (Plan-Do-Check-Act) is het meest voor de hand liggend cyclisch kwaliteitsproces. In afbeelding 3 zijn de vijf stappen verder uitgewerkt.

Doelstellingen en indicatoren:

- ontwikkelen zorgprogramma,
- aanpassen zorgprogramma op basis van de evaluatie en op basis van nieuwe kennis.

Implementatie zorgprogramma en introductie bij nieuwe hulpverleners:

- het bestuur wijst per programma een programmacoördinator aan,
- de programmacoördinator inventariseert de benodigde scholing van de disciplines betrokken bij de uitvoering van het zorgprogramma;
- de programmacoördinator is verantwoordelijk voor het benoemen van de gewenste scholing per discipline;

- de programmacoördinator delegeert de uitvoering van de scholing (o.a. naar de overige leden van de programmagroep);
- de programmacoördinator zorgt ervoor dat de betrokken disciplines geïnformeerd worden (door het stafbureau) over de wijze waarop het zorgprogramma geïmplementeerd wordt;
- instructie, toetsing en ondersteuning vindt plaats op praktijkniveau en de verantwoordelijkheid ervoor ligt bij de individuele praktijk.

Monitoring van het zorgproces en de rapportage (toezien op uitvoering ervan):

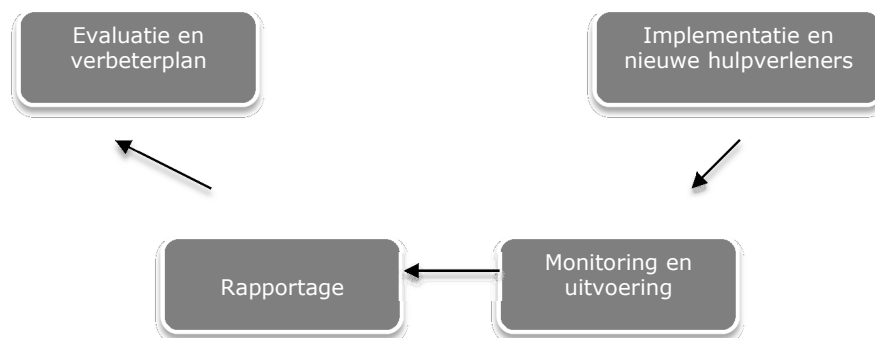
- de programmacoördinator monitort de implementatie van het zorgprogramma (= zorgproces),
- het EZH-bureau monitort de registratie van het zorgprogramma.

Rapportage:

- het EZH-bureau verzorgt periodieke rapportages van de prestatie indicatoren,
- de programmacoördinator analyseert de rapportage en geeft aanbevelingen.

Evaluatie en verbeterplan:

- de programmacoördinator bespreekt de rapportages inclusief de aanbevelingen met de praktijken,
- de programmacoördinator ziet er op toe dat de individuele praktijken de aanbevelingen vertalen naar de eigen praktijkorganisatie;
- de individuele praktijken maken een verbeterplan op basis van de aanbevelingen;
- de programmacoördinator heeft een ondersteunende cq. adviserende rol bij het opstellen van de praktijkverbeterplannen;
- het EZH-bureau verzorgt het jaarverslag en gebruikt daarbij informatie uit de rapportage, aanbevelingen en verbeterplannen.



Afb. 3. PDCA cyclus (Deming)

D. DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

Van groot belang bij de realisatie van de doelstelling van het zorgprogramma CVRM is voldoende deskundigheid bij de betrokken disciplines (het betreft hier deskundigheid over de inhoud van de zorg, over de organisatie van de zorg en over extractie van de gegevens). Vanuit het EZH kan begeleiding en scholing aangeboden worden om de gewenste deskundigheid te bereiken en/of te behouden.

E. INKOOP VAN KETENZORG EN KETENCONTRACTERING

Een zorgprogramma biedt de onderbouwing voor de multidisciplinaire zorg, waarop de patiënt moet kunnen rekenen. De beschrijving van de ziektespecifieke zorg en de generieke zorgmodules vormen de input voor de berekening van een bijbehorende kostprijs.

Zo is het zorgprogramma de basis voor de inkoop van ketenzorg en het instrument waarmee EZH en de zorgverzekeraar tot overeenstemming over contractering ketenzorg komen.

| E.1 ZIEKTESPECIFIEK | | | | | |
|---|-------------|----------|-----|------------|----------|
| | Prevalentie | Huisarts | POH | Specialist | Diëtiste |
| EERSTE JAAR | 0,25 | | | | |
| Inventarisatie gezondheidsrisico's | | | | | |
| opstellen/vastleggen cardiovasculair risicoprofiel | | | x | | |
| beoordelen risicoprofiel | | x | x | | |
| includeren in het zorgprogramma | | x | | | |
| informatie ziektebeeld en programma | | | x | | |
| Instellen op beleid | | | | | |
| vaststellen behandelbeleid | | x | | | |
| Leefstijladvisering | | | | | |
| educatie leefstijl | | | x | | x |
| effectmeting 3 mnd leefstijl | | | x | | |
| effectmeting 6 mnd | | | x | | |
| overleg ha - poh | | x | x | | |
| Leefstijladvisering en medicamenteuze behandeling | | | | | |
| educatie leefstijl en medicamenteuze behandeling | | | x | | x |
| 1e effectmeting therapie na 2 wkn | | | x | | |
| 2e effectmeting therapie na 6 wkn | | | x | | |
| effectmeting 3 mnd leefstijl en medicatie | | x | x | | |
| effectmeting 6 mnd leefstijl en medicatie | | x | x | | |
| nierfunctie bij ace remmer 14 dgn na start | | x | | | |
| cholesterolbepaling bij statine 3 mnd na start | | x | | | |
| overleg ha - poh | | x | x | | |
| overleg ha - specialist | | x | | x | |
| Coördinatie | | | | | |
| Evaluatie jaarlijks | | x | x | | |
| FOLLOW-UP | | | | | |
| jaarlijks laboratoriumonderzoek | 0,75 | | | | |
| jaarlijks inventarisatie risicofactoren | | | x | | |
| jaarlijks beoordeling risicoprofiel en evaluatie behandelbeleid | | x | x | | x |
| overleg ha - poh | | x | x | | |
| overleg ha - specialist | | x | | x | |
| Coördinatie | | | | | |
| Evaluatie jaarlijks | | x | x | | |

| E.2 GENERIEK | | | | | | | |
|--|-------------|----------|-----|-----------|----------------|----------|--------|
| | % patiënten | Huisarts | POH | Apotheker | Fysiotherapeut | Diëtiste | ELP/MW |
| ZORGMODULE FARMACEUTISCHE ZORG EN HULPMIDDELEN | | | | | | | |
| Eerste uitgifte | | | | x | | | |
| Tweede uitgifte | | | | x | | | |
| Vervoluitgifte | | | | x | | | |
| Jaarlijks | | | | x | | | |
| | | | | | | | |
| ZORGMODULE STOPPEN MET ROKEN | | | | | | | |
| Motivatietraining | | x | x | | | | |
| H MIS: consult | | | x | | | | |
| H MIS: tel consult | | | x | | | | |
| NVM | | x | | | | | |
| | | | | | | | |
| ZORGMODULE BEWEGEN | | | | | | | |
| <i>Individuele begeleiding</i> | | | | | x | | |
| <i>Beweegprogramma</i> | | | | | x | | |
| <i>Evaluatie fysiotherapeut</i> | | | | | x | | |
| <i>Overleg</i> | | | | | x | | |
| | | | | | | | |
| ZORGMODULE VOEDING EN DIEET | | | | | | | |
| <i>1e consult diëtiste</i> | | | | | | x | |
| <i>Vervolgconsult diëtiste</i> | | | | | | x | |
| <i>Einde dieetbehandeling</i> | | | | | | x | |
| | | | | | | | |
| ZORGMODULE GEDRAGSVERANDERING | | | | | | | |
| <i>ondersteuning bij aanpassing leefstijl</i> | | | x | | | | x |
| <i>ondersteuning bij (aanpassing aan) psychosociale gevolgen</i> | | | x | | | | x |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

F. FINANCIËEL BEHEER

EZH is verantwoordelijk voor het gehele financiële beheer van te contracteren CVRM zorg. Door middel van een financiële jaarrapportage legt de stichting verantwoording af aan de preferente verzekeraar.

- Facturatie onderaannemer → hoofdaannemer
- Facturatie vanuit hoofdaannemer → zorgverzekeraars
- Kwartaalrapportage en financieel jaarverslag.

Bijlage A Zorgplan Vitale Vaten, individueel zorgplan hart- en vaatziekten

http://www.vitalevaten.nl/PlatformVitaleVaten/Uploads/mID_6108_cID_5099_Individueel%20zorgplan.pdf

Beweegprogramma CVRM
(Cardio Vasculair Risico Management)

Haaksbergen december 2010

INHOUDSOPGAVE

Inleiding

| | |
|------------|---|
| Aanleiding | 4 |
|------------|---|

Algemeen

| | |
|----------------|---|
| Definitie | 5 |
| Prevalentie | 5 |
| Risicofactoren | 5 |
| Onderbouwing | 5 |

Inclusie-, exclusie- en uitstroomcriteria

| | |
|-------------------|---|
| Inclusiecriteria | 7 |
| Exclusiecriteria | 7 |
| Uitstroomcriteria | 7 |

Klinimetrie

| | |
|---------------|---|
| Testen | 8 |
| Vragenlijsten | 8 |

Inrichtings- en uitvoeringseisen

| | |
|------------------------------------|---|
| Voor intake, evaluatie en eindtest | 9 |
| Voor trainingen | 9 |
| Apparatuur | 9 |
| Oefenmateriaal | 9 |
| Algemene uitvoeringseisen | 9 |

Beweegprogramma

| | |
|----------------------------|----|
| Doelstelling | 10 |
| Behandelfrequentie en duur | 10 |
| Beweegprogramma | 10 |
| Opbouw trainingsprogramma | 12 |
| Intake en evaluatie | 15 |

Bijlagen

| | |
|-----------------------------------|--|
| 1 Bepalen trainingshartfrequentie | |
| 2 Protocol 1-RM schattingstest | |

Inleiding

Aanleiding

Hart- en vaatziekten (HVZ) zijn de belangrijkste oorzaak van sterfte in Nederland en de westerse wereld. Ongeveer een derde van alle sterfte wordt veroorzaakt door HVZ. Coronaire hartziekten en beroerten komen in Nederland het meest voor en zorgen samen voor 18% van het totaal aantal verloren levensjaren. Van de volwassen Nederlandse bevolking van 20 tot 60 jaar heeft ongeveer één op de acht een verhoogd cholesterolgehalte, één op de vijf een verhoogde bloeddruk en één op de drie rookt. Daarnaast voldoet deze populatie veelal niet aan de "Nederlandse norm gezond bewegen". Beïnvloeding van deze risicofactoren kan de cardiovasculaire sterfte en morbiditeit aanzienlijk doen verminderen.

Meer dan de helft van de Nederlandse bevolking is onvoldoende lichamelijk actief. In een meta-analyse van 23 cohorten werd aangetoond dat regelmatige lichamelijke activiteit het risico van HVZ kan verlagen (Williams 2001).

Regelmatige lichamelijke activiteit beïnvloedt de kans op HVZ niet alleen rechtstreeks maar mogelijk ook indirect, onder meer door een daling van de bloeddruk en het totale cholesterolgehalte en door een verhoging van het HDL-cholesterolgehalte (Pate 1997, Halbert 1997, Ebrahim 1998, Cooper 2000). Het gezondheidsbevorderende effect van bewegen kan al worden behaald door ten minste 200 kilocalorieën per dag te verbruiken met middelzware lichamelijke activiteit (Pate 1997). Dit bereikt men door bijvoorbeeld dertig minuten te fietsen, stevig te wandelen of te tuinieren. Activiteiten die gemakkelijk kunnen worden ingebouwd in het dagelijks leven, blijken het meest effectief te zijn (Hillsdon 1996).

Het gezondheidsbevorderende effect van regelmatige lichamelijke activiteit is het grootst bij patiënten met een hoog risico (Joliffe 2001), zoals patiënten met doorgemaakte HVZ (Oldridge 1988, O'Connor 1989). Patiënten met HVZ die weinig lichamelijk actief zijn, hebben echter een licht verhoogd risico van een hartinfarct of plotselinge sterfte als ze plotseling en intensief gaan bewegen (Mittleman 1993).

Bij voorkeur zou iedereen elke dag ten minste dertig minuten lichamelijk actief moeten zijn. Aangezien dit niet altijd haalbaar is, wordt in overeenstemming met de Europese richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (Third Joint Task Force 2003) en de in 1998 opgestelde Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen (Kemper 2000) geadviseerd minimaal vijf dagen per week dertig minuten per dag matig intensief te bewegen.

Stichting Eerstelijns Zorg Haaksbergen heeft een multidisciplinair zorgprogramma ontwikkeld voor inwoners van de gemeente Haaksbergen met een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen. Het beweegprogramma CVRM als onderdeel van het multidisciplinaire zorgprogramma is opgesteld door de fysiotherapeuten aangesloten bij de coöperatie "Hafysio" en mag alleen door aangesloten fysiotherapeuten gebruikt worden.

De methodiek van handelen en verslagleggen wordt beschreven voor zoveel mogelijk uniformiteit. Daarnaast is er volop ruimte voor aanpassing in de inhoud van het programma, omdat een goed beweegprogramma maatwerk is!

De bronnen voor dit protocol zijn de richtlijnen van de beroepsgroep het KNGF voor de Fysiotherapeuten en richtlijn VvOCM.

Algemeen

Bronnen: Standaard KNGF en Richtlijn VvOCM.

Definitie

Hart- en vaataandoeningen zijn een van de grootste gezondheidsrisico's in Nederland. Verschillende interventies, waaronder fysieke training, leefstijlprogramma's en gedragsgeoriënteerde behandelingen, blijken een positief effect te hebben op het risicogedrag. Vele studies tonen aan dat patiënten met coronaire hartziekten baat hebben bij een fysiek trainingsprogramma en psychosociale begeleiding als het gaat om het beïnvloeden van belangrijke cardiale risicofactoren als inactiviteit, verhoogde bloeddruk en verhoogd cholesterol, overgewicht, roken en ongezonde voedingsgewoonten.

Het beweegprogramma is gericht op het bevorderen van een actieve leefstijl voor mensen met verhoogd risico op cardiovasculaire klachten én patiënten met hart- en vaataandoeningen die voldoen aan de inclusiecriteria.

Prevalentie

In 2004 overleden in Nederland ruim 136.000 personen, met als voornaamste doodsoorzaak hart- en vaatziekten, ofwel 1 op de 3 Nederlanders (dit is jaarlijks > 45.000 mensen). Tegenwoordig sterven er meer vrouwen dan mannen aan hart- en vaatziekten, maar wel gemiddeld op 10 jaar hogere leeftijd dan mannen. Het risico op hart- en vaatziekten bij vrouwen is toegenomen.

Risicofactoren

Volgens de NHG Standaard Cardiovasculair risicomanagement worden als risicofactoren voor hart- en vaatziekten (HVZ) beschouwd:

- vorderen van de leeftijd,
- mannelijk geslacht;
- roken;
- verhoogde systolische bloeddruk;
- lipidspectrum (waaronder verhoogd cholesterolgehalte);
- verhoogd glucosegehalte;
- positieve familieanamnese (vader, moeder, broer of zus met HVZ voor het zestigste levensjaar
- voeding (gebruik van verzadigd vet en zout, onvoldoende vis, groenten en fruit);
- overmatig alcoholgebruik;
- lichamelijke inactiviteit;
- te grote middelomtrek en te hoge body mass index (BMI).

Onderbouwing types training in het beweegprogramma

- Duurtraining (oxidatieve capaciteit)
Aërobe inspanning resulteert in een verbetering van het cardiorespiratoire uithoudingsvermogen, de VO_2 -max en de capillaire dichtheid van de skeletspier.
Overgewicht verhoogt de bloeddruk, gewichtsvermindering verlaagt deze. De vermindering van de bloeddruk bedraagt systolisch 2 mmHG en diastolisch 1,5 mmHG per kilogram gewichtsvermindering. Bij gewichtsafname van meer dan 20 kg worden deze waarden echter niet meer gehaald.
Vetweefsel gelokaliseerd in de buikregio geeft eerder stofwisselingsproblemen dan de variant gelokaliseerd in de andere regionen. Lichamelijke inspanning resulteert in een vetverlies in deze regionen.
Programma's met alleen duurtraining hebben geen consistent effect op lichaams-samenstelling en spierkracht.

De totale beweegtijd is in eerste instantie belangrijker dan de intensiteit van het bewegen.

Het verdient dan ook de voorkeur om te starten op een lage intensiteit (40% HFmax) en vervolgens rustig op te bouwen naar een hogere intensiteit.

- **Krachttraining**
Krachttraining geeft een verbetering in de VO²- max. Er moeten steeds grotere spiergroepen worden aangesproken, de aandacht zou dus moeten liggen bij beweging van de grote gewrichten. Heup-extensie, knie-flexie/extensie, enkel plantairflexie, schouder-flexie/extensie en elleboog flexie/extensie moeten steeds in het beweegprogramma de aandacht krijgen.

De combinatie van kracht- en duurtraining resulteert ook in een significante verbetering van vetpercentage en middelheupratio ten opzichte van duurtraining alleen. De combinatie voorkomt ook eentonigheid bij deelnemers waardoor training leuker blijft om te doen. De combinatie van deze twee types training zijn dus het meest geschikt bij patiënten met CVRM.

- **Gedragsverandering**
Patiënten die deelnemen aan dit beweegprogramma zijn vaak niet gewend intensief te bewegen of sporten. Het beweegprogramma vraagt nogal een ommekeer in hun leefstijl. Naast het inpassen van meer bewegen in hun dagelijkse activiteiten, moeten ze ook nog eens trainingen volgen en hun dieet aanpassen. De verandering van hun oude gedrag is ingrijpend. Een blijvende gedragsverandering is het resultaat van een geleidelijk proces. Daarom moet er al vroeg in de behandeling aan gedragsbehoud gewerkt worden.

Om een gedragsverandering te bewerkstelligen moeten de volgende stappen gevolgd worden:

1. **Open staan**

De patiënt kan de aandacht opbrengen voor de informatie, het bespreken van zijn/haar situatie en voor het zoeken naar oplossingen. De voorlichting over het beweegprogramma sluit aan bij de beleving, verwachting, vragen en zorgen van de patiënt.

2. **Begrijpen**

Patiënten hebben behoefte aan informatie en kennis om hun situatie te begrijpen. De (fysio)therapeut zorgt voor belangrijke, bruikbare en begrijpelijke informatie, zodanig dat die beklijft (aanhoudt). De patiënt begrijpt de informatie en moet dit kunnen onthouden.

3. **Willen**

De patiënt moet gemotiveerd zijn voor de gedragsverandering .

4. **Kunnen**

De patiënt moet in staat zijn om het gevraagde gedrag uit te voeren.

5. **Doen**

De patiënt moet het nieuwe gedrag uitvoeren. Er worden heldere, concrete, haalbare afspraken gemaakt (nazorg). Er wordt positieve feedback gegeven.

6. **Blijven doen**

De patiënt blijft het nieuwe gedrag na de behandeling vertonen.

In- en exclusiecriteria

(bron KNGF)

Inclusiecriteria

- Patiënten met een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen of met HVZ en een inactieve stijl van leven,
- De patiënt is gemotiveerd voor een actievere leefstijl;
- Leeftijd > 18 jaar;
- Verwijzing huisarts of specialist;
- De inactieve patiënt;
- Beschikken over de medische gegevens (van huisarts of praktijkondersteuner, cardioloog) die nodig zijn voor deelname aan het beweegprogramma in verband met cardiale voorgeschiedenis en eventuele comorbiditeit;
- Beschikken over de vereiste medische gegevens: voorgeschiedenis, eventuele klachten, bloeddruk en hartritme, medicatiegebruik, resultaten van relevante medische onderzoeken.

Exclusiecriteria

- Het ontbreken van vereiste medische gegevens,
- Cardiovasculaire instabiliteit: instabiele AP-klachten, decompensatio cordis;
- Hartfalen, hartritmestoornissen (zoals onbehandelbare (supra)ventriculaire ritmestoornissen);
- Tweede- of derdegraads AV-blok, recent ontstaan atriumfibrilleren), ernstige klepafwijkingen;
- Aneurysma of dissectie van de aorta, tromboembolische processen (longembolie en diepe veneuze trombose);
- Tijdelijk verminderde belastbaarheid ten gevolge van koorts, virale infecties, open wonden;
- Ulcera, cachexie of algehele malaise;
- Comorbiditeit die deelname aan het beweegprogramma onmogelijk maakt, zoals ernstige hyper- of hypotensie, klachten van het houding- en bewegingsapparaat, ernstig COPD;
- Ernstige psychische problemen;
- Cognitief disfunctioneren, zoals ernstige cognitieve stoornissen wat betreft geheugen, aandacht of concentratie (bijvoorbeeld ten gevolge van CVA of dementie);
- Onvoldoende motivatie om beweggedrag te veranderen.

Uitstroomcriteria

Voor het verwijzen naar een volgende fase of setting, of het eventueel terugverwijzen naar huisarts en/of specialist, zijn de volgende uitstroomcriteria opgesteld.

- De persoonlijke trainingsdoelen zijn:
 - bereikt (waar mogelijk voldoet de cliënt aan de NNGB)
 - niet bereikt, maar de cliënt is in staat deze alsnog op korte termijn zelf te bereiken
 - niet bereikt, maar het maximaal haalbare is behaald,
- De cliënt weet welke vervolgstappen nodig zijn om zelfstandig zijn activiteiten te continueren en is op de hoogte van beweegactiviteiten in de regio;
- De beweegscore volgens de vragenlijst PACE-score is ten minste 6.

Klinimetrie

(zie standaard KNGF)

Testen

- 6 MWT – 6 minuten wandeltest,
- 1 RM – herhalingsmaximum;
- SAS – Specific Activity Scale (belastbaarheid in MET);
- Bloeddrukmeting;
- BMI.
-

Vragenlijsten

- PSK Patiënt Specifieke Klacht,
- Rand 36 – kwaliteit van leven;
- Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q) - deze test alleen bij nulmeting;
- PACE score – activiteitsniveau;
- NNGB;
- Tampaschaal voor kinesiofobie (optioneel).

Inrichting- en uitvoeringseisen

Voor intake, evaluatie en eindtest

- Behandelruimte met bank
- Fietsergometer: geijkt
- 6-minuten wandeltest: stopwatch, 10 - meter meetlint, 2 pylonen
- Loopband
- Centimeter (omtrek)
- Handheld dynamometer (optioneel)
- Bloeddrukmeter
- Hartslagmeter
- Saturatiemeter (optioneel)
- Weegschaal tot op 0,1 kg nauwkeurig, goed geijkt
- Lengtemeter tot op 0,5 nauwkeurig.

Voor trainingen

- Vrije zaalruimte t.b.v. warming-up/cooling down : minimaal 25 m²
- Ruimte zaal met apparatuur : minimaal 35 m².

Apparatuur

- Loopband
- Fietsergometer, minimaal 1 geijkt
- Multifunctionele krachtapparatuur (zoals pulley)
- Optioneel: krachtapparatuur zoals chestpress, leg press, vertical row etc.

Oefenmateriaal

- Halters verschillende gewichten
- Pylonen
- Oefenmatten
- Stokken.

Algemene uitvoeringseisen

- Voldoen aan de specifieke uitvoeringseisen zorgprogramma voor mensen met CVRM,
- Fysiotherapeut is CKR- geregistreerd;
- Aanwezigheid van minimaal één bedrijfshulpverlener (KNGF richtlijn);
- Goede bereikbaar van de praktijk voor de patiënt en voor hulpdiensten;
- Beschikken over een operationeel calamiteitenplan (KNGF);
- EHBO/kist aanwezig;
- Indeling en plaatsing apparatuur moet veilig zijn voor de patiënt;
- De gebruikte testapparatuur moet goed onderhouden zijn;
- De fysiotherapeut heeft een reanimatiediploma;
- Aanwezigheid van AED in de praktijk (advies);
- Aansprakelijkheidsverzekering die genoemde activiteiten dekt.

Beweegprogramma

Doelstellingen

Doel van het beweegprogramma is om het verloop van de risico's en/of de aandoening positief te beïnvloeden en zelfstandig bewegen buiten de fysiotherapiepraktijk mogelijk te maken.

Subdoelstellingen:

1. Betere zelfredzaamheid in ADL en arbeid creëren,
2. Meer ziekte-inzicht en zelfvertrouwen;
3. Vermindering medisch consulteren in de 1e en 2e lijn;
4. Plezier in bewegen verkrijgen;
5. Vergroten maximale aërobe uithoudingsvermogen;
6. Lokaal en algeheel uithoudingsvermogen vergroten;
7. Verlagen van risicofactoren op andere morbiditeit.

Einddoel

Patiënten die het beweegprogramma CVRM hebben gevolgd gedurende 12 maanden, kunnen voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen en kunnen deze zelfstandig handhaven.

Behandelfrequentie en duur

Om gedragsverandering te verkrijgen, dient een beweegprogramma frequent en intensief te zijn.

Voor optimaal resultaat wordt uitgegaan van 2 trainingen per week gedurende 12 maanden.

Inhoud beweegprogramma

| Interventie | Individueel of groep | tijd |
|--|-----------------------------|-------------|
| Intake en nulmeting | Individuele zitting | 0,75 uur |
| Tussenevaluatie 3 mnd | Individuele zitting | 0,5 uur |
| Tussenevaluatie 6 mnd + trainingsschema voor zelfstandig sporten/bewegen | Individuele zitting | 0,75 uur |
| Toetsing 12 mnd + advies zelfstandig sporten/bewegen | Individuele zitting | 0,75 uur |
| 100 groepszittingen (2 trainingen per week) | Groepszitting | 100 uur |

Iedere deelnemer zal aan het eind van het programma doorstromen naar het lokale sport- en beweegaanbod, dat past bij zijn of haar individuele wensen en mogelijkheden. Zo worden deelnemers gestimuleerd om zelfstandig de nieuwe leefstijl op te pakken. Na een jaar is het programma afgelopen en wordt de begeleiding (indien nodig) voortgezet door middel van controle momenten in de reguliere zorg.

Met de intensieve begeleiding en ondersteuning die het programma biedt, wordt voor iedere deelnemer gezocht naar een passende manier om zijn/haar leefstijl te veranderen. Op deze manier raken mensen blijvend gemotiveerd om gezonder en actiever te leven en de gezondere en actievere leefstijl in te passen in het dagelijks leven.

Groepsgrootte

De groepen bestaan uit 4 -10 deelnemers.

Inhoud

Om het beweeggedrag van mensen te veranderen, moet aansluiting worden gezocht bij het stadium van gedrag waarin de persoon verkeert. Ieder stadium kent zijn specifieke informatiebehoefte en deze staat los van test- of trainingsresultaten. Om goed op het stadium van gedrag te kunnen aansluiten moet maatwerk in de informatievoorziening geleverd worden.

Het beweegprogramma bestaat uit de volgende onderdelen:

- Training, 2 keer per week;
- Van de cliënt wordt verwacht dat hij/zij bewegen in het dagelijks leven inpast;
- Informatieoverdracht;
- Herhaling testen en metingen, waar onder VO₂max, lengte, gewicht, BMI, bloeddruk en vragenlijsten.

Aan het programma worden de volgende eisen gesteld:

- Het programma is maatwerk (individuele interventie in groepsverband),
- Het programma sluit aan bij de individuele wensen en doelstellingen van de cliënt;
- Het programma is gericht op het wegnemen van eventuele barrières om te bewegen;
- Het programma vergroot de zelfeffectiviteit van de cliënt;
- Het programma voelt veilig aan;
- Het programma wordt begeleid door een fysiotherapeut die aanvullend geschoold is voor het beweegprogramma;
- Het programma wordt aangeboden in een (praktijk)ruimte die voldoet aan specifieke inrichtingseisen;
- De intensiteit van het programma is passend;
- Plezier in bewegen heeft prioriteit;
- Uitval wordt vermeden, onder andere door het voorkomen van blessures en een appel aan de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt.

Opbouw trainingsprogramma

Hieronder staat beschreven hoe het programma voor de eerste 3 weken kan worden opgebouwd.

Week 1

Bijeenkomst 1

Conditie:

Cardiofitness:

- Fietsergometer: 3 minuten arbeid - 3 minuten rust, 2 herhalingen, op 40% VO₂max, 40% peak MET's of 50% HFmax.
- Tredmolen: 3 minuten arbeid - 3 minuten rust, 1 keer, op 40% VO₂max, 40% peak MET's of 50% HFmax.

Kracht:

- Bepalen 1 RM m. quadriceps.
- Uitleg oefening m. quadriceps en instelling voor de volgende keer bepalen.

Functioneel:

- Naar aanleiding van functionele trainingsdoelstellingen, vastgesteld door cliënt en fysiotherapeut, worden vaardigheden getraind.

Bijeenkomst 2

Conditie:

Cardiofitness:

- Fietsergometer: 3 minuten arbeid - 2 minuten rust, 3 herhalingen, op 40% VO2max, 40% peak MET's of 50% HFmax.
- Tredmolen: 3 minuten arbeid - 2 minuten rust, 2 herhalingen, op 40% VO2max, 40% peak MET's of 50% HFmax.

Kracht:

- Bepalen 1 RM m. deltoideus.
- Uitleg oefenen met bijvoorbeeld gewicht van m. deltoideus en aantal volgende keer bepalen.
- Oefenen m. quadriceps.

Functioneel:

- Naar aanleiding van functionele trainingsdoelstellingen, vastgesteld door cliënt en fysiotherapeut, worden vaardigheden getraind.

Week 2

Bijeenkomst 3

Conditie:

Cardiofitness:

- Fietsergometer: 3 minuten arbeid - 1 minuut rust, 3 herhalingen, op 40% VO2max, 40% peak MET's of 50% HFmax.
- Tredmolen: 3 minuten arbeid - 1 minuut rust, 2 herhalingen, op 40% VO2max, 40% peak MET's of 50% HFmax.

Kracht:

- Bepalen 1 RM m. rectus abdominis en m. obliquus abdominis.
- Uitleg oefening voor deze spieren en aantal volgende keer bepalen.
- Oefenen m. quadriceps en aantal voor de volgende bijeenkomst verhogen.
- Oefenen m. deltoideus.

Functioneel:

- Naar aanleiding van functionele trainingsdoelstellingen, vastgesteld door cliënt en fysiotherapeut, worden vaardigheden getraind.

Bijeenkomst 4

Conditie:

Cardiofitness:

- Fietsergometer: 6 minuten arbeid op 40% VO2max, 40% peak MET's of 50% HFmax.
- Tredmolen: 3 minuten arbeid - 1 minuut rust, 3 herhalingen, op 40% VO2max, 40% peak MET's of 50% HFmax.

Kracht:

- Trainen m. quadriceps, m. deltoideus, m. rectus abdominis en m. obliquus abdominis.
- Verhogen belasting (kan in gewicht, serie en/of herhalingen) m. deltoideus.

Functioneel:

- Naar aanleiding van functionele trainingsdoelstellingen, vastgesteld door cliënt en fysiotherapeut, worden vaardigheden getraind.

Week 3

Bijeenkomst 5

Conditie:

Cardiofitness:

- Fietsergometer: 8 minuten arbeid op 40% VO₂max , 40% peak MET's of 50% HFmax.
- Tredmolen: 4 minuten arbeid - 1 minuut rust, 3 herhalingen, op 40% VO₂max, 40% peak MET's of 50% HFmax.

Kracht:

- Bepalen 1 RM m. erector spinae. Instructie oefening met series en herhalingen.
- Trainen m. quadriceps, m. deltoideus, m. rectus abdominis en m. obliquus abdominis.
- Verhogen belasting m. quadriceps, m. rectus abdominis en m. obliquus abdominis.

Functioneel:

Naar aanleiding van functionele trainingsdoelstellingen, vastgesteld door cliënt en fysiotherapeut, worden vaardigheden getraind.

Bijeenkomst 6

Conditie:

Cardiofitness:

- Fietsergometer: 10 minuten arbeid op 40% VO₂max, 40% peak MET's of 50% HFmax.
- Tredmolen: 10 minuten arbeid op 40% VO₂max, 40% peak MET's of 50% HFmax.

Kracht:

- Trainen m. quadriceps, m. deltoideus, m. erector spinae, m. rectus abdominis en m. obliquus abdominis.
- Verhogen belasting m. deltoideus.

Functioneel:

- Naar aanleiding van functionele trainingsdoelstellingen, vastgesteld door cliënt en fysiotherapeut, worden vaardigheden getraind.

In de eerste 3 weken (voorbeeld) wordt snel richting duurtrainingsvorm gegaan. Men kan er ook voor kiezen de tijd binnen het programmaonderdeel conditie van 20 minuten naar bijvoorbeeld 35 minuten te verlengen en een opbouw te maken in de uitbreiding van de herhalingen. Indien dit 20 minuten volgehouden kan worden, eerst de intensiteit verhogen tot 50 - 60% VO₂max ofwel 60 - 70% HFmax, Borgscore 12-13. Als de cliënt dit gedurende langere tijd zonder problemen kan volhouden, kan men de belastingintensiteit verhogen tot 60 - 70% VO₂max, 70-80% HFmax, Borgscore 13-14.

De instellingen per bijeenkomst kunnen op een oefenkaart worden geschreven. Op deze kaart kunt u ook de instellingen voor de volgende bijeenkomst alvast vermelden.

Natuurlijk is het altijd mogelijk om te variëren met de keuze van cardiovasculaire apparatuur. De volgorde en bepaling van de spieren, die in de krachttraining meedoen, zijn per cliënt te bepalen. Daarnaast zijn de ingebrachte onderdelen bij de functionele training in alle bijeenkomsten inwisselbaar. Functioneel trainen gericht op de behoefte vanuit de groep of individu is zeker aan te bevelen.

Alle onderdelen, zoals warming-up, conditie, kracht, functioneel en cooling-down, kunnen worden verlengd in tijd. In dit voorbeeld is uitgegaan van een totale trainingstijd van 1 uur.

Vervolg trainingsprogramma

Na week 3 wordt afhankelijk van de doelstelling doorgegaan met een verdere trainingsopbouw. De verdere opbouw van het trainingsprogramma is afhankelijk van de persoonlijke beweegdoelen en motivatie van de cliënt.

Intake en evaluatie

CVRM beweegprogramma

Intake Formulier

Patiëntgegevens:

Naam: _____
Voorletters: _____
Adres: _____
Geboorte datum: _____ / _____ / _____
Postcode: _____
Telefoonnummer: _____
BSN nummer: _____
Huisarts: _____

| Vraag | Ja | Nee | Toelichting indien ja |
|---|----|-----|-----------------------|
| Algemeen: | | | |
| Is uw algemene gezondheid/welbevinden de laatste tijd afgenomen? (algemene malaise) | | | |
| Heeft u momenteel onverklaarbare koorts? | | | |
| Is uw gewicht de laatste tijd stabiel gebleven? | | | |
| Bent u in het verleden ernstig ziek geweest? | | | |
| Zijn uw klachten de laatste tijd sterk verslechterd/verergerd? | | | |
| Bent u in staat minimaal een half uur aaneengesloten te bewegen? | | | |
| Bent u angstig om te bewegen? | | | |
| Bent u in het verleden lichamenlijk actief geweest? | | | |

Medische gegevens:

Leeftijd: _____
Lengte: _____
Gewicht: _____
BMI: _____
Bloeddruk: _____
Cholesterolwaarde: _____

Huidige klachten:

Voorgeschiedenis:

Medicatie:

Heeft u last van:

Kortademigheid _____

Hoesten _____

Pijn _____

Duizeligheid _____

Concentratievermogen _____

Evenwichtstoornissen _____

Krachtvermindering _____

Verminderd vermogen _____

om lichamelijk actief te zijn _____

Risicofactoren:

Hartfalen _____

Lichamelijke beperkingen/risico's _____

Mogelijke andere risico's i.r.t.

het lichamelijk actief zijn _____

Wat wilt u bereiken met het beweegprogramma?:

Wat is uw motivatie om deel te nemen aan dit beweegprogramma?

(omcirkel het juiste getal)

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-------------------|
| Geen motivatie | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Max. motivatie |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-------------------|

Bloeddruk: _____
 Hartfrequentie (rust): _____
 Zuurstofsaturatie (rust): _____

1 RM meting:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Hartfrequentie (training): _____
 Hartfrequentie (rust): _____
 Hartfrequentie (max): _____

Formule
 HF (training) = HF (rust) + trainingsintensiteit (75%)x HF (reserve)
 HF (reserve) = HF (max) - HF (rust)
 HF (max) = 220 - leeftijd

6 min wandeltest: _____ m
 Borgscore begin _____
 Borgscore eind _____
 HF begin _____
 HF eind _____

SAS (specific activity scale) _____

Vragenlijsten:

Rand - 36 _____
 PSK _____
 PAR-Q _____
 PACE score _____
 Tampaschaal voor kinesiofobie (optioneel) _____

Algemeen welbevinden (omcirkel het juiste getal)

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|---------------|
| Slecht | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Gaat erg goed |
|--------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|---------------|

Datum: _____

Naam : _____

Geboorte datum: _____/_____/_____

Wat vindt u van dit beweegprogramma?:

Zijn er dingen die u mist of anders wilt zien?:

Wat vindt uzelf dat u bereikt hebt?:

Wat is het leukste dat u bereikt hebt?:

Wat is uw motivatie om door te gaan met het beweegprogramma?
(omcirkel het juiste getal)

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-------------------|
| Geen motivatie | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Max. motivatie |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-------------------|

Metingen:

Bloeddruk: _____

Hartfrequentie (rust): _____

Gewicht: _____ kg

BMI: _____

6 min wandeltest: _____ m

Datum: _____
 Naam : _____
 Geboorte datum: _____/_____/_____

Wat vindt uzelf dat u bereikt heeft?

Wat is uw motivatie om zelfstandig door te blijven gaan met bewegen?
 (omcirkel het juiste getal)

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-------------------|
| Geen motivatie | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Max. motivatie |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-------------------|

Hoe is uw algemeen welbevinden? (omcirkel het juiste getal)

| | | | | | | | | | | | | |
|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|------|
| Malaise | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 100% |
|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|------|

Metingen:

Bloeddruk: _____
 Hartfrequentie (rust): _____
 Gewicht: _____ kg
 BMI: _____
 6 min wandeltest: _____

Vragenlijsten:

Rand - 36 _____
 PSK _____
 PACE score _____
 Tampaschaa voor kinesiofobie (optioneel) _____
 Patiënttevredenheidsonderzoek Beweegprogramma Menzis meegegeven?

Heeft u suggesties om het beweegprogramma te verbeteren?

Bijlagen

Bijlage 1

Bepalen van de trainingshartfrequentie

Maximale Hf methode (Karvonen)

$$HF_{\text{TRAINING}} = HF_{\text{RUST}} + (\text{trainingsintensiteit} \times HF_{\text{RESERVE}})$$

$$\text{en } HF_{\text{RESERVE}} = HF_{\text{MAX}} - HF_{\text{RUST}}$$

| Leeftijd | Hartfrequentie rust | Hartfrequentie max | Hartfrequentie training | | Trainingszone | |
|----------|------------------------|-----------------------|----------------------------|-----|---------------|-----------|
| | | | 65% | 75% | 65% | 75% |
| 20 | 65 | 200 | 152 | 166 | 147 - 157 | 161 - 171 |
| 20 | 70 | 200 | 154 | 167 | 149 - 159 | 162 - 172 |
| 30 | 65 | 190 | 146 | 158 | 141 - 151 | 153 - 163 |
| 30 | 70 | 190 | 148 | 160 | 143 - 153 | 155 - 165 |
| 40 | 65 | 180 | 139 | 151 | 134 - 144 | 146 - 156 |
| 40 | 70 | 180 | 141 | 152 | 136 - 146 | 147 - 157 |
| 50 | 65 | 170 | 133 | 143 | 128 - 138 | 138 - 148 |
| 50 | 70 | 170 | 135 | 145 | 130 - 140 | 140 - 150 |
| 60 | 65 | 160 | 126 | 136 | 121 - 131 | 131 - 141 |
| 60 | 70 | 160 | 128 | 137 | 123 - 133 | 132 - 142 |
| 70 | 65 | 150 | 120 | 128 | 115 - 125 | 123 - 133 |
| 70 | 70 | 150 | 122 | 130 | 117 - 127 | 125 - 135 |

Bijlage 2

Protocol 1-RM-schattingstest aan de hand van het (\geq) 10 RM

1. Kies een oefening.
2. Doe een warming-up.
3. Oefen de juiste technische uitvoering van de oefening.
4. Bepaal een begingewicht. Laat de deelnemer zoveel mogelijk herhalingen uitvoeren, zo mogelijk met behoud van een goede techniek. Het begingewicht (in kg) noemen we Y. Kies het
5. Zoek in tabel 1 het bijbehorende percentage op. Door overlap van het aantal herhalingen kunnen er meerdere mogelijkheden zijn. Dit percentage noemen we Z.
6. Bereken met de formule het 1-herhalingsmaximum (1 RM)

Formule: $1 \text{ RM} = 100/Z \times Y$ waarin:

Y = het begingewicht in kg

Z = het gevonden percentage in tabel 1

7. Realiseer je dat het een schatting is.

Tabel 1: Het aantal herhalingen bij een bepaald belastingspercentage. RM betekent Repetitie Maximum ofwel het herhalingsmaximum.

| Belastingspercentage % RM: | Aantal herhalingen: |
|----------------------------|---------------------|
| 100 % | 1 |
| 95 % | 2 - 3 |
| 90 % | 3 - 4 |
| 85 % | 4 - 6 |
| 80 % | 6 - 9 |
| 75 % | 7 - 11 |
| 70 % | 9 - 15 |
| 65 % | 12 - 18 |
| 60 % | 16 - 22 |
| 55 % | 20 - 25 |
| 50 % | 24 - 28 |
| 45 % | 30 - 36 |
| 40 % | 34 - 40 |

Bij chronisch zieken en ouderen wordt het 1-herhalingsmaximum nooit rechtstreeks bepaald, omdat hierbij de kans op blessures te groot is.³⁷

Het 1 RM kan afgeleid worden uit het 10 RM. Het 10 RM kan veilig bepaald worden met bovenstaand protocol. Er wordt sterk geadviseerd niet te trainen met een belastingsintensiteit > 70-80% van het 1 RM (= 1 Repetitie Maximum).

U moet bij cliënten met chronische aandoeningen het 1 RM niet rechtstreeks bepalen!

U kunt het 1 RM indirect bepalen met onderstaand figuur. Neem een gewicht dat de patiënt circa 10 keer achtereen kan herhalen. Deze belasting ligt op ongeveer 75% van het 1 RM. Door omrekening, vermenigvuldiging met 10/7,5, kunt u het 1 RM schatten.

Relatie tussen het aantal herhalingen en de spierkracht (uitgedrukt als percentage van het 1 RM):

