

Patiëntervaringen voorlichting en communicatie bij CVRM

Rapport

Philine Mol, Petra Kramer en Judith ter Berg

244411129

10 december 2022



Inhoud

	<u>Inleiding en leeswijzer rapport</u>	3
	<u>Deel I - Samenvatting van de hoofdzichten kwantitatief onderzoek</u>	7
	<u>Deel II - Resultaten van het kwantitatieve onderzoek</u>	13
1.	<u>1 Leeswijzer en onderzoeksverantwoording</u>	14
2.	<u>2 Algemeen beeld van de behandeling</u>	21
3.	<u>3 Communicatie algemeen</u>	29
4.	<u>4 (Communicatie over) leefstijladvies</u>	37
5.	<u>5 (Communicatie over) medicijnen</u>	51
6.	<u>6 Verbetermogelijkheden volgens patiënten</u>	62
	<u>Deel III - Resultaten van het kwalitatieve onderzoek</u>	65
	<u>Bijlage - Gespreksleidraad</u>	81

Inleiding en leeswijzer rapport





01

CONTEXT

Elke dag sterven in Nederland zo'n 100 mensen aan een hart- of vaatziekte. Het cardiovasculair risicomanagement (CVRM) richt zich op het vaststellen, de behandeling en de follow-up van risicofactoren voor hart- en vaatziekten om het ontstaan van hart- en vaatziekten zo lang mogelijk uit te stellen. De NHG-standaard (Nederlands Huisartsen Genootschap) en de multidisciplinaire richtlijn voor CVRM van de Federatie Medische Specialisten (FMS) geven aanbevelingen voor artsen ten aanzien van indicatiestelling en preventie, waaronder behandeling met medicatie. Het lijkt er echter op dat deze richtlijnen niet altijd eenduidig worden opgevolgd, wat mogelijk tot variatie in de voorlichting en communicatie naar patiënten leidt (wat vervolgens de effectiviteit van de behandeling kan schaden). Met name ten aanzien van communicatie en voorlichting rondom leefstijlaanpassing, evenals het samen beslissen met de patiënt, is behoefte aan meer inzicht.

02

ONDERZOEKSDOEL

Het onderzoek geeft inzicht in hoe patiënten de informatie ervaren en welke verbetermogelijkheden zij zien. Het onderzoek richt zich op communicatie en voorlichting over zowel leefstijlaanpassing als medicatie, vanuit het perspectief van de patiënt. Het onderzoek moet aanknopingspunten geven voor het verder verbeteren van de voorlichting en communicatie binnen het CVRM.

03

CENTRALE VRAAG

Centraal in dit onderzoek staat de vraag:

Hoe ervaren patiënten de voorlichting en communicatie rondom de behandeling van hun risico op hart- en vaatziekten? En wat zien ze als verbeterpunten?



04

EEN GECOMBINEERDE OPZET VAN HET ONDERZOEK

Voor de beantwoording van de onderzoeksvraag zijn twee onderzoeksmethoden ingezet:



online vragenlijst (kwantitatief onderzoek) ingevuld door 1.229 respondenten – deel II



online diepte-interviews (kwalitatief onderzoek) met 12 deelnemers – deel III

05

LEESWIJZER ALGEMEEN

In het eerste hoofdstuk van deze rapportage is een managementsamenvatting opgenomen met daarin de belangrijkste resultaten van dit onderzoek, opgedeeld in kernpunten uit het kwantitatieve onderzoek, gevolgd door de hoofdinzichten uit het kwalitatieve onderzoek. Na de management samenvatting volgen de resultaten van elk deelonderzoek, waarbij we beginnen met het kwantitatieve onderzoek (deel II) gevolgd door de resultaten van het kwalitatieve onderzoek (deel III). Deze onderzoeken zijn ook volgtijdelijk uitgevoerd. Tevens zijn per deelonderzoek de specifieke leeswijzers en onderzoekspecificaties opgenomen.

Centrale vraag en deelvragen

Hoe ervaren patiënten de voorlichting en communicatie rondom de behandeling van hun risico op hart- en vaatziekten? En wat zien ze als verbeterpunten?

Hoe beoordelen patiënten de informatie en communicatie over leefstijl (advies en realisatie)?

- Welke leefstijladviezen zijn besproken en in welke mate?
- Welke informatie/begeleiding over het realiseren van een leefstijlaanpassing is aangeboden?
- Hoe beoordeelt men deze informatie en begeleiding? Heeft men iets gemist? Was het voldoende duidelijk?
- Was men tevreden over de mate en manier van gezamenlijk beslissen?
- Heeft men het leefstijladvies opgevolgd?
- Verschil tussen fases, risicoprofielen en zorgverleners?

Hoe beoordelen patiënten de informatie en communicatie over medicatie?

- Welke informatie over medicatie is aangeboden (en welke niet)? Hoe uitgebreid?
- In hoeverre is dit gecombineerd met leefstijladvies?
- Hoe beoordeelt men deze informatie en de communicatie? Sloot dit aan bij de informatiebehoefte? (bijvoorbeeld voldoende, te veel of heeft men iets gemist? Duidelijkheid?)
- Was men tevreden de mate en manier van gezamenlijk beslissen?
- Heeft men de medicijnen gebruikt zoals voorgeschreven?
- Verschil tussen fases, risicoprofielen en zorgverleners?

Welke verbetermogelijkheden zien patiënten?

- Welk soort informatie/adviezen had men nog willen krijgen?
- Welke verbeterpunten ziet men in de communicatie en de wijze van (al dan niet gezamenlijke) besluitvorming?
- Ziet men nog andere verbeterpunten?
- Hoe verschilt dit tussen fases, risicoprofielen en zorgverleners?

Deel I

Samenvatting van de hoofdinzichten van het onderzoek



Samenvatting hoofdzichten kwantitatief onderzoek (I) Algemeen

Advies dat in eerste instantie wordt gegeven: niet iedereen krijgt leefstijladvies, dit zien we vooral bij de groep met laag/matig verhoogd risico. De laag/matig verhoogd risicogroep krijgt bovendien vaker medicijnen voorgeschreven dan verwacht op basis van de richtlijn.

80% van de laag/matig verhoogd risicogroep krijgt leefstijladvies, een vijfde niet. Bij hoog risico zonder event en hoog risico met event krijgt respectievelijk 88% en 84% dat leefstijladvies. Voedings- en beweegadvies zijn de meest voorkomende vormen van leefstijladviezen (tussen de 54% en 64%). Ook valt op dat niet alle rokers stoppen-met-rokenadvies kregen (of zich dit niet kunnen herinneren), dit is vergelijkbaar tussen de risicogroepen (86%- 89% heeft dit advies gekregen, gebaseerd op de mensen die nu (nog) roken).

Vaak worden leefstijladviezen gecombineerd met medicijnen. Dit geldt voor alle risicogroepen, inclusief de groep met laag/matig verhoogd risico. Bij de groep 'hoog risico zonder event' krijgt 7% medicijnen zonder aanvullend leefstijladvies. Bij de groep 'hoog risico met event' is verondersteld dat 100% medicijnen heeft gekregen. Zij blijken ongeveer even vaak als de andere groepen ook leefstijladvies te krijgen.

Het lijkt erop dat niet altijd alle mogelijke behandel mogelijkheden ter sprake komen

Naast de gekozen behandeling zijn bij (ruim) vier op de tien patiënten met (zeer) hoog risico en de helft van de patiënten met laag/matig verhoogd risico verder geen opties besproken.

Risicoprofiel lijkt meestal gemaakt te worden, maar patiënten onderschatten de mate van hun eigen risico vaak

Bij de meeste patiënten met een laag/matig verhoogd risico of een (zeer) hoog risico zonder event lijkt een risicoprofiel te zijn gemaakt. Van beide groepen weten ruim zes op de tien dat is bekeken waardoor het risico bij hen verhoogd wordt en hoe groot het risico is. Maar een deel weet het niet meer. Een kleine groep van 16% binnen beide risicogroepen zegt dat dit *niet* gebeurd is.

Wel zegt vrijwel iedereen dat besproken is wat de oorzaak van het verhoogde risico is. Desondanks schat de meerderheid het eigen risico te laag in. De meesten, dus ook uit de (zeer) hoog-risicogroepen, schatten het eigen risico als laag of matig in.

Regelmatige controles vinden bij ca. acht op de tien plaats

In alle risicogroepen zegt de meerderheid (zo'n acht op de tien) regelmatig gevraagd te worden langs te komen om zaken als bloeddruk en cholesterol te controleren. Dit zien we relatief vaak bij de groep (zeer) hoog risico zonder event.

Communicatie over het risico op hvz: de meerderheid is te spreken over de hoeveelheid en de begrijpelijkheid van de informatie die men kreeg

Er is niemand die zegt de informatie niet te hebben begrepen, wel noemt 1 op de 10 de begrijpelijkheid 'redelijk'. Slechts een klein deel (gemiddeld 3%) geeft aan liever meer informatie te hebben willen krijgen. Vaak zijn dit hoger opgeleiden.

Samen beslissen* gebeurt niet altijd

De meerderheid is tevreden over het adviesgesprek t.a.v. de aanpak van het verlagen van het risico op hvz. Ontevredenheid heeft meestal te maken met het gevoel een te weinig persoonlijk advies te hebben gekregen. Dit lijkt samen te hangen met het feit dat een deel van de patiënten antwoordt dat de zorgverlener nauwelijks of helemaal geen rekening hield met wat hij/zij prettig vindt of wat past in zijn/haar dagelijks leven. Ook hierover zijn hoger opgeleiden kritischer dan minder hoog opgeleiden.

Ongeveer een derde geeft aan dat de beslissing over het eerste (behandel)advies gezamenlijk is genomen tussen patiënt en zorgverlener, maar veel patiënten geven ook aan deze keuze meer zelf gemaakt te hebben. Samen beslissen kan alleen als alle relevante informatie bij beide partijen bekend is. Echter, is er vaak onvolledige informatie over de behandeling gegeven. Bijna een derde kan het zich niet herinneren dat er bij het eerste advies informatie over nadelen/bijwerkingen is besproken.

Samenvatting hoofdinzichten kwantitatief onderzoek (II) Leefstijl

Verwijzingen voor leefstijladvies

Voor leefstijladviezen worden van zowel de patiënten met laag/matig verhoogd risico als patiënten met hoog risico met event ca. drie op de tien doorverwezen naar een andere zorgverlener. Bij hoog risico zonder event is dat bijna de helft. In alle groepen is er dus ook een aanzienlijk deel dat voedings- of beweegadvies alleen van de hoofdbehandelaar of POH krijgt. Verwijzingen worden door de meerderheid opgevolgd, maar verwijzingen naar de diëtist wel minder dan verwijzingen naar een bewegecoach/fysiotherapeut.

Communicatie over leefstijladvies wordt grotendeels duidelijk en begrijpelijk gevonden

De uitleg waarom men een bepaald leefstijladvies krijgt wordt duidelijk gevonden en de informatie over het gegeven advies is voor de meesten de juiste hoeveelheid en goed te begrijpen. Dit verschilt niet sterk tussen risicogroepen.

Wel lijkt het erop dat – wanneer patiënten op een later moment overschakelen op (ander) leefstijladvies of aanvullend leefstijladvies krijgen – de communicatie iets minder begrijpelijk is dan wanneer leefstijladvies als eerste advies wordt gegeven.

Nadelen van het leefstijladvies, de vergelijking met behandeling met medicijnen en de mogelijkheid tot combinatie met medicijnen komen lang niet altijd ter sprake

Een aanzienlijke groep patiënten herinnert zich niet dat er bij het praten over het leefstijladvies ook nadelen ter sprake zijn gekomen. De voor- en nadelen ten opzichte van behandeling met medicijnen komen eveneens relatief weinig ter sprake. De mogelijkheid tot combinatie met medicijnen wordt niet altijd besproken, vooral bij de laag/matig verhoogd risicogroep gebeurt dat minder.

Dit verschilt niet sterk tussen risicogroepen. Wel lijken met name mensen met (zeer) hoog risico met event die pas later leefstijladvies kregen (na het eerste advies, als aanvulling op of vervanging van het eerste gegeven advies), minder te worden geïnformeerd over ‘wat het doet met uw risico op hvz’ en ‘voordelen vergeleken met medicijnen’ dan wanneer leefstijladvies in eerste instantie is gegeven.

Het opvolgen van leefstijladvies wordt niet altijd nagevraagd door zorgverleners

In alle groepen zeggen de meeste patiënten n.a.v. het leefstijladvies ‘een beetje’ te hebben veranderd. De groep die een event heeft gehad zegt het vaakst ‘veel’ veranderd te hebben (41%), bij hoog risico zonder event is dat 37% en de laag/matig verhoogd groep zegt dit significant minder (29%).

Bij de groep (zeer) hoog risico zonder event wordt veruit het vaakst nagevraagd hoe het gaat met het opvolgen van het leefstijladvies (76% bij meerdere afspraken). In deze groep zitten veel diabetespatiënten, voor wie leefstijl extra belangrijk is. In de groep met laag/matig verhoogd risico is bij 13% nooit gevraagd naar het opvolgen van het leefstijladvies en in de groep (zeer) hoog risico met event bij 19%, tegenover 9% bij hoog risico zonder event.

Samenvatting hoofdinzichten kwantitatief onderzoek (III) Medicijnen

Communicatie over medicijnen: de meerderheid vindt dat de uitleg duidelijk, begrijpelijk en in de juiste hoeveelheid wordt gegeven

De tevredenheid over de communicatie over medicijnen is nagenoeg gelijk tussen de drie risicogroepen. Wel verschilt dit tussen lager en hoger opgeleiden. Lager opgeleiden zeggen vaker dat ze duidelijke uitleg hebben gekregen over waarom ze medicijnen kregen, maar zeggen ook minder vaak dat ze de informatie over de behandeling *helemaal* begrepen.

Daarnaast zijn er aanwijzingen dat – wanneer patiënten op een later moment overschakelen op (andere) medicatie of aanvullende medicatie krijgen – de communicatie iets beperkter is dan wanneer medicijnen als eerste advies worden voorgeschreven.

Nadelen van medicijnen en vergelijking met andere behandelmogelijkheden komen lang niet altijd ter sprake

Een aanzienlijke groep patiënten herinnert zich niet dat er bij het praten over het medicijnadvies ook nadelen ter sprake zijn gekomen (zoals bijwerkingen of andere nadelen in vergelijking met andere behandelingen). De vergelijking met andere behandelingen komt sowieso relatief weinig ter sprake: ook de voordelen t.o.v. andere behandelingen zijn volgens een vijfde niet besproken.

Kijkend naar dit soort specifieke onderwerpen en de mate waarin ze ter sprake zijn gekomen, valt op dat de groepen met een (zeer)hoog risico uitgebreider geïnformeerd zijn dan de laag/matig verhoogd risicogroep over een aantal onderwerpen: met name het belang van therapietrouw en de voor- en nadelen vergeleken met andere behandelingen.

Therapietrouw wordt niet altijd nagevraagd door zorgverleners

Vrijwel alle patiënten zeggen hun medicatie trouw (altijd of meestal wel volgens voorschrift) te gebruiken. Ongeveer een kwart geeft aan dat de zorgverlener nooit naar de therapietrouw gevraagd heeft, hoewel zes op de tien zeggen dat het wel meerdere keren is besproken. Huisartsen/POH's lijken dit minder te doen dan medisch specialisten, maar door de kleine basis van medisch specialisten is dit (net) niet significant.

Verbeterpunten hebben te maken met de behoefte aan een meer op de persoon afgestemd advies en informatie over alternatieve mogelijkheden en nadelen van hun behandeling

Uit de antwoorden van patiënten die niet geheel tevreden waren over het adviesgesprek t.a.v. het verlagen van hun risico op hart- en vaatziekten, blijkt dat de tevredenheid vooral kan worden vergroot door de patiënt meer te betrekken bij beslissingen. Er wordt genoemd dat men meer als mens gezien en gehoord wil worden en advies wil krijgen dat bij hun specifieke situatie past. Sommige patiënten hebben het gevoel dat er teveel wordt gewerkt volgens standaard protocollen. Daarnaast hadden sommigen liever een ander of aanvullend advies gewild of meer onderzoek of informatie.

Wanneer men informatie heeft gemist, gaat het vaak over de alternatieve behandelingen die mogelijk zouden zijn of over de nadelen van de medicijnen die ze voorgeschreven krijgen.

Samenvatting hoofdzichten kwalitatief onderzoek I

Er gaat al veel goed in de beleving van deelnemers

Uit de diepte-interviews komt een beeld naar voren dat er al veel goed gaat in de communicatie en informatie rondom de behandeling van het risico op hart- en vaatziekten van deelnemers. Men is over het algemeen tevreden over de voorlichting en communicatie die men ontvangt. Zichtbaar is ook dat er in de loop der jaren steeds meer aandacht is gekomen voor het belang van leefstijladvies, de vermindering van stress en invloed van patiënten op het beslistraject voor de behandeling.

De eigen risico-inschatting van deelnemers is regelmatig (te) laag

Deelnemers ontlenen een gevoel van veiligheid aan regelmatige controles, dalende waarden, een gezonde leefstijl, therapietrouw. Met andere woorden: men heeft het gevoel er zelf alles aan te doen en goed in de gaten te worden gehouden. Dit leidt bij sommige deelnemers die een event hebben gehad en daardoor een zeer hoog risico hebben (op nieuwe hart- en vaatziekten) tot een te laag risicobewustzijn. In de beleving van deelnemers blijkt men ook lang niet altijd in het adviesgesprek te worden aangesproken als een persoon met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten.

Het leefstijladvies voldoet meestal, soms een te lange wachttijd voor het gesprek

Het leefstijladvies wordt vaak uitgebreid besproken met daarin ruimte voor de deelnemers om vervolgvragen te stellen en dit geeft hen het gevoel serieus genomen te worden. Voor hen zijn verder aspecten die tot tevredenheid leiden over het leefstijladvies: duidelijke en begrijpelijke informatie, een open dialoog met de zorgverlener, maatwerk (rekening houden met de situatie van patiënt), voldoende tijd voor het gesprek, een 'open deur beleid'. Veel staat of valt met de opstelling van de zorgverlener. Wordt aan deze 'behoeften' voldaan, dan zijn deelnemers ook veel meer ontvankelijk voor het leefstijladvies en het opvolgen ervan.

Enkele deelnemers met een zeer hoog risico na een event hebben tot zes weken moeten wachten op een controleafspraak bij de specialist (cardioloog, neuroloog) waarin de oorzaak van het event, wat er aan te doen is en het leefstijladvies is besproken; dit werkt onzekerheid in de hand bij hen.

Deelnemers ervaren inspraak bij besluitvorming over hun behandeling

De deelnemers hebben de indruk dat ze voldoende inspraak hebben in het beslistraject rondom hun behandeling. Een enkeling laat het liever over aan 'de expert' vanuit vertrouwen in diens kundigheid. Belangrijke criteria voor deelnemers om tevreden te zijn over een gezamenlijk beslistraject zijn gelegen in: tweerichting verkeer in het gesprek, motivatie van adviezen, de mogelijkheid tot eigen inbreng, oog hebben voor de situatie van de patiënt en deze situatie betrekken in de besluitvorming, maatwerk en inlevingsvermogen van de zorgverlener.

Communicatie over medicatie uitgebreid, niet altijd volledig of concreet

Er wordt door zorgverleners veel uitgelegd over de voorgeschreven medicatie. En (tussentijdse) bijstelling ervan is ook aan de orde, op basis van veranderende waarden of op basis van wensen van patiënten. Maar er lijkt niet altijd uitgebreid aandacht te worden besteed aan de bijwerkingen van medicatie en dat wordt door sommige deelnemers gemist. Ook wordt de gezondheidswinst van bepaalde medicatie lang niet altijd concreet naar voren gebracht in de beleving van deelnemers.

Het medicatievoorschrift kent vergelijkbare eisen om tot tevredenheid te leiden

Ook bij het gesprek over het medicatievoorschrift spelen criteria een rol als maatwerk, de tijd nemen voor uitleg, de eigen inbreng van patiënt meenemen. Maar daarnaast ook specifieke eisen zoals het proactief informatie geven over de achtergrond en noodzaak van medicatie en niet alleen naar de waarden kijken, maar de mens erachter centraal stellen. Dat gebeurt niet altijd volgens een paar deelnemers met een laag/matig verhoogd risico die geen medicatie willen.

Verdere informatiebronnen en hulp niet altijd actief onder de aandacht gebracht

Men zou redelijk de weg weten naar overige hulpbronnen. De deelnemers zouden dan hun huisarts of POH benaderen voor verdere doorverwijzing. In de beleving van deelnemers worden ze soms actief gewezen op andere informatiebronnen zoals thuisarts.nl of de patiëntenvereniging, maar het is de vraag of dat consequent gebeurt.

Samenvatting hoofdinzichten kwalitatief onderzoek II

Leefstijladviezen opgevolgd

Alle deelnemers geven aan hun leefstijl te hebben aangepast naar aanleiding van het gegeven advies. De een heeft er wel meer moeite mee dan de ander, en krijgt dan soms hulp van een diëtist, coach of fysiotherapeut. Dit geldt zeker voor degenen met een zeer hoog risico na een event.

Deelnemers hebben behoefte aan controlemomenten

Vrijwel alle deelnemers hebben vaste controlemomenten, maar een paar deelnemers met een laag/matig verhoogd risico niet. Deze deelnemers zouden een proactieve opstelling van de zorgverlener in deze op prijs stellen.

De controleafspraken bieden inzicht in hoe het met hen gaat en geven de mogelijkheid om in gesprek te gaan over de naleving van het leefstijladvies en medicatievoorschrift.

Medicatievoorschrift kent grote therapietrouw, wel behoefte aan meer monitoring en zicht op bijwerkingen

De deelnemers geven aan zorgvuldig om te gaan met de medicatie zowel qua inname als qua tijdstippen en hebben er meestal weinig moeite mee dit in te passen in het dagelijks ritme. Het navragen van het juiste gebruik van medicatie en eventuele bijwerkingen lijkt niet altijd te gebeuren in hun beleving. Enkele deelnemers missen dat. Volgens deelnemers zou het prettig zijn als er ruime aandacht is voor het gebruik, de effecten (gezondheidswinst) en de mogelijke bijwerkingen van medicatie.

Ruimte voor verbetering in (opvolging) leefstijladvies en medicatievoorschrift

De deelnemers hebben verschillende zaken naar voren gebracht ter verbetering van de naleving van adviezen en het informatie- en beslistraject inzake hun risico op hart- en vaatziekten. De belangrijkste staan hieronder samengevat:

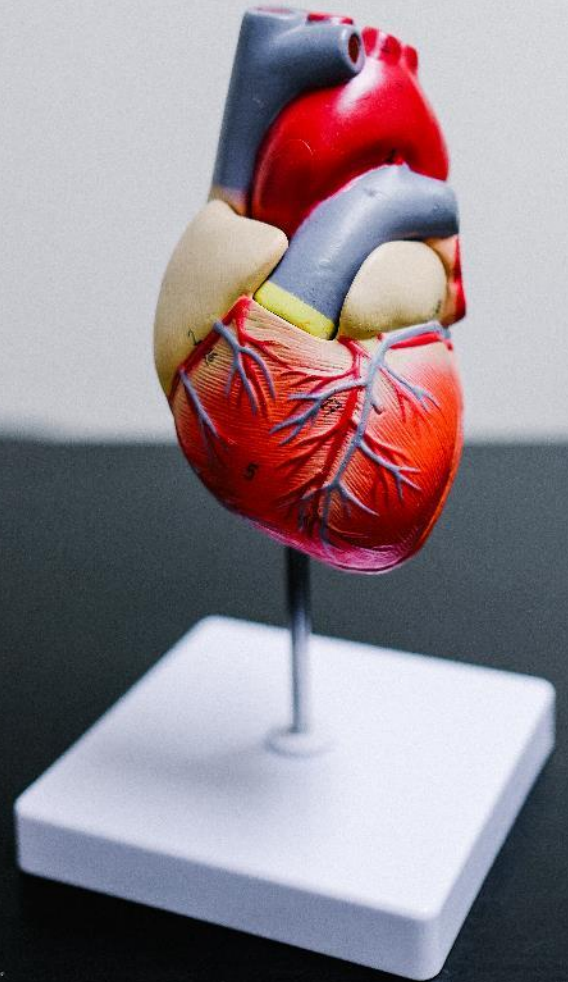
- Consequent en proactief opvolgafspraken/regelmatige controles plannen
- Zorgverleners mogen in communicatie aandacht besteden aan het risico en de 'schijnveiligheid' van lage risicobeleving door de controles doorbreken; spiegel voorhouden, eventueel confronteren, inspelen op wat werkt bij iemand, dus maatwerk
- Inzetten van verschillende actoren en hulpmiddelen rondom de patiënt om de leefstijlaanpassing te vergemakkelijken: sociale omgeving, werk, eventueel financiële steun voor mensen met een laag inkomen
- Ten aanzien van het medicatievoorschrift en –opvolging: in de beleving van deelnemers de concrete toelichting op werking, bijwerking van medicatie en zicht erop houden
- Na een event een minder lange periode aanhouden tussen opname en controleafpraak waarin advies wordt besproken, mogelijk zelfs in het ziekenhuis al een eerste adviesgesprek
- Maatwerk in adviezen, persoonlijke benadering, rekening houden met inbreng van patiënt

Deel II

Resultaten van het kwantitatieve onderzoek



1 Leeswijzer en onderzoeksverantwoording



Leeswijzer

01

In dit rapport worden respondenten ingedeeld in drie risicogroepen op basis van de risicofactoren die zij hebben t.a.v. hart- en vaatziekten: laag/matig verhoogd risico, (zeer) hoog risico zonder event en (zeer) hoog risico met event.

De manier waarop deze indeling is gemaakt, is [hier](#) te vinden.

02

Het onderzoek richt zich op communicatie en voorlichting vanuit het perspectief van de patiënt. De gegeven antwoorden zijn op basis van herinneringen van de respondent. Voor sommige respondenten heeft het eerste advies een lange tijd geleden plaats gevonden. Interpretatie van deze resultaten vergt enige voorzichtigheid.

03

De precieze vraagstelling en steekproef waarop figuren zijn gebaseerd, is onderaan iedere pagina te vinden.

Soms wordt in het rapport de afkorting hvz gebruikt in plaats van hart- en vaatziekten. Dit is aan respondenten nooit als afkorting voorgelegd, maar overal uitgeschreven.

04

In grafieken worden altijd percentages aangegeven, tenzij anders vermeld. Wanneer de steekproef waarop de figuur gebaseerd is zeer klein is, worden absolute aantallen weergegeven.

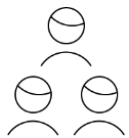
05

Wanneer verschillen tussen doelgroepen significant zijn, wordt dit aangegeven met pijltjes:



Wanneer figuren gebaseerd zijn op kleine aantallen respondenten ($n < 30$) wordt dit aangegeven met een **!**

Onderzoekspecificaties



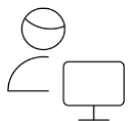
Steekproef

De steekproef is getrokken uit NIPObase, het consumentenpanel van Kantar Public. In juli 2022 is een screening uitgevoerd binnen dit panel, waarbij panelleden van 45 jaar en ouder zijn gevraagd naar hun rookgedrag, gewicht, lengte, specifieke aandoeningen die wijzen op een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en of zij met een arts of praktijkondersteuner hebben gesproken over hun risico op hart- en vaatziekten.



Doelgroep

Uit deze screening zijn Nederlanders geselecteerd van 45 jaar en ouder met risicofactoren die wijzen op een laag, matig, hoog of zeer hoog risico op hart- en vaatziekten én die hierover met een arts of praktijkondersteuner hebben gesproken. Er is een steekproef getrokken van mensen met een laag/matig verhoogd risico en een steekproef van mensen met een hoog/zeer hoog risico. Deze zijn representatief samengesteld op geslacht, leeftijd, opleiding en regio. Om ideaalcijfers te bepalen, is gekeken naar de verdeling binnen de screening (nadat deze screeningsgroep is gewogen op ideaalcijfers voor de Nederlandse populatie van 45 jaar en ouder van het CBS).



Respons

Bruto zijn n= 2.310 respondenten uitgenodigd: n=1.155 laag risico en n=1.155 hoog risico. Uiteindelijk hebben n=1.229 respondenten deelgenomen (respons 53%), n=572 laag/matig verhoogd risico, n=320 (zeer) hoog risico met event en n=337 (zeer) hoog risico zonder event.



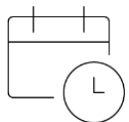
Online methode

Voor dit onderzoek is gebruikt gemaakt van een online vragenlijst (CAWI). Respondenten ontvingen een e-mail met een korte toelichting (hierin werd als onderwerp voor de vragenlijst 'gezondheid' genoemd) en een link naar de online vragenlijst.



Vragenlijst

De vragenlijst is opgesteld door Kantar Public in samenspraak met Zorginstituut Nederland. De gemiddelde invulduur bedroeg 10 minuten.



Veldwerkperiode

Het veldwerk heeft gelopen van 5 september t/m 12 september 2022.

Indeling van de steekproef in drie risicogroepen

Na de screening is de steekproef ingedeeld in twee risicogroepen: laag/matig verhoogd risico en hoog/zeer hoog risico. In de vragenlijst zijn de risicofactoren opnieuw uitgevraagd en is de netto steekproef uiteindelijk in drie risicogroepen verdeeld: laag/matig, (zeer) hoog zonder event en (zeer) hoog met event. In onderstaande table is te zien hoe deze indeling is gemaakt op basis van de antwoorden van respondenten.

Als iemand verschillende risicofactoren heeft, die in verschillende groepen vallen, is gekozen om deze respondent in te delen op basis van zijn 'hoogste risico' (waarbij (zeer) hoog risico met event als het hoogst werd beschouwd).

Laag/matig verhoogd risico	(Zeer) hoog risico zonder event	(Zeer) hoog risico met event
Ik rook	Ik heb etalagebenen (vernauwde slagaderen in uw benen)	Ik heb een hartinfarct gehad
Ik heb overgewicht	Ik heb diabetes type I	Ik heb een herseninfarct/beroerte gehad
Ik heb een hoge bloeddruk	Ik heb diabetes type II	Ik heb een bypass-operatie (omleidingsoperatie) gehad aan mijn hart, buik of benen
Ik heb een te hoog cholesterol	Ik heb familiale hypercholesterolemie*	Ik heb een dotterbehandeling gehad aan mijn hart of benen
	Hoog risico BMI (hoger dan 35)**	

*Deze is niet in de screening voorgelegd maar wel in de vragenlijst. In de vragenlijst is hier dus wel op geselecteerd.

** Als respondenten in de screening een (zeer) hoog risico BMI hadden (o.b.v. Lengte en gewicht) en in de vragenlijst aangeven overgewicht te hebben, werden zij in de (zeer) hoog risico zonder event groep geplaatst.

Kenmerken van de steekproef

De mate waarin risicofactoren binnen iedere groep voorkomen



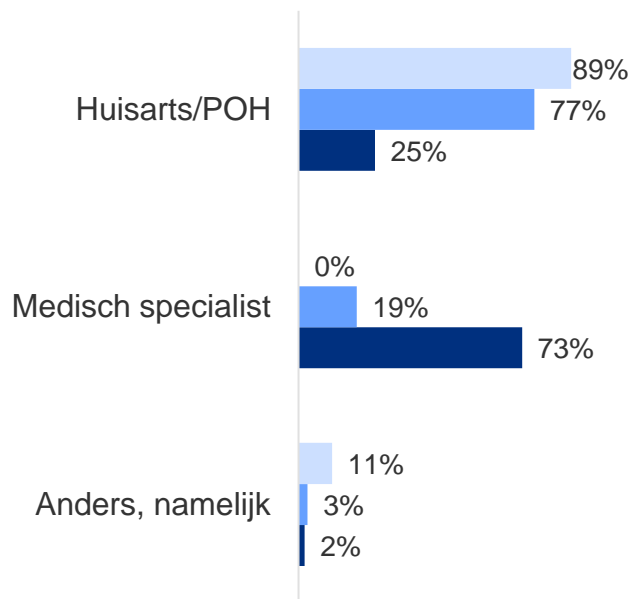
Q002: Wat is op u van toepassing? | Basis: totale steekproef, n=1.229; Laag/matig verhoogd risico, n=572; (Zeer) hoog risico zonder event, n=337; (Zeer) hoog risico met event, n= 320

*Bij deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk.

Kenmerken van de steekproef

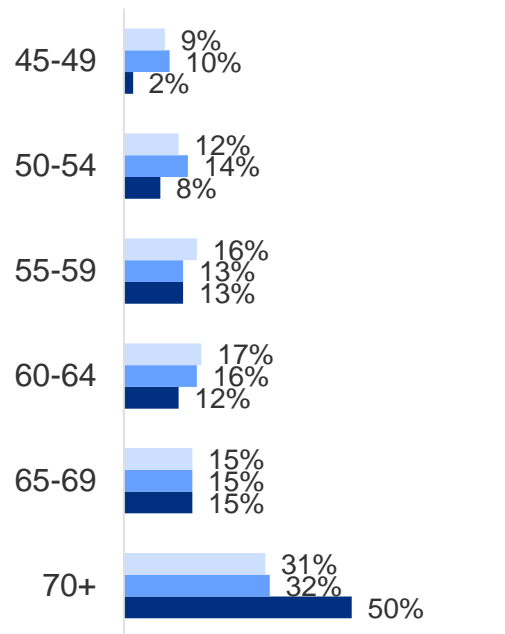
Overige kenmerken

Wie ziet men als hoofdbehandelaar?



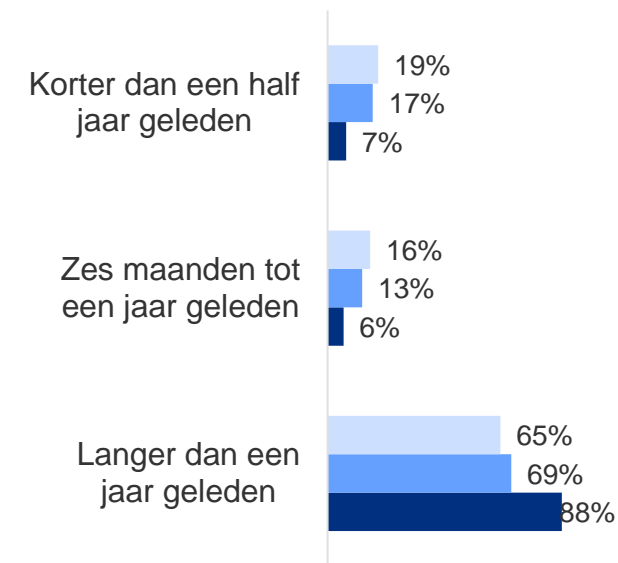
- Laag/matig risico
- (zeer) hoog risico zonder event
- (zeer) hoog risico met event

Verdeling naar leeftijd



- Laag/matig risico
- (zeer) hoog risico zonder event
- (zeer) hoog risico met event

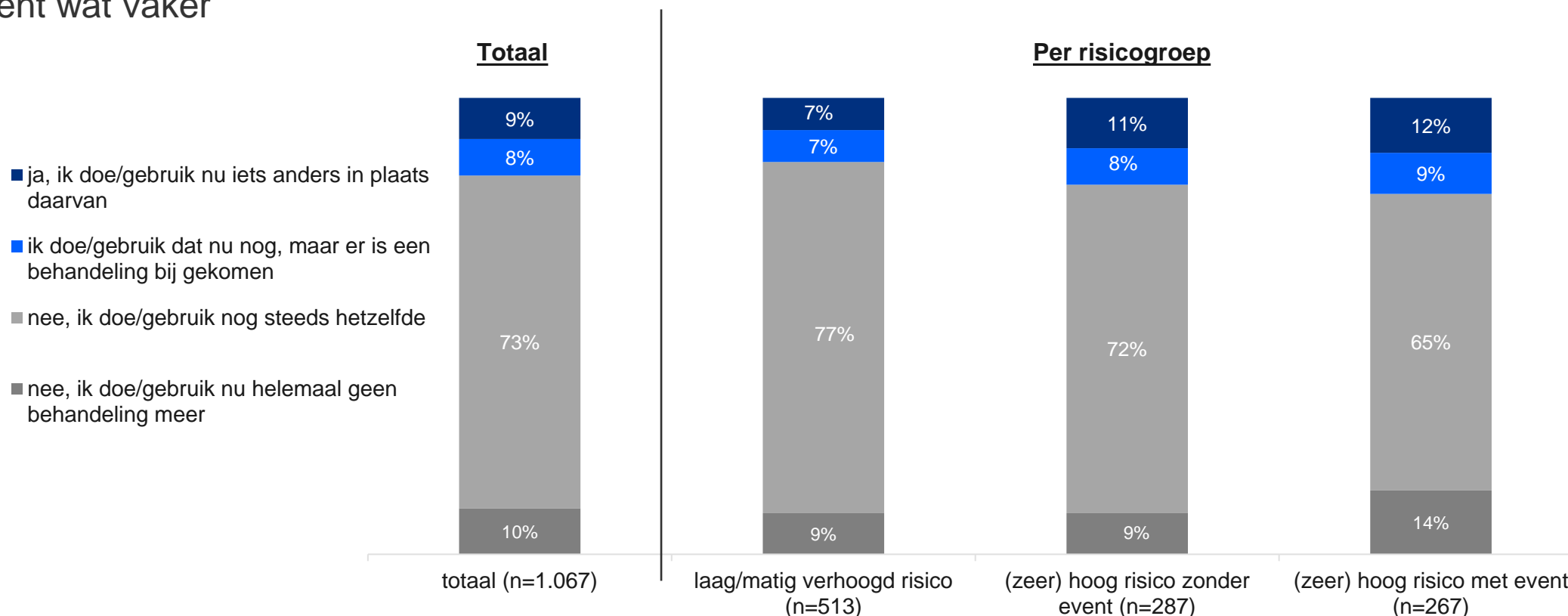
Wanneer is het risico vastgesteld/heeft het event plaatsgevonden?



- Laag/matig risico
- (zeer) hoog risico zonder event
- (zeer) hoog risico met event

Een klein deel van de steekproef heeft na het eerste advies voor het verlagen van het risico op hart- en vaatziekten nog een andere behandeling/advies gekregen: als aanvulling op of ter vervanging van het eerste advies

Bij mensen met laag/matig verhoogd risico komt dit iets minder vaak voor, bij de groep (zeer) hoog risico met event wat vaker



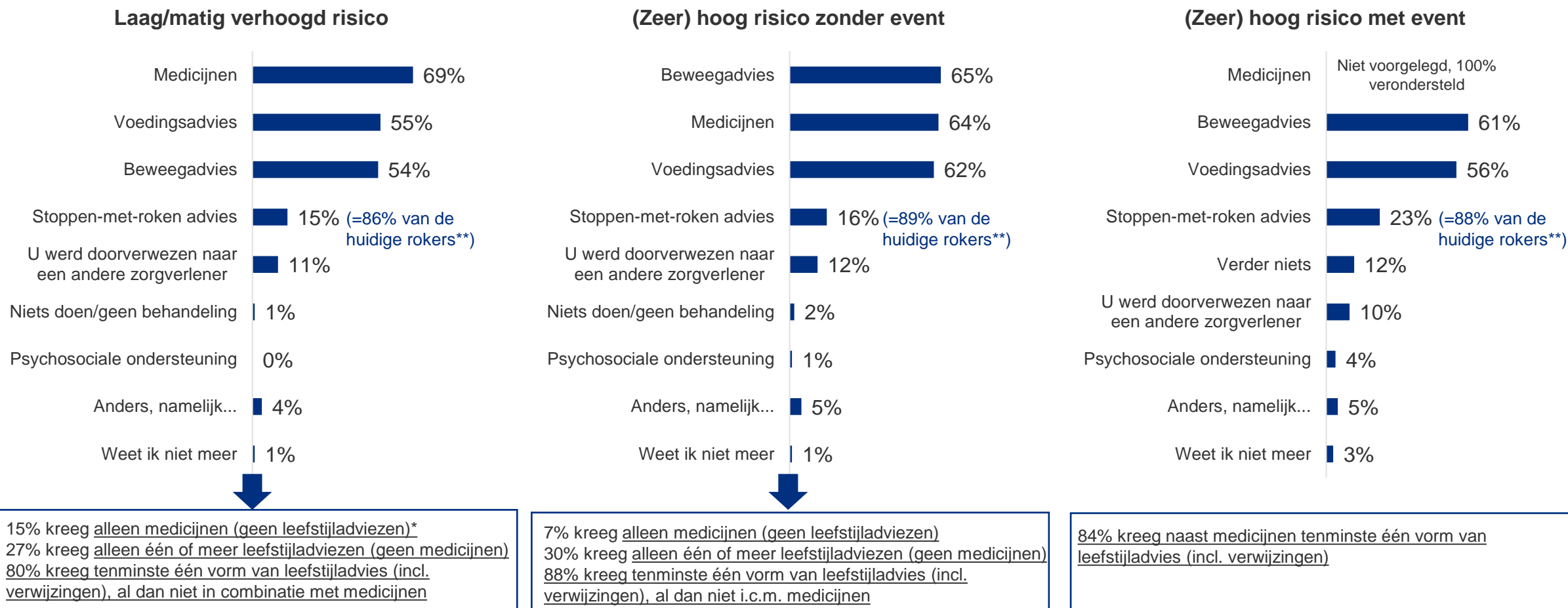
Q48. U gaf aan dat u als eerste behandeling heeft gekregen [behandeling]. Bent u daarna overgegaan op een andere behandeling? | Basis: respondenten die na vaststelling van het risico op hvez medicijnen, leefstijladvies of 'niets doen' geadviseerd kregen door de zorgverlener.

2

Algemeen beeld behandeling

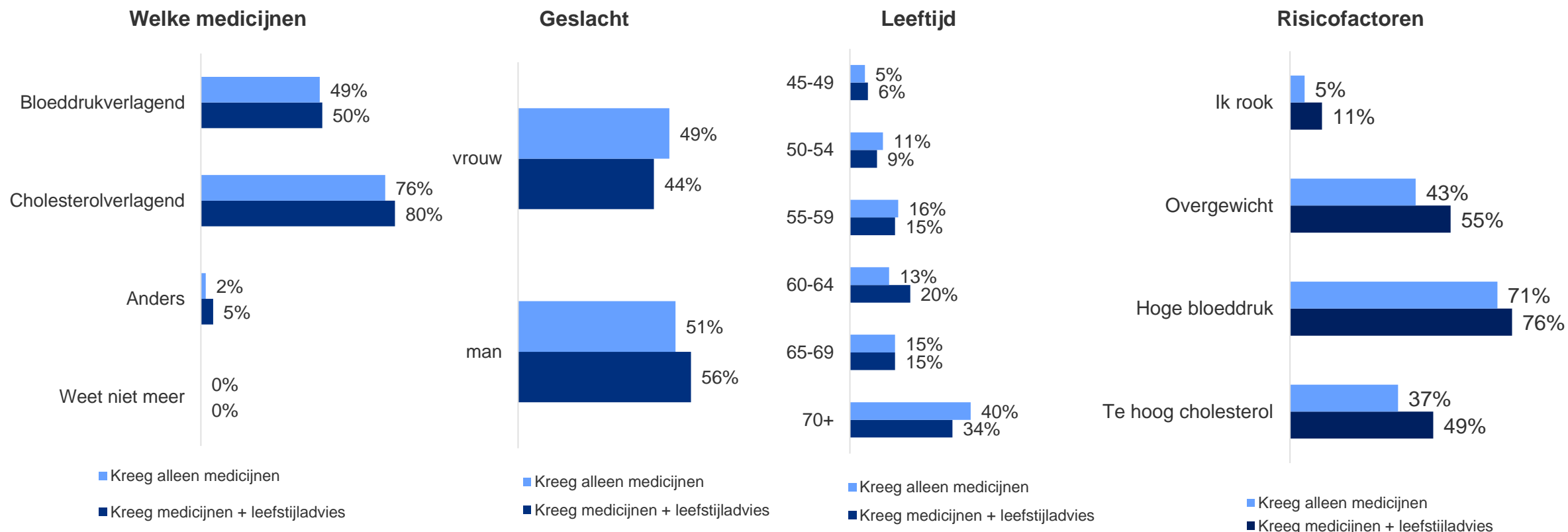


Niet iedereen krijgt leefstijladvies. Vooral bij de laag/matig verhoogd risico valt op dat dit bij een vijfde niet gebeurt, terwijl 15%* in deze groep aangeeft alleen medicijnen te krijgen. Leefstijladviezen die het vaakst gegeven worden, zijn voedings- en bewegadviezen.



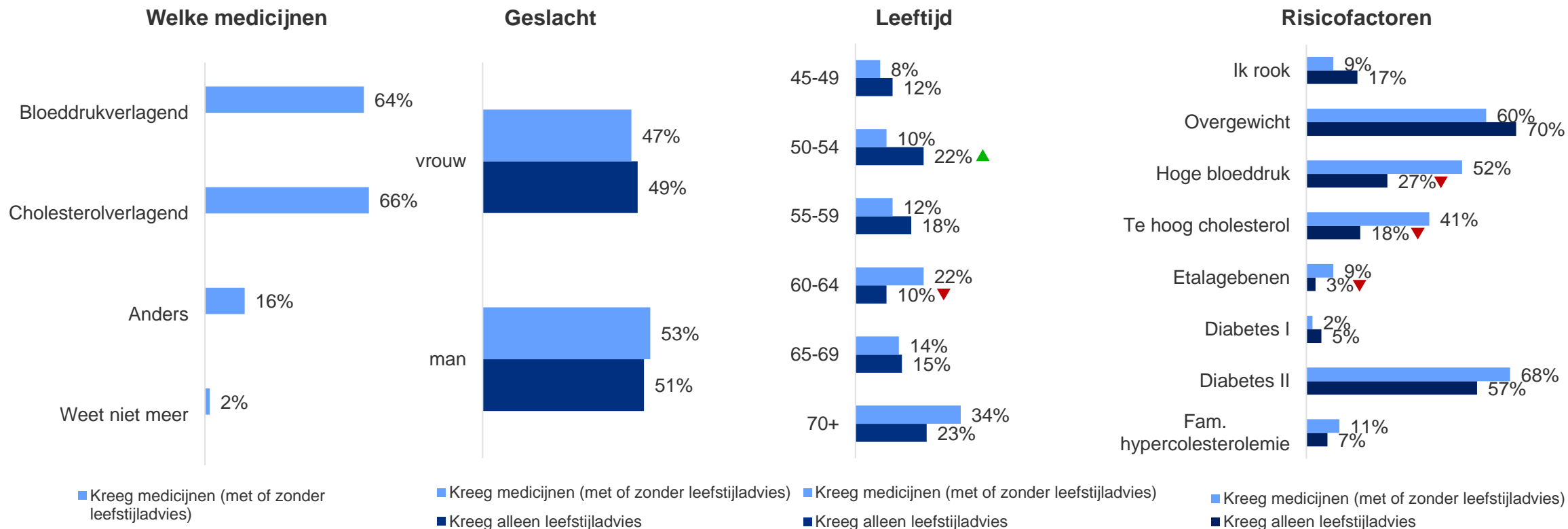
Q18 & Q19: Wat adviseerde de zorgverlener, nadat hij/zij u vertelde dat u een verhoogd risico op hart- en vaatziekten heeft?| Basis: totale steekproef, n=1229; Laag/matig verhoogd risico steekproef, n=572; (Zeer) hoog risico zonder event steekproef, n=336; (Zeer) hoog risico met event steekproef, n= 321 *Bij deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk.

Patiënten met laag/matig verhoogd risico die medicijnen én leefstijladvies krijgen, lijken meer van de risicofactoren te hebben dan patiënten die alleen medicijnen krijgen, maar dit is (net) niet significant



Q26/GSL/LFT/Q004: Basis: Laag/matig verhoogd risico alleen medicijnen, n=75; Laag/matig verhoogd risico medicijnen én leefstijladvies, n=280

Patiënten met hoog risico zonder event die medicijnen krijgen (al dan niet gecombineerd met leefstijladvies), hebben vaker een hoge bloeddruk, hoog cholesterol en etalagebenen dan patiënten die alleen leefstijladvies krijgen.



Q26/GSL/LFT/Q004: Basis: (zeer) hoog risico zonder event met medicijnen met/zonder leefstijladvies, n=188; (zeer) hoog risico zonder event met alleen leefstijladvies, n=88

Overige besproken behandelmogelijkheden: naast de gekozen behandeling zijn lang niet altijd nog meer opties voorgelegd

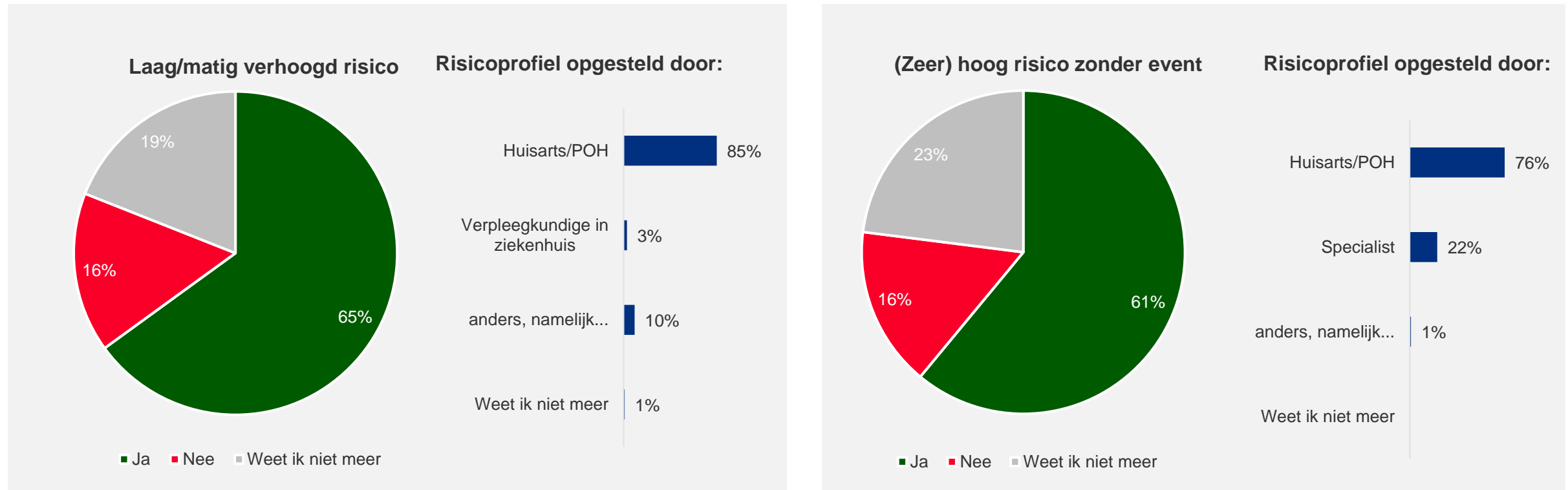
Bij respondenten met (zeer) hoog risico zonder event is vaker ook een doorverwijzing naar een andere zorgverlener besproken dan bij andere groepen.



Q20: Heeft de zorgverlener toen nog andere mogelijkheden met u besproken om uw risico op hart- en vaatziekten te verkleinen? Dit kunnen dus ook mogelijkheden zijn waar u geen gebruik van heeft gemaakt. | Basis: Laag/matig verhoogd risico, n=513; (Zeer) hoog risico zonder event, n=287; (Zeer) hoog risico met event, n= 267 *Bij deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk.

Een risicoprofiel wordt tenminste bij ruim zes op de tien gemaakt: bij zowel de groep met laag/matig verhoogd risico als de (zeer) hoog risicogroep zonder event zeggen ruim zes op de tien dat de zorgverlener heeft bekeken waardoor het risico werd verhoogd en hoe groot het risico was

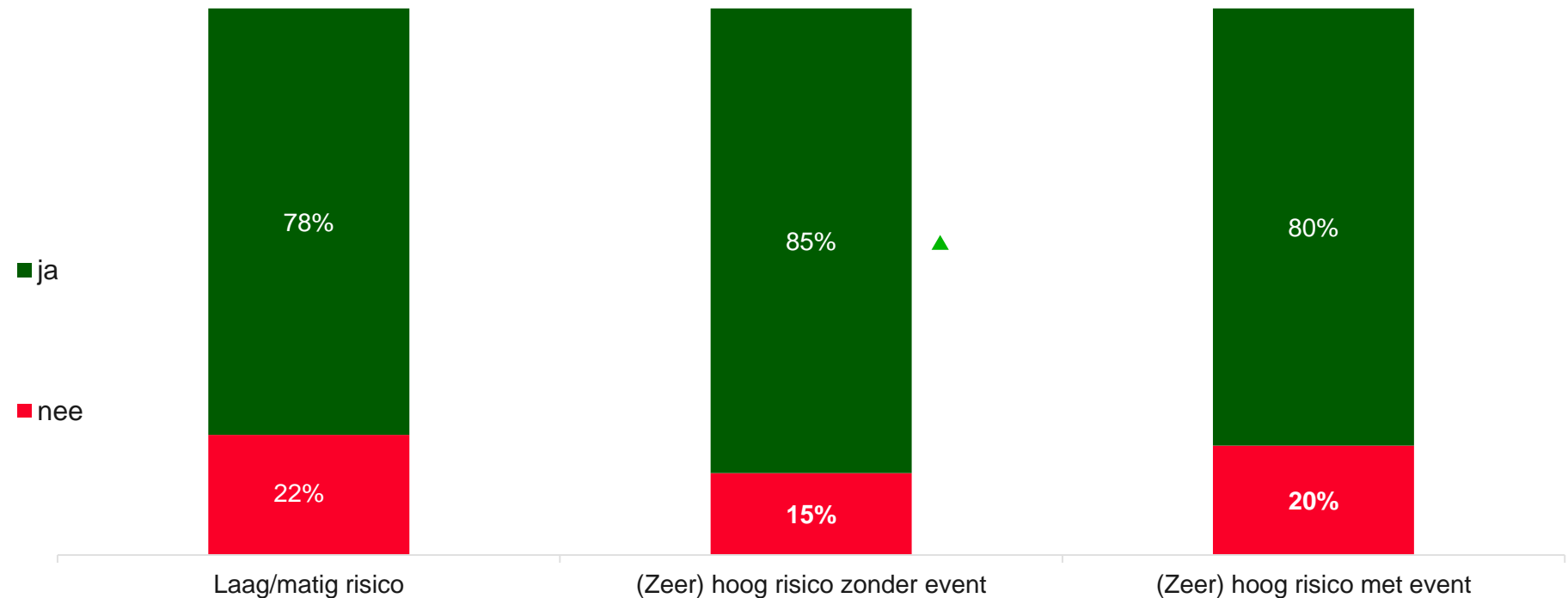
Daarnaast is er een groot deel dat dit niet meer weet, maar waarvan het waarschijnlijk is dat bij de meesten wel een risicoprofiel is opgesteld



Q007: En toen de zorgverlener voor het eerst met u praatte over uw risico op hart- en vaatziekten: Is er toen ook door een zorgverlener bekeken waardoor dit risico bij u verhoogd wordt en hoe groot het risico is? | Basis: Laag/matig verhoogd risico steekproef, n=572; (Zeer) hoog risico zonder event steekproef, n=337 | Deze vraag was niet van toepassing voor de groep (zeer) hoog risico met event.

In alle risicogroepen zegt de meerderheid regelmatig gevraagd te worden langs te komen om zaken als bloeddruk en cholesterol te controleren

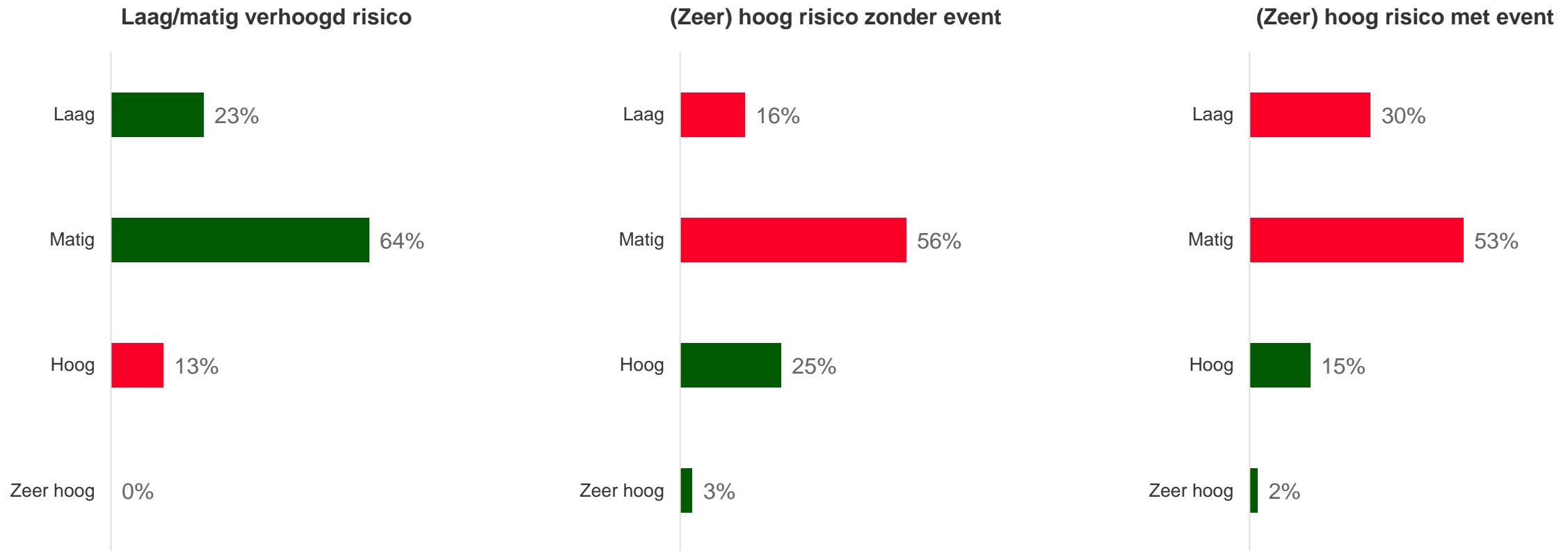
Dit zien we relatief vaak bij de groep (zeer) hoog risico zonder event.



Q016: Wordt u regelmatig door de huisarts of praktijkondersteuner gevraagd om langs te komen om een aantal zaken te controleren, zoals bloeddruk en cholesterol? | Basis: Laag/matig verhoogd risico, n=572; (Ze)er hoog risico zonder event, n=337; (Ze)er hoog risico met event, n=320

De meerderheid van de respondenten schat het eigen risico laag of matig in. Dat geldt opvallend genoeg ook voor respondenten die op basis van hun risicofactoren onder de groep met een (zeer) hoog risico vallen.

Ondanks dat 61% van de respondenten met hoog risico zonder event aangaf dat de zorgverlener heeft bekeken hoe groot het risico is, schat de meerderheid van hen het risico te laag in.



Q010 & Q013: Hoe hoog of laag denkt u dat uw risico op het krijgen van hart- en vaatziekten is? | Basis: Laag/matig verhoogd risico, n=572; (Zeer) hoog risico zonder event, n=337; (Zeer) hoog risico met event, n=320

3 Communicatie algemeen



Vrijwel altijd wordt door de zorgverlener verteld wat de oorzaak is voor het verhoogde risico

Respondenten met laag/matig en met (zeer) hoog risico zonder event noemen het vaakst verhoogde bloeddruk, overgewicht en verhoogd cholesterol. Respondenten die een event hebben gehad, noemen het vaakst dat hart- en vaatziekten in de familie voorkomen.

Laag/matig verhoogd risico



(Zeer) hoog risico zonder event



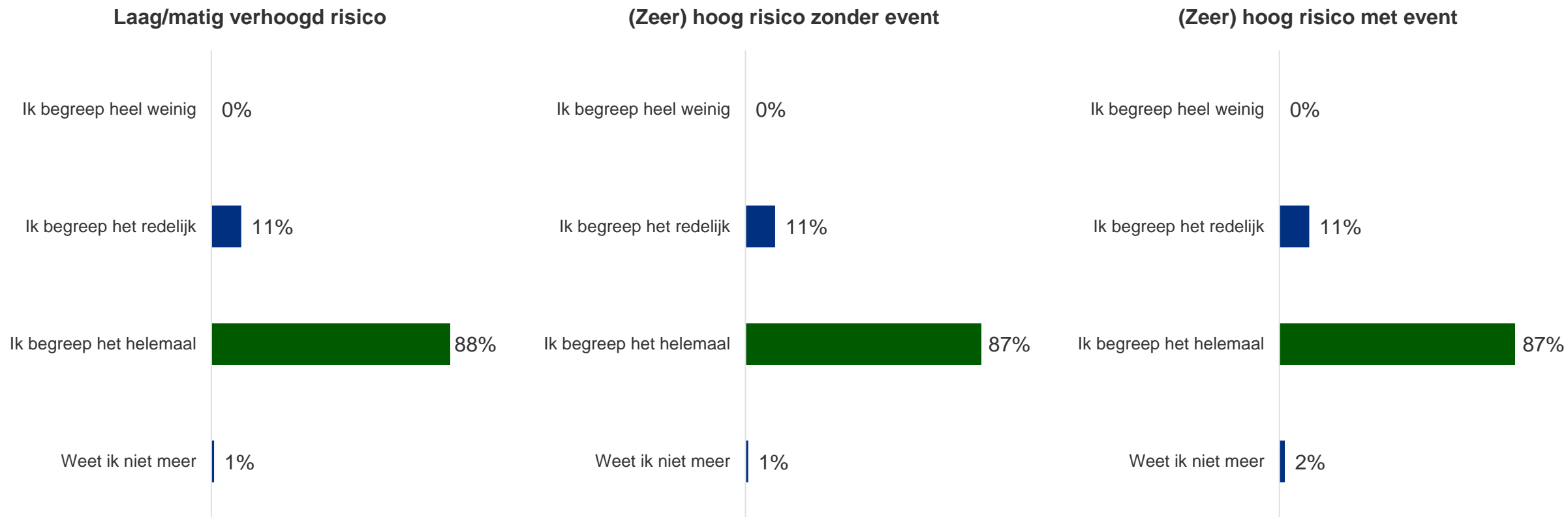
(Zeer) hoog risico met event



Q015: Heeft de zorgverlener toen ook verteld waardoor u dit risico heeft? | Basis: totale steekproef, n=1.067; Laag/matig verhoogd risico, n=513; (Zeer) hoog risico zonder event, n=287; (Zeer) hoog risico met event, n= 267
 *Bij deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk.

In alle risicogroepen geeft de meerderheid aan de informatie die de zorgverlener gaf over mogelijke behandelingen helemaal te begrijpen

Het is hierbij niet bekend welke informatie de patiënt wel of niet heeft gekregen. Het gaat om de ervaring van de patiënt.



Q021: Hoe goed was de informatie die de zorgverlener gaf over de mogelijke behandelingen van uw risico op hart- en vaatziekten voor u te begrijpen? | Basis: totale steekproef, n=1095; Laag/matig verhoogd risico steekproef, n=523; (Zeer) hoog risico zonder event, n=293; (Zeer) hoog risico met event, n= 279

In alle risicogroepen geeft ruim negen op de tien aan dat de informatie die de zorgverlener gaf over mogelijke behandelingen precies **genoeg** was

Het is hierbij niet bekend welke informatie de patiënt wel of niet heeft gekregen. Het gaat om de ervaring van de patiënt.



Q022: Vindt u dat de zorgverlener u genoeg informatie heeft gegeven over de mogelijkheden voor het verlagen van uw risico op hart- en vaatziekten? | Basis: totale steekproef, n=1095; Laag/matig verhoogd risico steekproef, n=523; (Zeer) hoog risico zonder event steekproef, n=293; (Zeer) hoog risico met event steekproef, n= 279

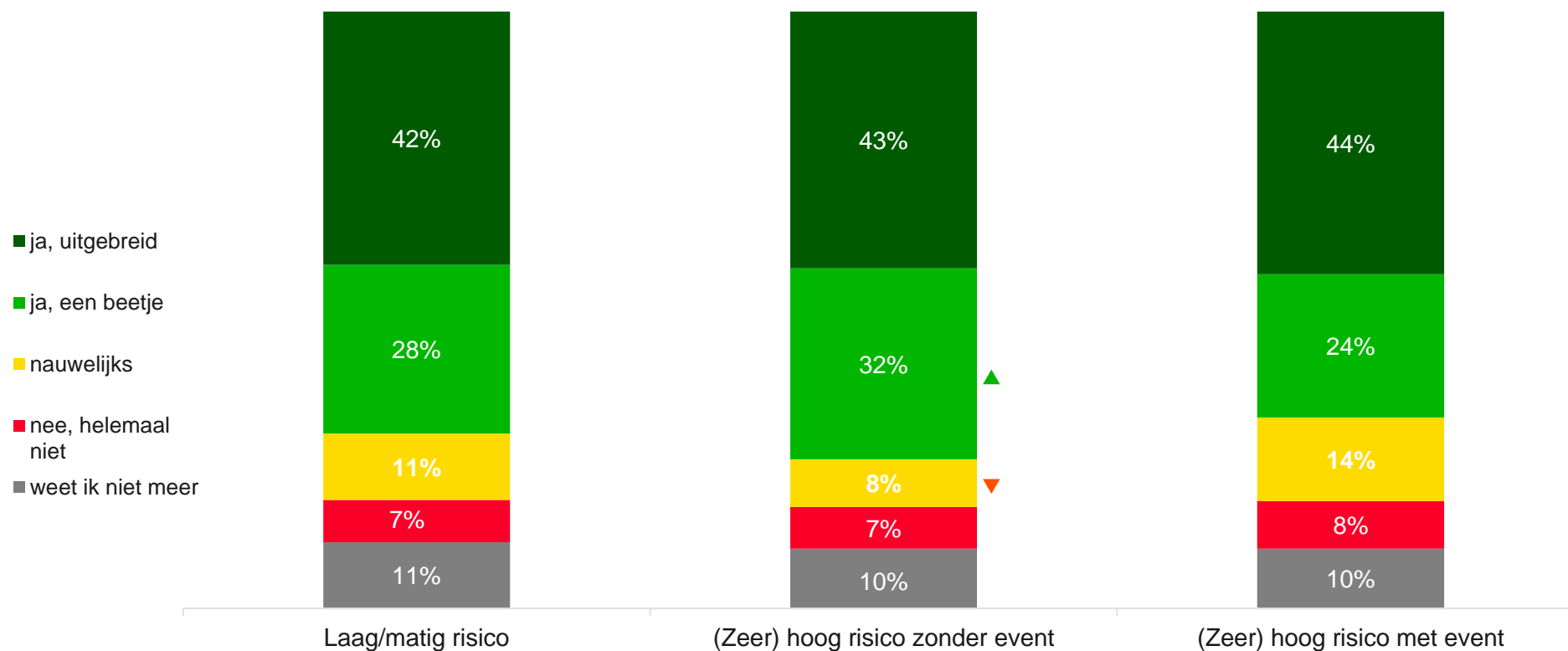
In alle risicogroepen zegt ongeveer een derde dat door patiënt en zorgverlener **samen is beslist** over de gekozen behandeling. Daarnaast zegt in iedere groep ruim de helft de beslissing overwegend zelf genomen te hebben



Q024: Op dat moment dat u (voor het eerst) advies kreeg over het verlagen van uw risico op hart- en vaatziekten, wie heeft toen uiteindelijk de beslissing genomen over wat u kreeg of zou gaan doen? | Basis: totale steekproef, n=1.095; Laag/matig verhoogd risico steekproef, n=523; (Zeer) hoog risico zonder event steekproef, n=293; (Zeer) hoog risico met event steekproef, n= 279

Bij samen beslissen hoort ook dat de zorgverlener vraagt wat de patiënt prettig vindt; dit wordt bij vier op de tien uitgebreid gedaan, maar bij een vrij substantieel deel niet of nauwelijks.

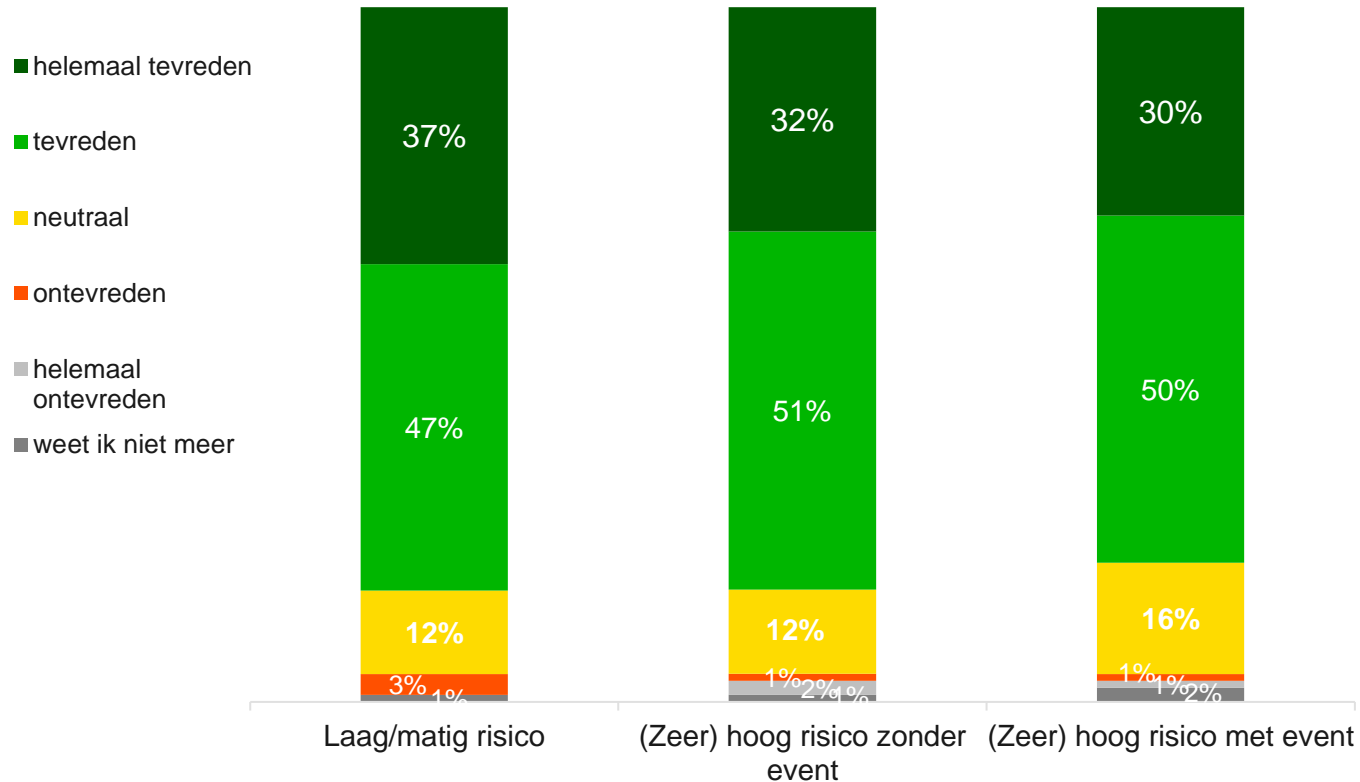
De groep met (zeer) hoog risico zonder event zegt minder vaak dat dit nauwelijks/niet is gebeurd



Q025: Heeft de zorgverlener bij het gesprek over adviezen voor het verlagen van uw risico op hart- en vaatziekten gevraagd wat u zelf prettig vindt, wat u juist niet prettig vindt of wat past in uw dagelijks leven? | Basis: Laag/matig verhoogd risico, n=523; (Ze)er hoog risico zonder event, n=293; (Ze)er hoog risico met event, n=279

De meerderheid kijkt (zeer) tevreden terug op het gesprek waarin het advies gegeven werd over het verlagen van het risico op hart- en vaatziekten

Dit is nagenoeg gelijk tussen de risicogroepen



Wanneer men 'neutraal' of (helemaal) ontevreden is, heeft dat onder andere te maken met:

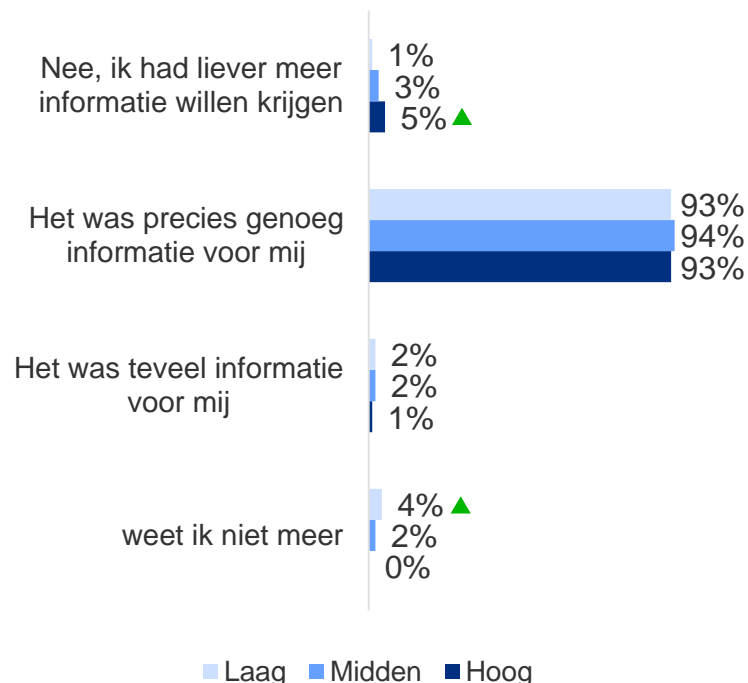
- Het idee dat het advies niet op hem/haar persoonlijk is afgestemd (standaardbehandeling, protocol volgen, niet serieus genomen voelen);

Meer toelichting hierop is te vinden in het [laatste hoofdstuk](#).

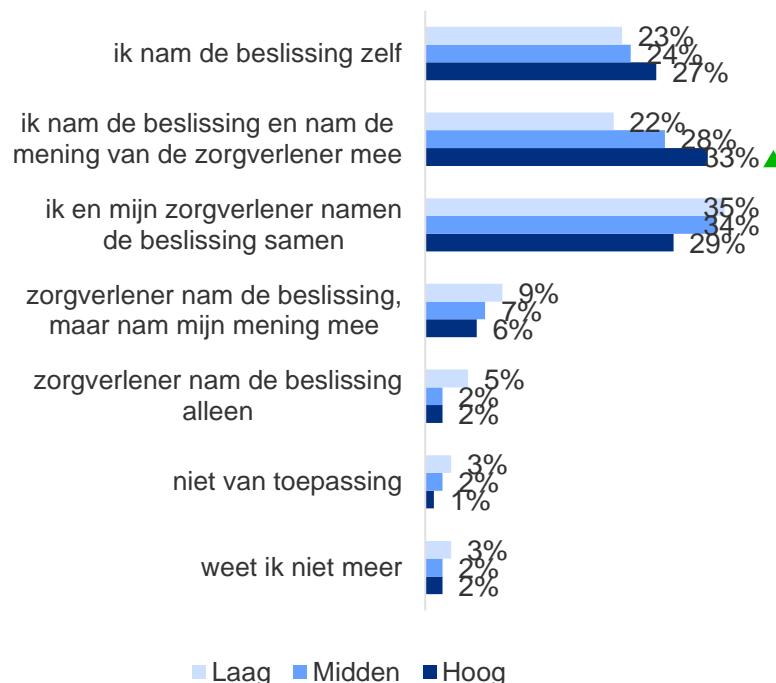
Q074: Was u tevreden over het gesprek met de zorgverlener waarin u advies kreeg over het verlagen van uw risico op hart- en vaatziekten? | Basis: Laag/matig verhoogd risico, n=523; (Zeer) hoog risico zonder event, n=293; (Zeer) hoog risico met event, n=279

Hoger opgeleide patiënten zijn kritischer op hoe de communicatie van de zorgverlener over het behandeladvies verloopt dan midden en lager opgeleide patiënten.

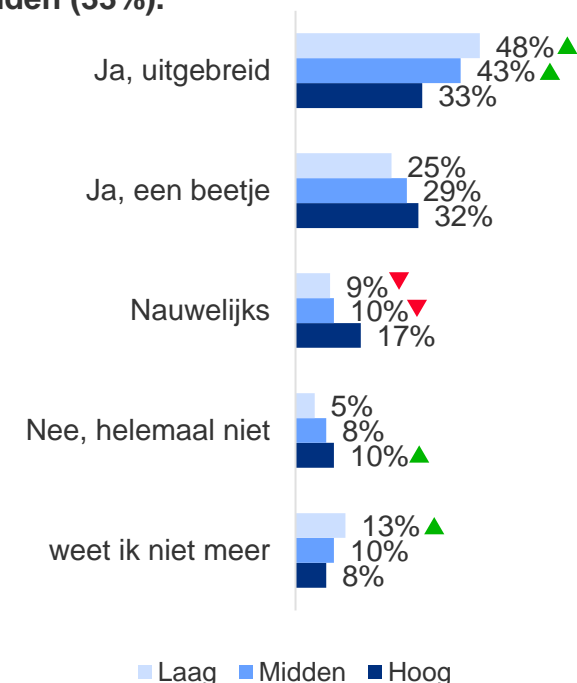
Meer dan 90% is tevreden met de hoeveelheid informatie. Hoger opgeleide patiënten geven vaker aan liever meer informatie te hebben gewild (5%) dan lager opgeleide patiënten (1%).



Hoger opgeleide patiënten (33%) namen vaker de mening van de zorgverlener mee in hun eigen beslissing dan lager opgeleide patiënten (22%).



Hoger opgeleide patiënten vinden vaker dat er nauwelijks (17%) of helemaal geen (10%) rekening wordt gehouden met wat men prettig vindt en minder vaak dat er uitgebreid rekening mee wordt gehouden (33%).



Q022: genoeg informatie / Q024: Wie heeft toen uiteindelijk de beslissing genomen / Q025: gevraagd wat u zelf prettig vindt, wat u juist niet prettig vindt of wat past in uw dagelijks leven? | Basis: Lager opgeleid, n=360; Midden opgeleid, n=477; Hoger opgeleid, n=257

4
(Communicatie
over)
leefstijladvies



Leefstijladviezen die patiënten voorgeschreven hebben gekregen als eerste behandeling: vooral voedings- en beweegadvies

Dit deel van het rapport gaat dieper in op patiënten die als eerste advies een leefstijladvies hebben gekregen.

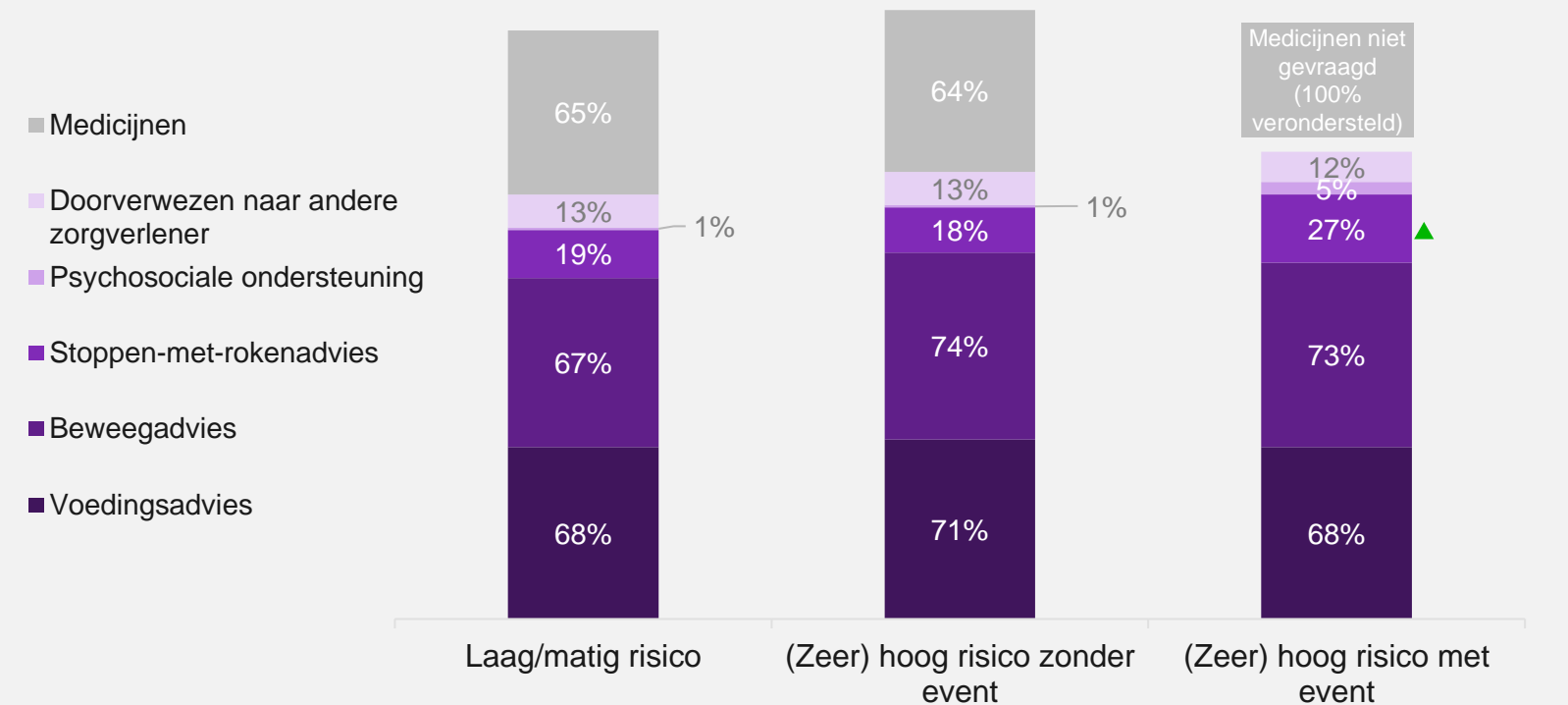
Zoals de grafiek laat zien, is dat vaak in combinatie met medicijnen geweest.

Voedings- en beweegadvies komen het vaakst voor bij alle risicogroepen.

Stoppen-met-rokenadvies komt significant vaker voor bij de groep patiënten die een event hebben gehad. Het is niet bekend of in deze groep meer (voormalige) rokers voorkomen ten opzichte van de andere groepen.

Op de volgende pagina gaan we dieper in op het al dan niet doorverwijzen voor leefstijladvies.

Leefstijladviezen/verwijzingen die patiënten als eerste advies kregen
(Gebaseerd op patiënten die tenminste één bepaalde vorm van leefstijladvies/verwijzing kregen)



Q18 (laag/matig verhoogd risico + (zeer) hoog zonder event): Wat adviseerde de zorgverlener, nadat hij/zij u vertelde dat u een verhoogd risico op hart- en vaatziekten heeft? + Q19 (voor (zeer) hoog risico met event): Wat adviseerde de zorgverlener toen nog meer (naast medicijnen), nadat hij/zij u vertelde dat u een verhoogd risico op opnieuw een hart- en vaatziekte heeft? |

Basis: respondenten die leefstijladvies kregen als eerste behandeling. Laag/matig verhoogd risico n=424; (zeer) hoog risico zonder event, n=258; (zeer) hoog risico met event, n=234

*Bij deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk.

Stoppen-met-rokenadvies krijgen niet alle rokers. En als ze dat advies wel hebben gekregen, volgt niet iedereen het op.

In iedere groep blijkt dat niet alle rokers een stoppen-met-rokenadvies hebben gekregen, of zich dat niet herinneren. Ook geeft in iedere groep een groot deel van degenen die een stoppen-met-rokenadvies kregen, aan (nog) te roken.

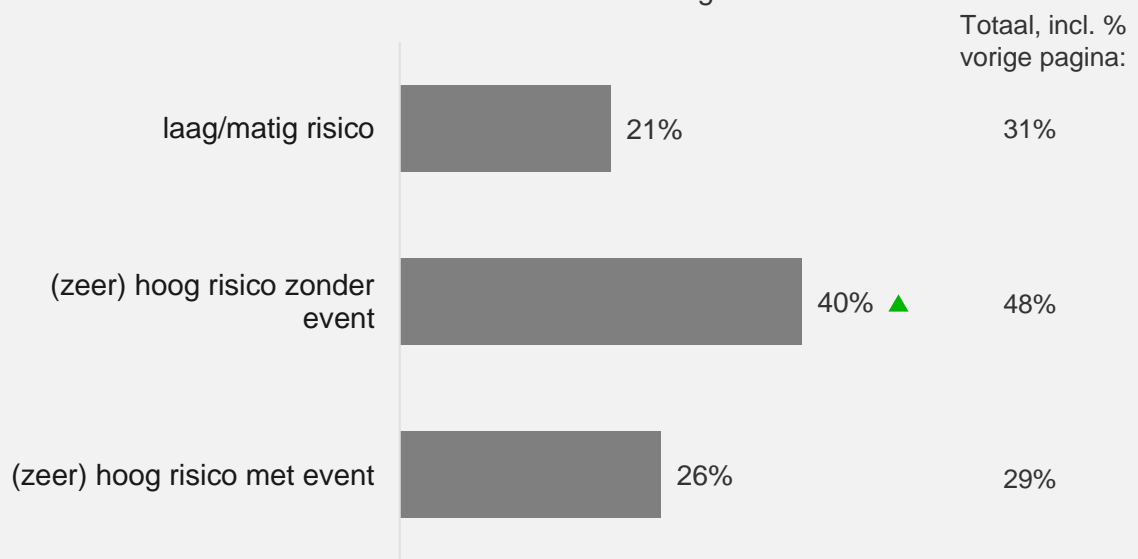


*Het percentage rokers dat een stoppen-met-rokenadvies heeft gekregen, is gebaseerd op het aantal mensen dat in de vragenlijst heeft aangegeven te roken. We weten niet hoeveel mensen binnen de steekproef voorheen rookten en daar al mee zijn gestopt nadat ze stoppen-met-rokenadvies hebben gekregen.

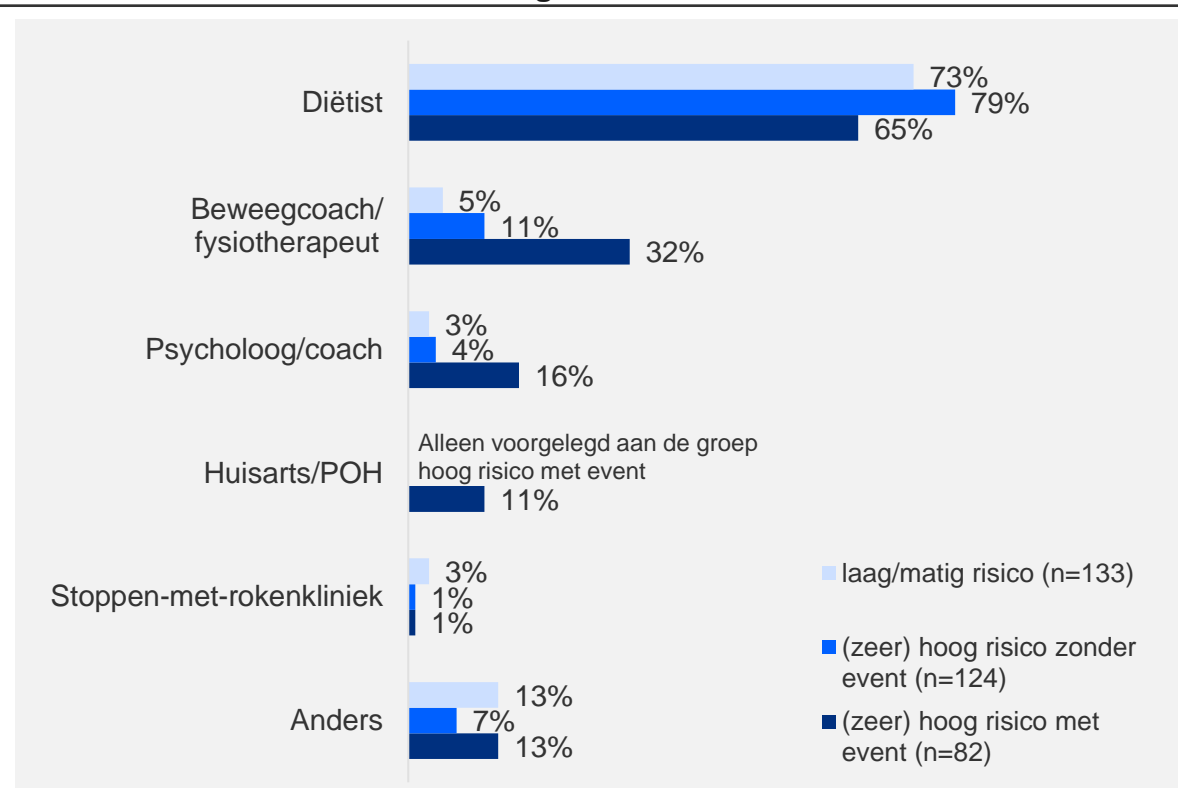
Verwijzing als eerste advies: De (zeer) hoog risicogroep zonder event is het vaakst voor leefstijladvies verwezen naar een andere zorgverlener; de groep mét event naar de meeste verschillende zorgverleners

De groep met een (zeer) hoog risico *zonder* event is het vaakst naar een andere zorgverlener verwezen

Gemiddeld 13% van de mensen die leefstijladvies kregen, gaf in eerste instantie aan verwezen te zijn naar een andere zorgverlener (zie vorige pagina). Van de mensen die aangaven dat ze voedings-, beweeg- of stoppen-met-rokenadvies of psychosociale ondersteuning kregen, antwoordden de volgende percentages dat ze daarvoor werden doorverwezen naar een andere zorgverlener:



Men wordt het vaakst verwezen naar een diëtist, maar ook de bewegcoach/fysiotherapeut worden vaak ingezet. De (zeer) hoog risicogroep *met* event wordt naar meer verschillende zorgverleners verwezen.



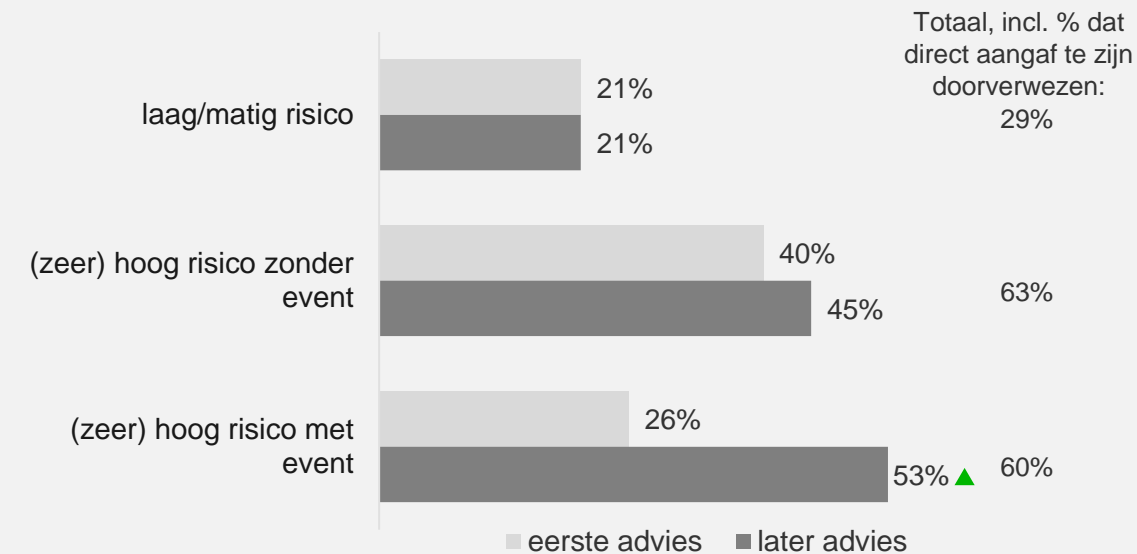
Q35. U gaf eerder aan dat u voedingsadvies, bewegadvies, stoppen-met-rokenadvies of advies voor psychische hulp/coaching heeft gekregen. Heeft de zorgverlener u daarvoor toen doorverwezen naar een andere zorgverlener? + Q36: U gaf aan dat u bent doorverwezen naar een andere zorgverlener. Naar welke zorgverlener(s) bent u toen doorverwezen? | Basis Q35: respondenten die leefstijladvies hebben gekregen, Q36: respondenten die doorverwezen zijn. *Bij deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk.

Verwijzing als later advies: De (zeer) hoog risicogroep met event is bij een later advies vaker dan bij het eerste advies verwezen naar een andere zorgverlener. Zij worden vaker dan de andere groepen doorverwezen en ook naar meer verschillende zorgverleners.

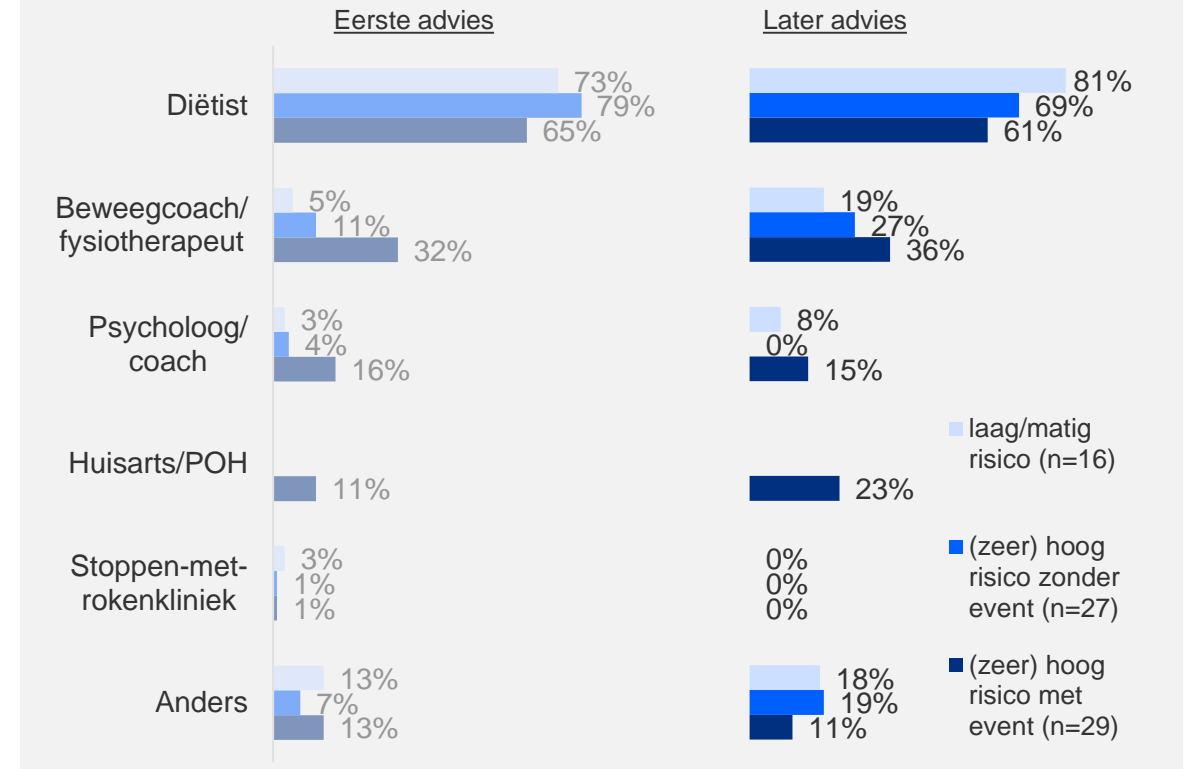
De groep met een (zeer) hoog risico *met* event is het vaakst naar een andere zorgverlener verwezen

Gemiddeld 17% gaf in eerste instantie aan bij het latere/aanvullende advies verwezen te zijn naar een andere zorgverlener.

Van de mensen die aangaven dat ze toen voedings-, beweeg- of stoppen-met-rokenadvies of psychosociale ondersteuning kregen, geven de volgende percentages aan dat ze daarvoor werden doorverwezen naar een andere zorgverlener:



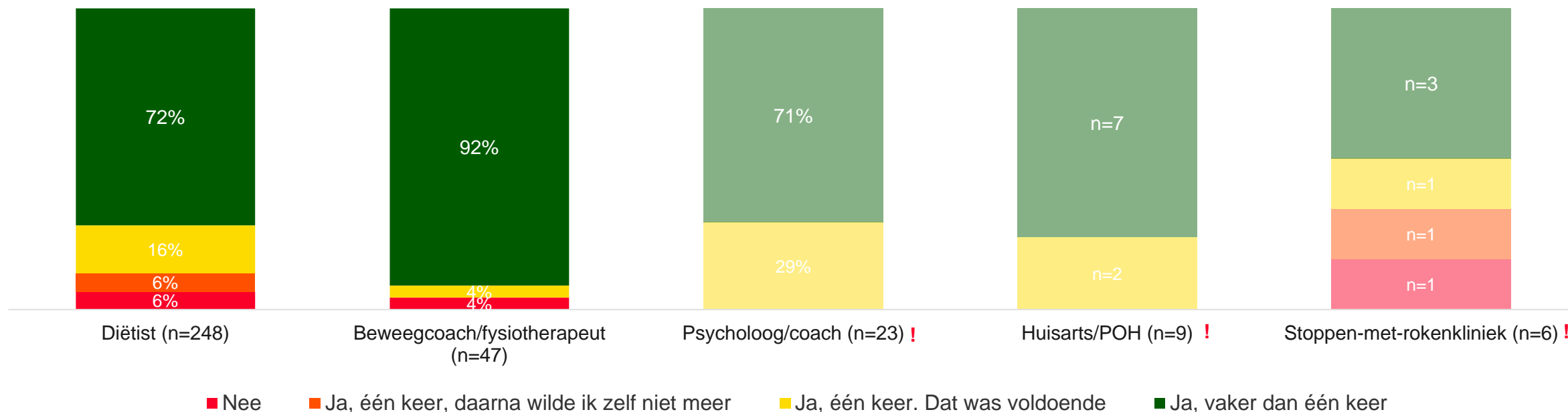
De (zeer) hoog risicogroep *met* event wordt naar meer verschillende zorgverleners verwezen.



Q35/Q62. U gaf eerder aan dat u voedingsadvies, beweegadvies, stoppen-met-rokenadvies of advies voor psychische hulp/coaching heeft gekregen. Heeft de zorgverlener u daarvoor toen doorverwezen naar een andere zorgverlener? + Q36/Q63: U gaf aan dat u bent doorverwezen naar een andere zorgverlener. Naar welke zorgverlener(s) bent u toen doorverwezen? | Basis Q35: respondenten die leefstijladvies hebben gekregen, Q36/Q63: respondenten die doorverwezen zijn. *Bij deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk.

Verwijzing als eerste advies: verwijzingen worden meestal wel opgevolgd. Bij de diëtist blijft het iets vaker dan bij de beweegcoach/fysiotherapeut bij slechts één bezoek.

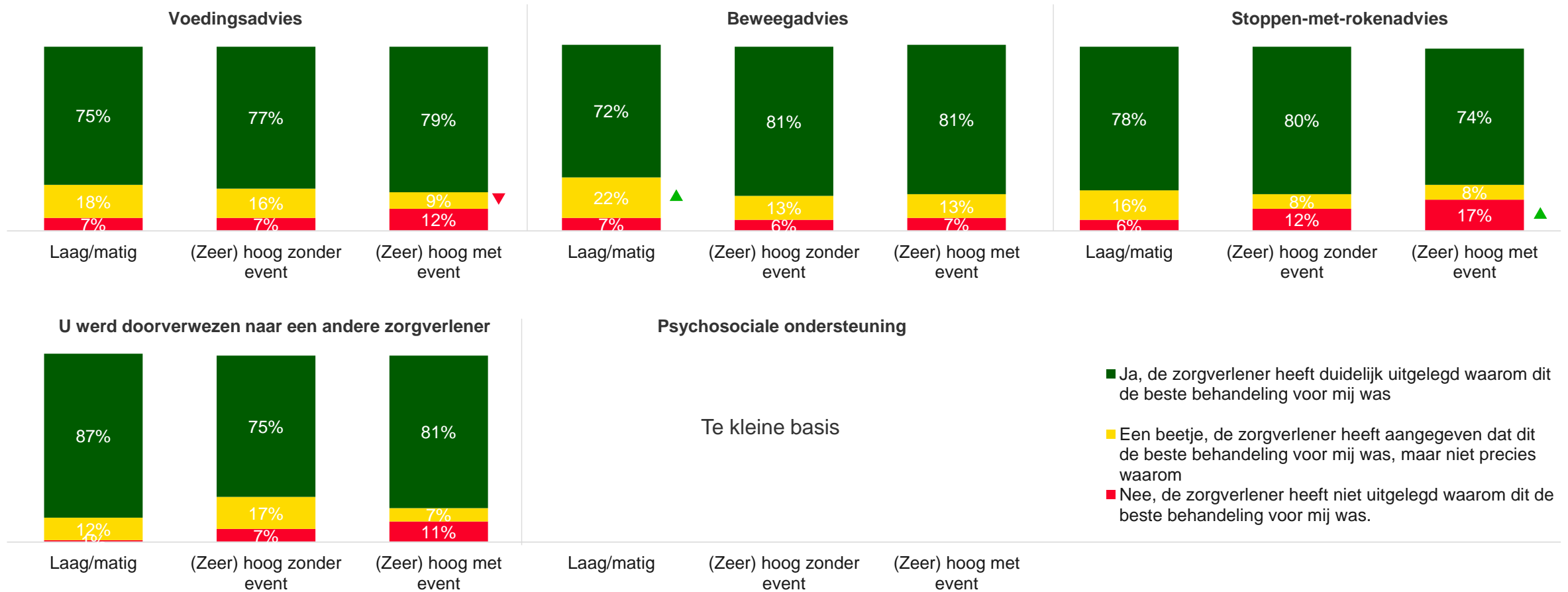
Er zijn hierin geen significante verschillen tussen de risicogroepen en tussen het eerste advies en het eventueel latere advies gevonden.



Q37. Bent u toen ook naar de zorgverlener(s) toe gegaan? | Basis: Respondenten die leefstijladvies hebben gekregen en daarvoor zijn doorverwezen naar de betreffende zorgverlener.

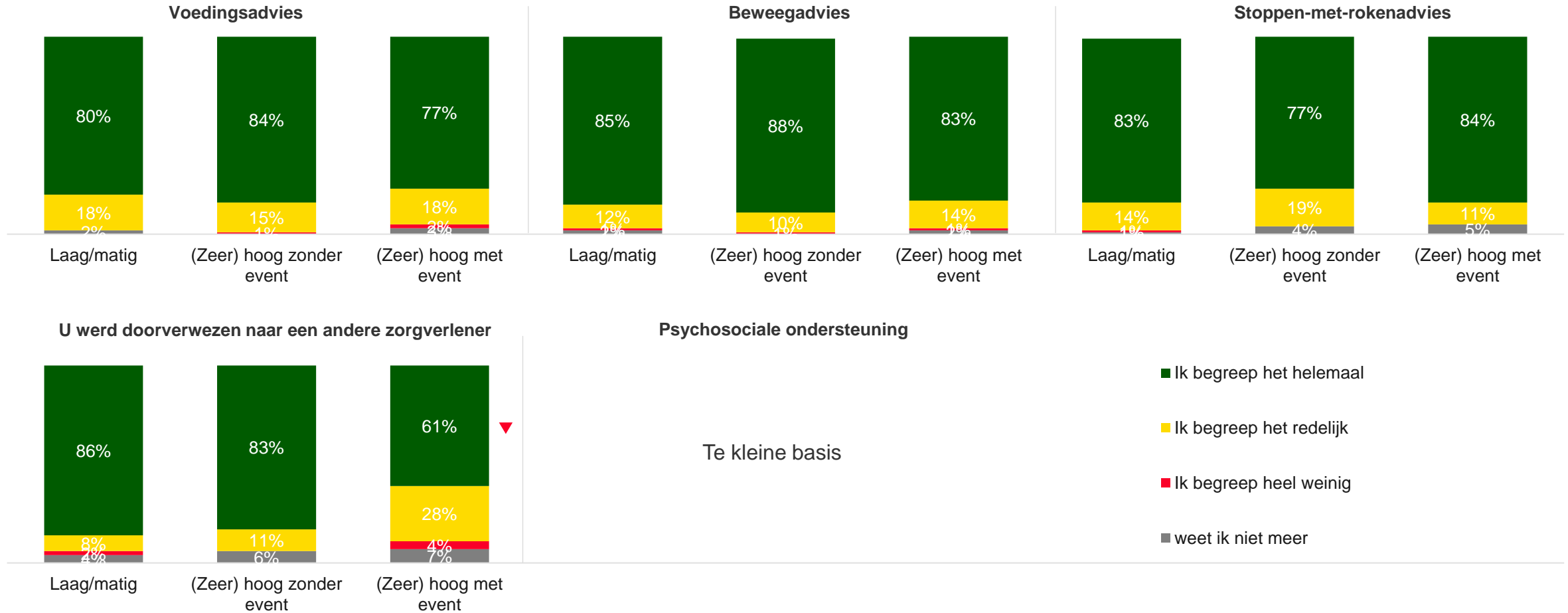
Leefstijladvies als eerste advies: De meerderheid vindt dat de zorgverlener **duidelijk heeft uitgelegd waarom** het leefstijladvies/de doorverwijzing gegeven werd, maar in 13% tot 29% van de gevallen krijgt men deze uitleg niet of maar een beetje

Er zijn hierin geen significante verschillen tussen het eerste advies en het eventueel latere advies gevonden.



Q38/Q39: Heeft de zorgverlener u uitgelegd waarom u dit leefstijladvies en/of deze doorverwijzing kreeg? | Basis: Respondenten die het betreffende advies kregen, kleinste n=48

Leefstijladvies als eerste advies: Vrijwel alle patiënten vinden de informatie die ze van hun zorgverlener krijgen over het gegeven leefstijladvies goed (of tenminste redelijk) te **begrijpen**

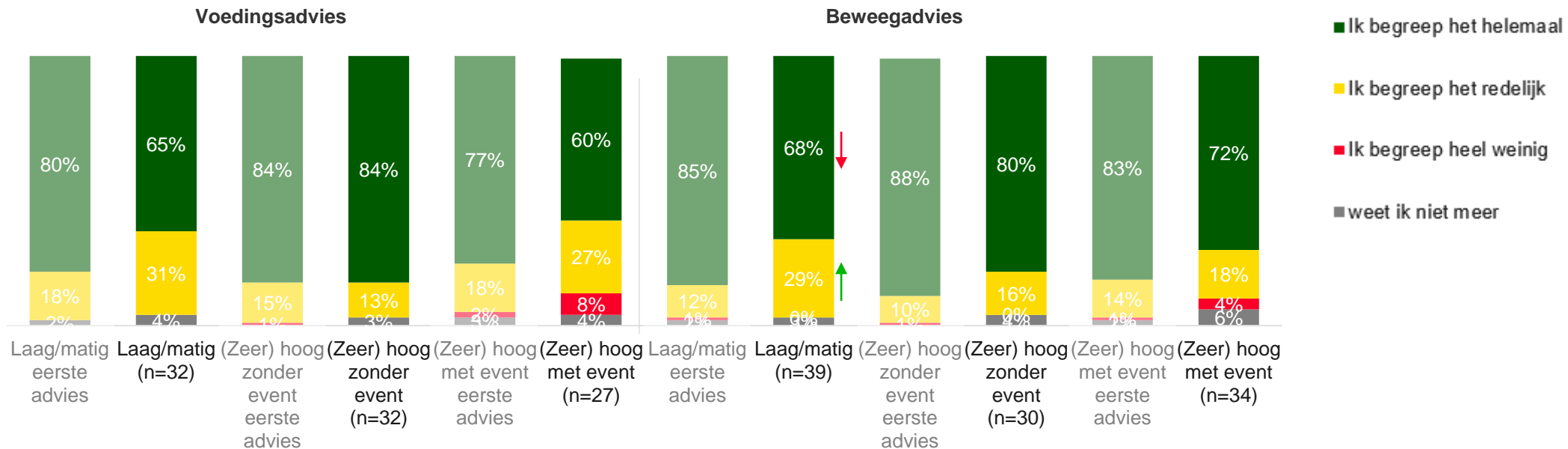


Q40/Q41: Hoe goed was de informatie die de zorgverlener gaf over het advies en/of de doorverwijzing die u kreeg, voor u te begrijpen? | Basis: Respondenten die het betreffende advies kregen, kleinste n=29

Leefstijladvies als later advies: Patiënten met laag/matige risico die in een later advies beweegadvies kregen, vinden de informatie die ze hierover kregen minder goed te begrijpen dan patiënten die beweegadvies kregen bij het eerste advies.

Bij voedingsadvies lijkt het begrip van het advies ook iets minder goed bij een later advies, maar dat is niet significant.

Voor de overige leefstijladviezen is de basis bij 'later advies' te klein om vergelijkingen te kunnen maken

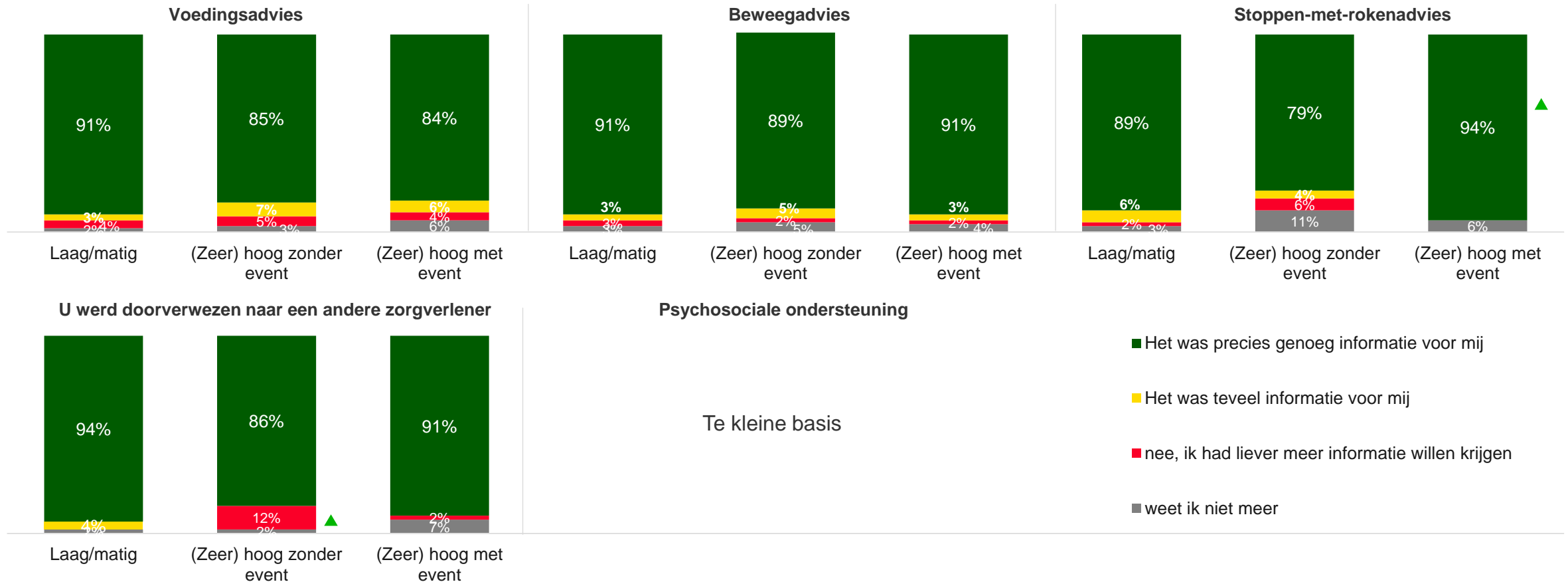


Q67/Q69: Hoe goed was de informatie die de zorgverlener gaf over het advies en/of de doorverwijzing die u kreeg, voor u te begrijpen? | Basis: Respondenten die het betreffende advies kregen, kleinste n=27

Leefstijladvies als eerste advies: Vrijwel alle patiënten vinden dat ze **genoeg** informatie van hun zorgverlener hebben gekregen over het gegeven leefstijladvies/de verwijzing. Enkeligen hadden liever meer of minder gewild.

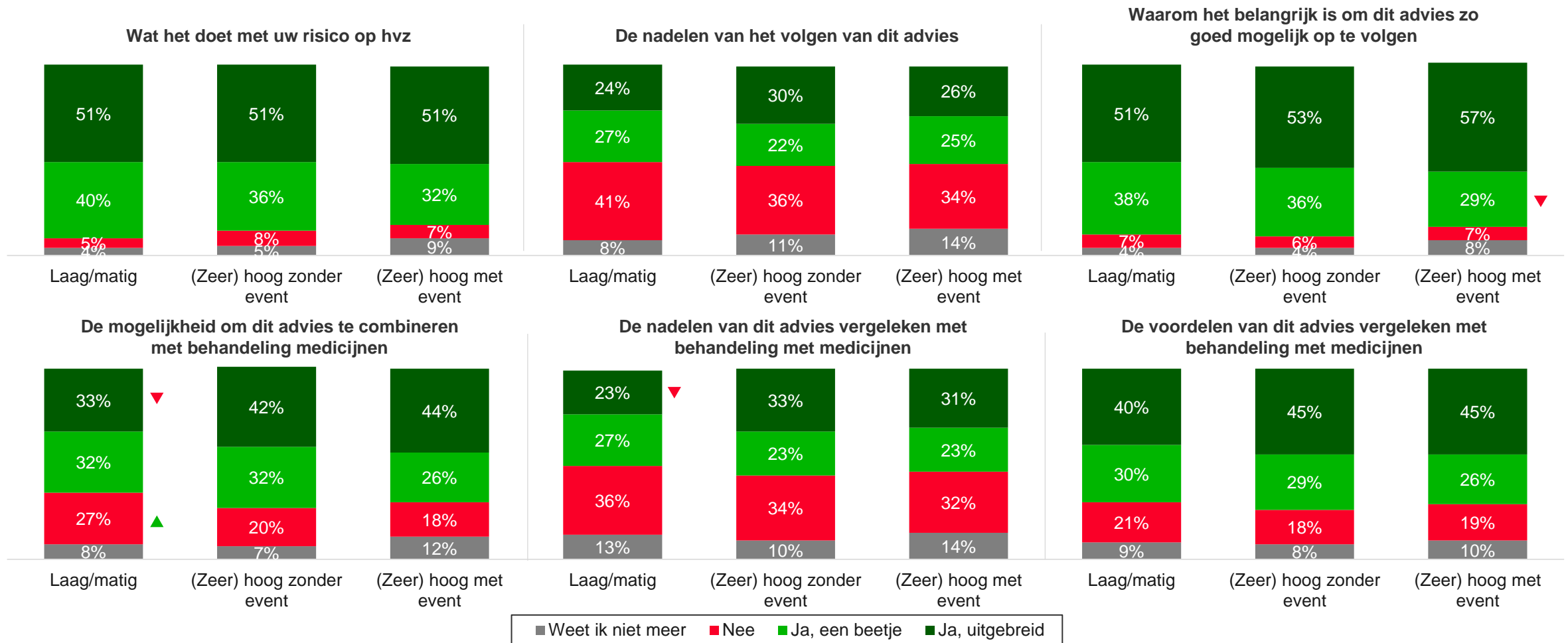
Er zijn hierin geen significante verschillen tussen het eerste advies en het latere advies gevonden.

Wel gaven lager opgeleide patiënten minder aan dat ze liever meer informatie hadden gewild (0%) dan midden (4%) en hoger opgeleide patiënten (8%).



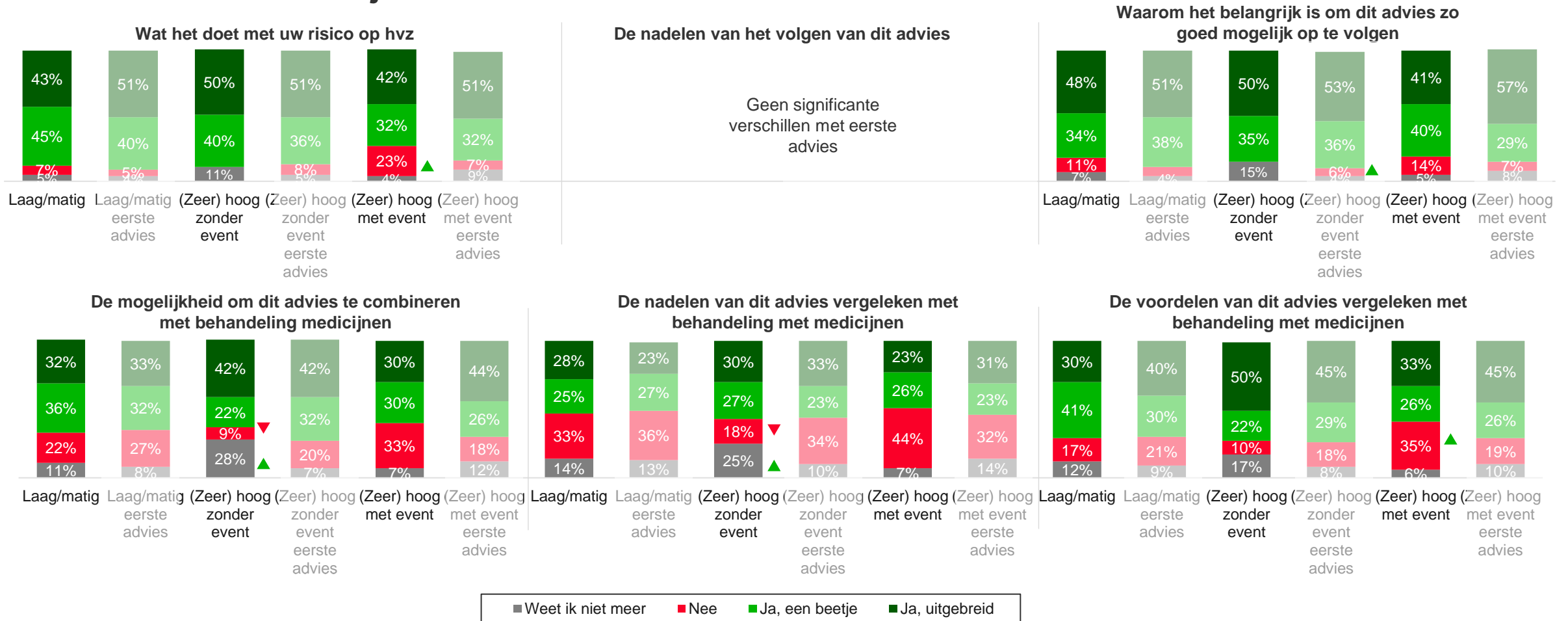
Q42/Q43: Vindt u dat de zorgverlener u genoeg informatie heeft gegeven over het advies dat u kreeg voor het verlagen van uw risico op hart- en vaatziekten? | Basis: Respondenten die het betreffende advies kregen, kleinste n=29

Leefstijladvies als eerste advies: Ruim een derde van de ondervraagden herinnert zich niet dat er over nadelen van het advies is gesproken. Bij laag/matig verhoogd risico wordt eveneens minder de vergelijking met medicijnen gemaakt.



Q44. Heeft de zorgverlener bij het bespreken van het leefstijladvies ook met u gepraat over ...? | Basis: respondenten die leefstijladvies kregen als eerste behandeling. Laag/matig n=407; (zeer) hoog zonder event, n=249, (zeer) hoog met event, n=229

Leefstijladvies als later advies: Bij de groep (zeer) hoog risico met event lijkt 'wat het doet met uw risico op hvz' en 'voordelen vergeleken met medicijnen' minder te worden besproken bij een later advies dan bij een eerste advies

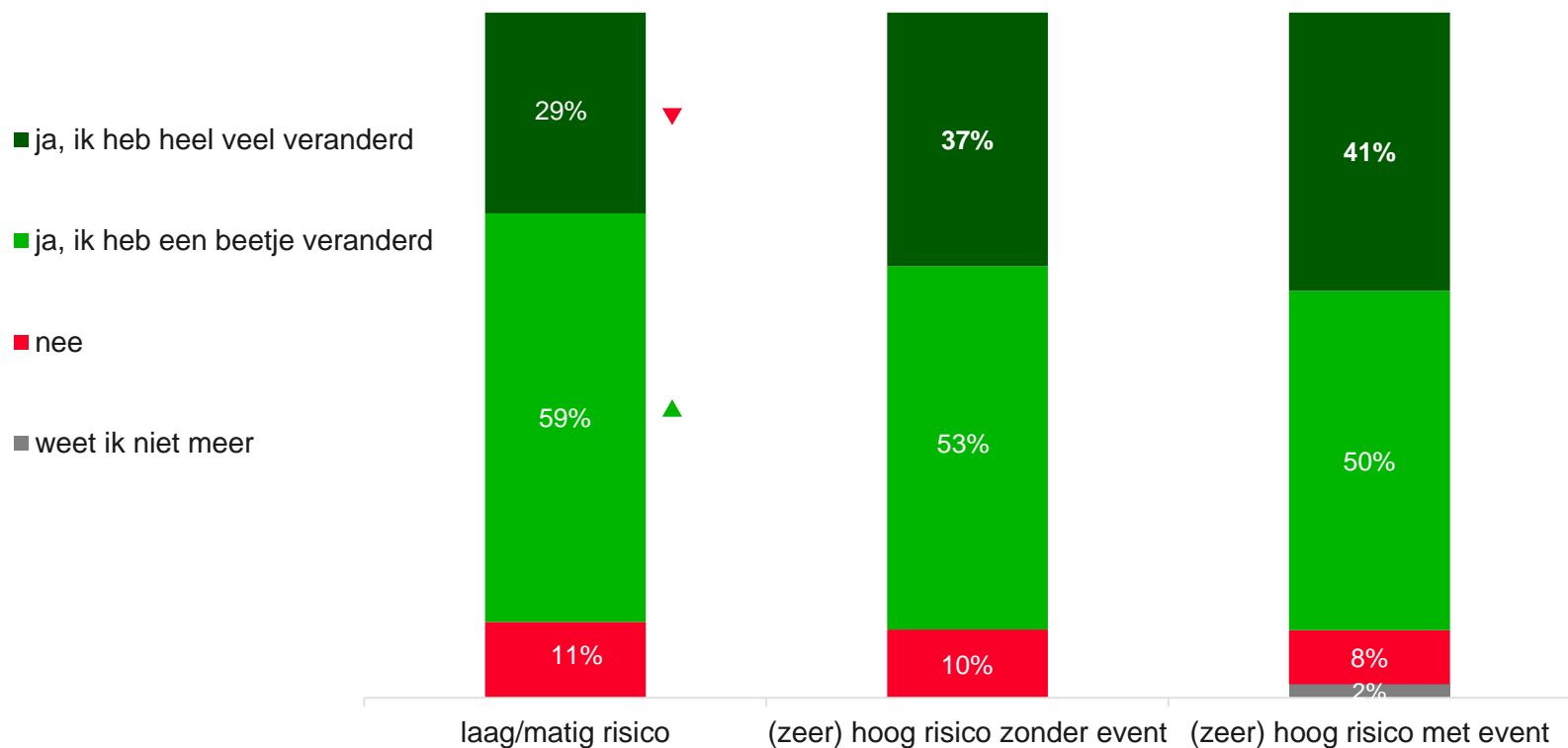


Q44. Heeft de zorgverlener bij het bespreken van het leefstijladvies ook met u gepraat over ...? ... | Basis: respondenten die leefstijladvies kregen als eerste behandeling. Laag/matig n=407; (zeer) hoog zonder event, n=249, (zeer) hoog met event, n=229
 Q71. Heeft de zorgverlener bij het bespreken van het leefstijladvies ook met u gepraat over ...? ... | Basis: respondenten die leefstijladvies kregen als eerste behandeling. Laag/matig n=56; (zeer) hoog zonder event, n=43, (zeer) hoog met event, n=43

De meeste patiënten hebben tenminste 'een beetje' veranderd n.a.v. het leefstijladvies, patiënten met (zeer) hoog risico hebben meer veranderd dan patiënten met een lager risico

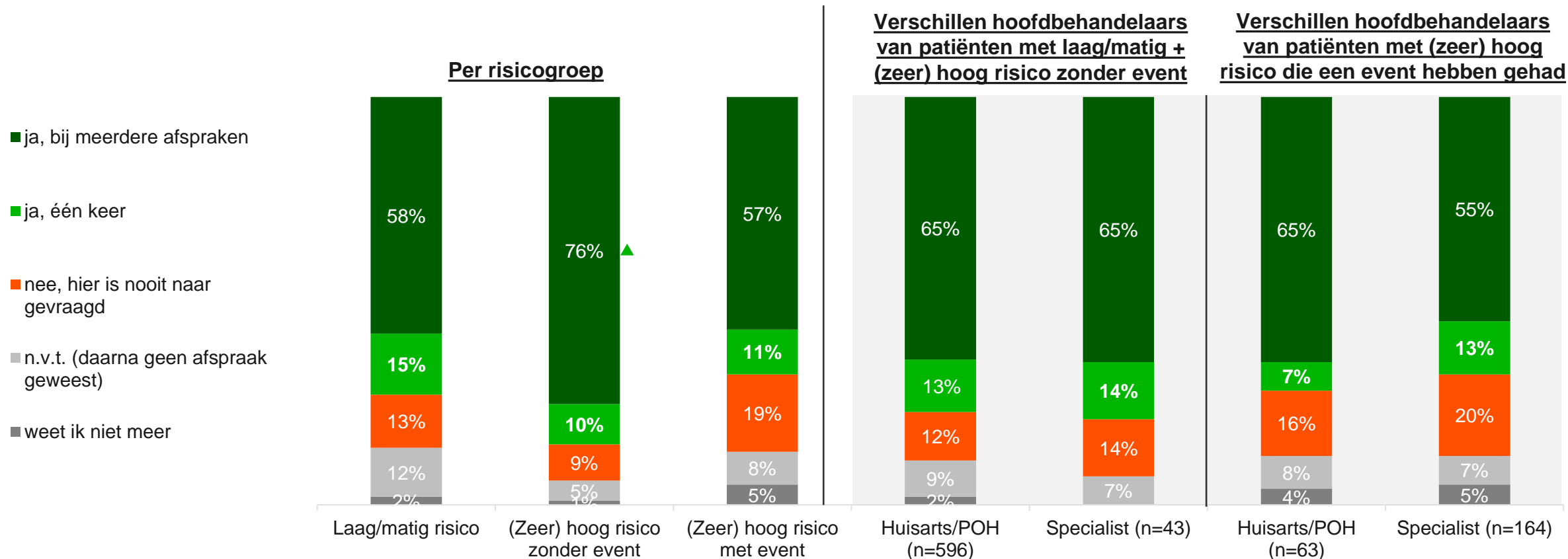
Er zijn hierin geen significante verschillen tussen het eerste advies en een later advies gevonden.

De meeste patiënten hebben tenminste een beetje veranderd n.a.v. het leefstijladvies



Q45: Heeft het leefstijladvies ervoor gezorgd dat u iets heeft veranderd? | Basis: Laag/matig verhoogd risico n=424; (zeer) hoog risico zonder event, n=258; (zeer) hoog risico met event, n=234

Bij de meerderheid informeert de zorgverlener tijdens meerdere afspraken naar het opvolgen van het leefstijladvies; dit gebeurt vaker bij (zeer) hoog risico *zonder* event



Q46. Heeft de [hoofdbehandelaar] bij latere afspraken gevraagd hoe het ging met het opvolgen van het leefstijladvies (bv. het advies over voeding, bewegen, stoppen met roken of psychische hulp)?

5
(Communicatie
over)
medicijnen



Medicijnen die patiënten voorgeschreven hebben gekregen als eerste behandeling

Dit deel van het rapport gaat dieper in op patiënten die medicijnen voorgeschreven hebben gekregen als eerste advies of als toevoeging aan/vervanging van het eerste advies op een later moment.

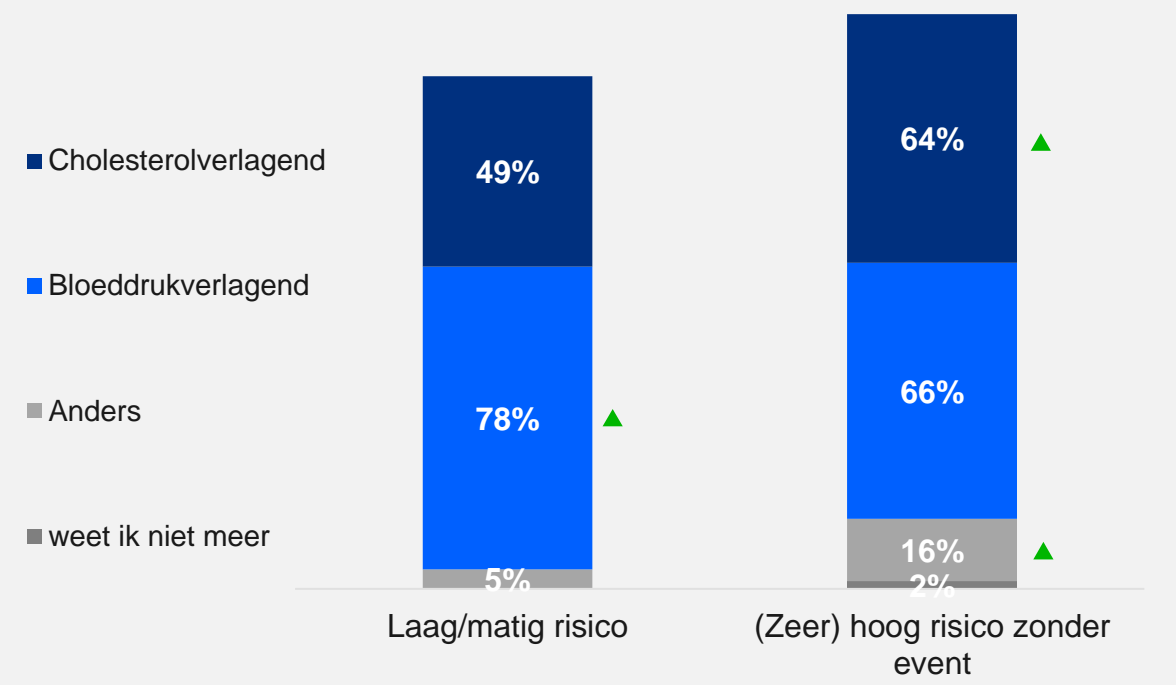
Wanneer we kijken naar patiënten die medicijnen als eerste advies kregen, doen we dat alleen voor de groepen 'laag/matig verhoogd risico' en '(zeer) hoog risico zonder event'. Deze keuze is gemaakt omdat patiënten na een event altijd al standaard een aantal medicijnen krijgen voorgeschreven.

Sommige patiënten hebben later, ná het eerste advies een andere behandeling/advies gekregen ter vervanging van of als aanvulling op het eerste advies. Dat is soms een ander medicijn, soms een aanvullend medicijn en soms een medicijn ter vervanging van bv. een eerder leefstijladvies.

Over dit *latere* medicijnadvies zijn eveneens vragen gesteld t.a.v. de communicatie. In dat geval zijn alle drie de risicogroepen betrokken, inclusief '(zeer) hoog risico met event'. In de volgende pagina's wordt telkens aangegeven of het om het eerste of latere advies gaat.

Op [pagina's 23 en 24](#) wordt een verdere verdieping gegeven t.a.v. kenmerken van patiënten die alleen medicijnen hebben gekregen en patiënten die medicijnen én leefstijladvies hebben gekregen.

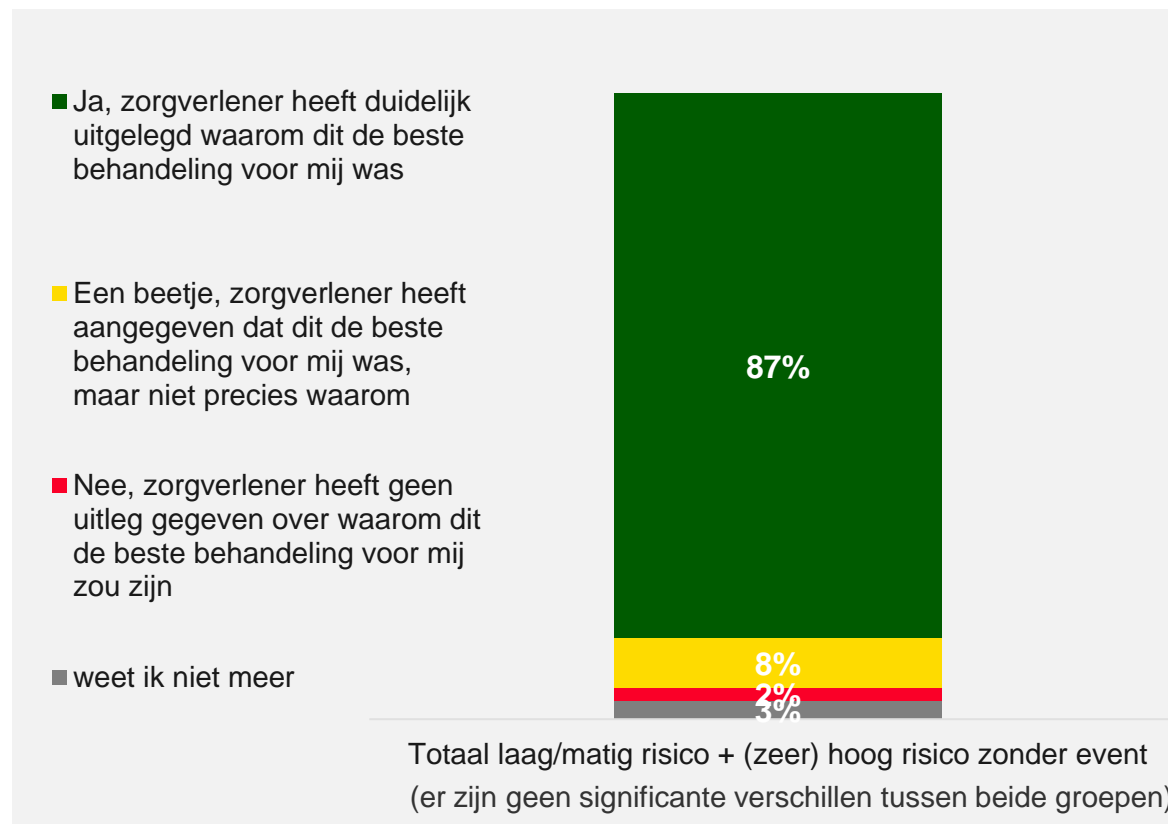
Patiënten met een laag/matig verhoogd risico krijgen vaker een bloeddrukverlagend medicijn, patiënten met een (zeer) hoog risico vaker een cholesterolverlagend medicijn. (Zeer) hoog risico patiënten krijgen ook vaker een combinatie van cholesterolverlager + bloeddrukverlagend medicijn.



Q26: U gaf aan dat u als eerste behandeling medicijnen voorgeschreven kreeg. Welk(e) medicijn(en) waren dit? | Basis: respondenten die medicijnen kregen als eerste behandeling. Laag/matig verhoogd risico n=363; (zeer) hoog risico zonder event, n=188 *Bij deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk.

Medicijnen als eerste advies: de meeste patiënten geven aan dat de zorgverlener **duidelijk heeft uitgelegd waarom** medicatie de beste behandeling voor hen was, maar bij één op de tien was dit minder duidelijk

Duidelijkheid uitleg waarom medicijnen



Waarom het medicijngebruik belangrijk is volgens patiënten

Veel respondenten noemen puur het verlagen van bloeddruk en/of cholesterol:

“Om de cholesterol en bloeddruk binnen de perken te houden.”
“De bloeddruk verlagen.”

Sommigen noemen het verkleinen van risico's daar nog bij:

“Verlagen van slechte cholesterol en bloeddruk en daardoor verkleinen van de risico's.”
“Verlagen van bloeddruk verlaagt de kans op ernstige ziekte.”
“Anders leef ik korter.”

Enkelen noemen ook nog dat het nodig was in aanvulling op een gezondere leefstijl:

“Alleen gezonde leefstijl bracht geen verlaging.”

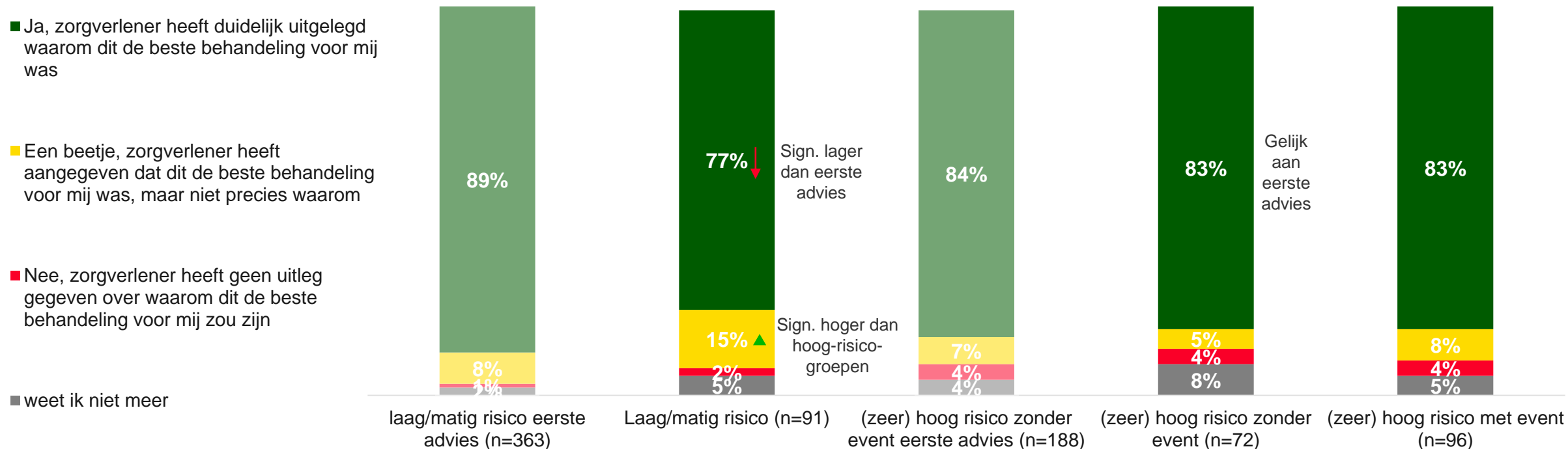
Hoog risico patiënten noemen soms ook specifiek hun onderliggende aandoening:

“I.v.m. FHC”
“In verband met diabetes.”

Q27: Heeft de zorgverlener u uitgelegd waarom u deze medicijnen kreeg? + Q28: Waarom is het volgens u belangrijk dat u dit medicijn/deze medicijnen gebruikt(e)? | Basis: Respondenten met laag/matig verhoogd risico en (zeer) hoog risico zonder event, die medicijnen kregen als eerste behandeling n=551

Medicijnen als later advies: Patiënten die (andere) medicijnen hebben gekregen als aanvulling op of vervanging van het eerste advies geven over het algemeen nog steeds aan dat de zorgverlener **duidelijk heeft uitgelegd waarom** medicatie de beste behandeling voor hen was.

Duidelijkheid uitleg waarom medicijnen: verschil eerste en later advies en verschil tussen risicogroepen voor later advies



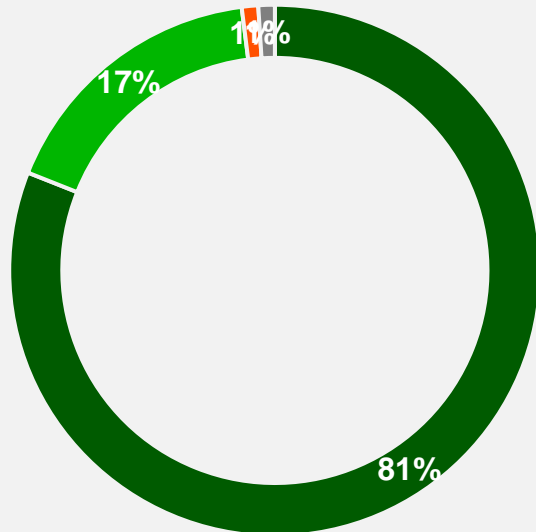
Q27/Q56: Heeft de zorgverlener u uitgelegd waarom u deze medicijnen kreeg? | Basis: Respondenten die medicijnen kregen als aanvulling of vervanging na eerste behandeling

Eerste versus later medicijnadvies: Informatie die men krijgt over de behandeling met medicijnen wordt over het algemeen goed begrepen; bij het eerste advies is dat iets beter dan bij later advies

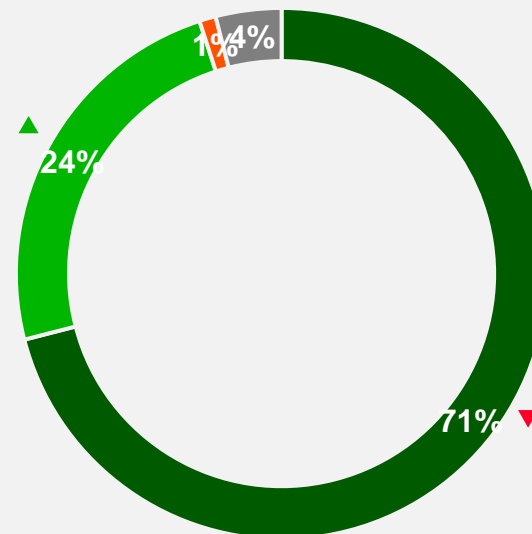
Dit verschilt niet tussen de risicogroepen

Begrijpelijkheid informatie over behandeling met medicijnen – eerste advies
(op basis van groepen laag/matig verhoogd risico + hoog risico zonder event)

Begrijpelijkheid informatie over behandeling met medicijnen – later advies
(op basis van groepen laag/matig verhoogd risico + hoog risico zonder event en met event)



- Ik begreep het helemaal
- Ik begreep het redelijk
- Ik begreep heel weinig
- Weet ik niet meer



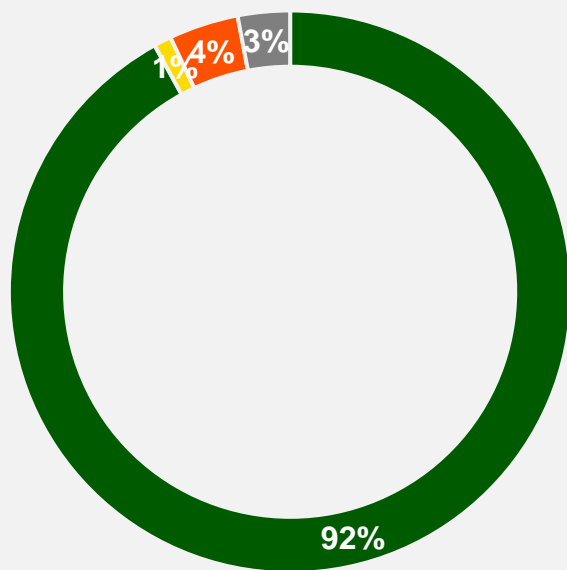
- Ik begreep het helemaal
- Ik begreep het redelijk
- Ik begreep heel weinig
- Weet ik niet meer

Q29/Q58: Hoe goed was de informatie die de zorgverlener gaf over de behandeling met medicijnen voor u te begrijpen? | Basis links: Respondenten met laag/matig verhoogd risico en (zeer) hoog risico zonder event, die medicijnen kregen als eerste behandeling, n=551, Basis rechts: Respondenten met laag/matig verhoogd risico, (zeer) hoog risico zonder event en (zeer) hoog risico met event, die (andere) medicijnen kregen na de eerste behandeling, n=259

Eerste versus later medicijnadvies: Vrijwel alle patiënten vinden de hoeveelheid informatie over de behandeling met medicijnen precies goed; bij het eerste advies is dat iets beter dan bij later advies

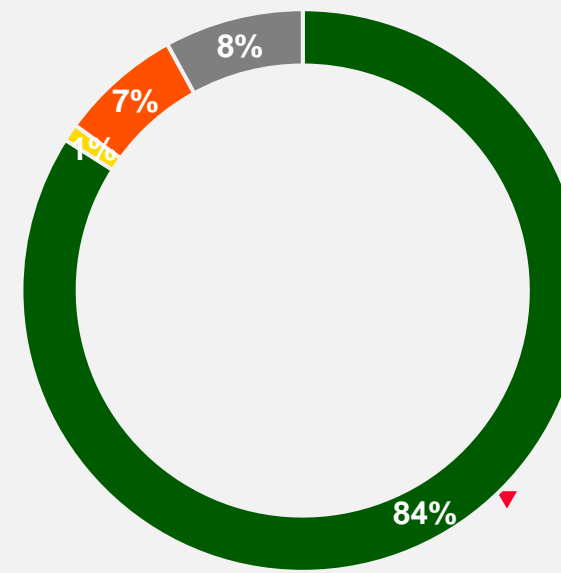
Dit verschilt niet tussen de risicogroepen

Hoeveelheid informatie over behandeling met medicijnen – eerste advies
(op basis van groepen laag/matig verhoogd risico + hoog risico zonder event)



- Het was precies genoeg informatie voor mij
- Het was teveel informatie voor mij
- Ik had liever meer informatie willen krijgen
- Weet ik niet meer

Hoeveelheid informatie over behandeling met medicijnen – later advies
(op basis van groepen laag/matig verhoogd risico + hoog risico zonder event en met event)

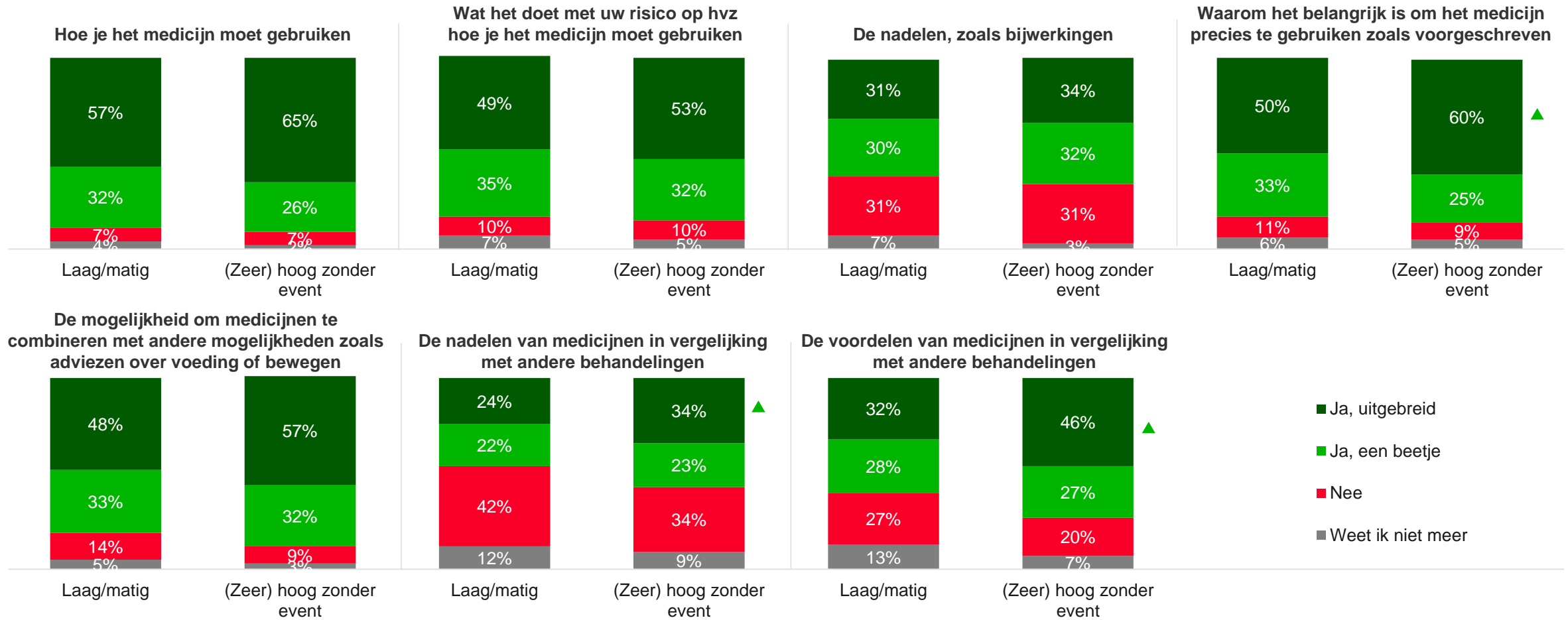


- Het was precies genoeg informatie voor mij
- Het was teveel informatie voor mij
- Ik had liever meer informatie willen krijgen
- Weet ik niet meer

Q30/Q59: Vindt u dat de zorgverlener u genoeg informatie heeft gegeven over de behandeling van uw risico op <hvz> met medicijnen? | Basis links: Respondenten met laag/matig verhoogd risico en (zeer) hoog risico zonder event, die medicijnen kregen als eerste behandeling, n=551, Basis rechts: Respondenten met laag/matig verhoogd risico, (zeer) hoog risico zonder event en (zeer) hoog risico met event, die (andere) medicijnen kregen na de eerste behandeling, n=259

Medicijnen als eerste advies: Bijna een derde herinnert zich niet dat er over nadelen zoals bijwerkingen is gesproken; nadelen krijgen ook minder aandacht dan voordelen.

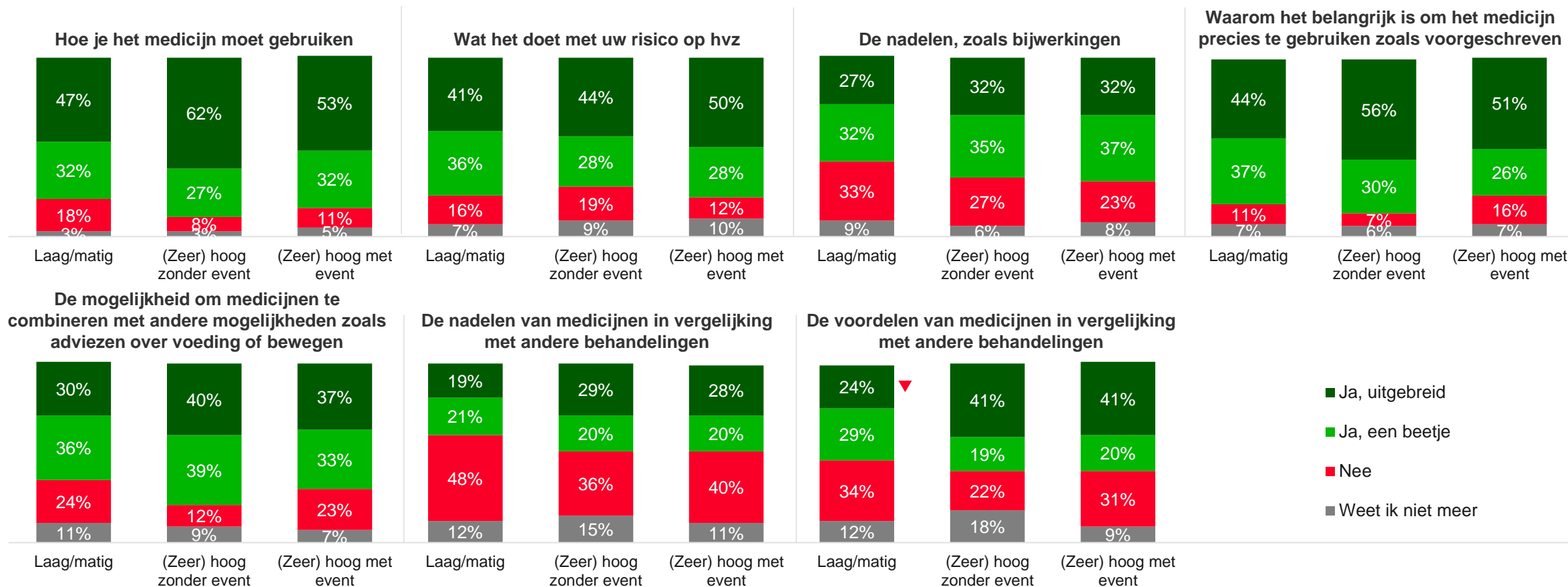
Hoog risico patiënten lijken uitgebreider geïnformeerd te worden



Q31. Heeft de zorgverlener bij het bespreken van de behandeling met dit/deze medicijn(en) ook met u gepraat over ... | Basis: respondenten die medicijnen kregen als eerste behandeling. Laag/matig verhoogd risico n=363; (zeer) hoog risico zonder event, n=188

Medicijnen als later advies: Meer dan een op de drie herinnert zich niet dat er over nadelen zoals bijwerkingen of nadelen t.o.v. andere behandelingen is gesproken.

Verschillen met 'medicijnen als eerste advies' zijn niet significant, behalve voor 'de mogelijkheid om medicijnen te combineren met andere mogelijkheden zoals adviezen over voeding en beweging'. Dat wordt op een later moment minder besproken.

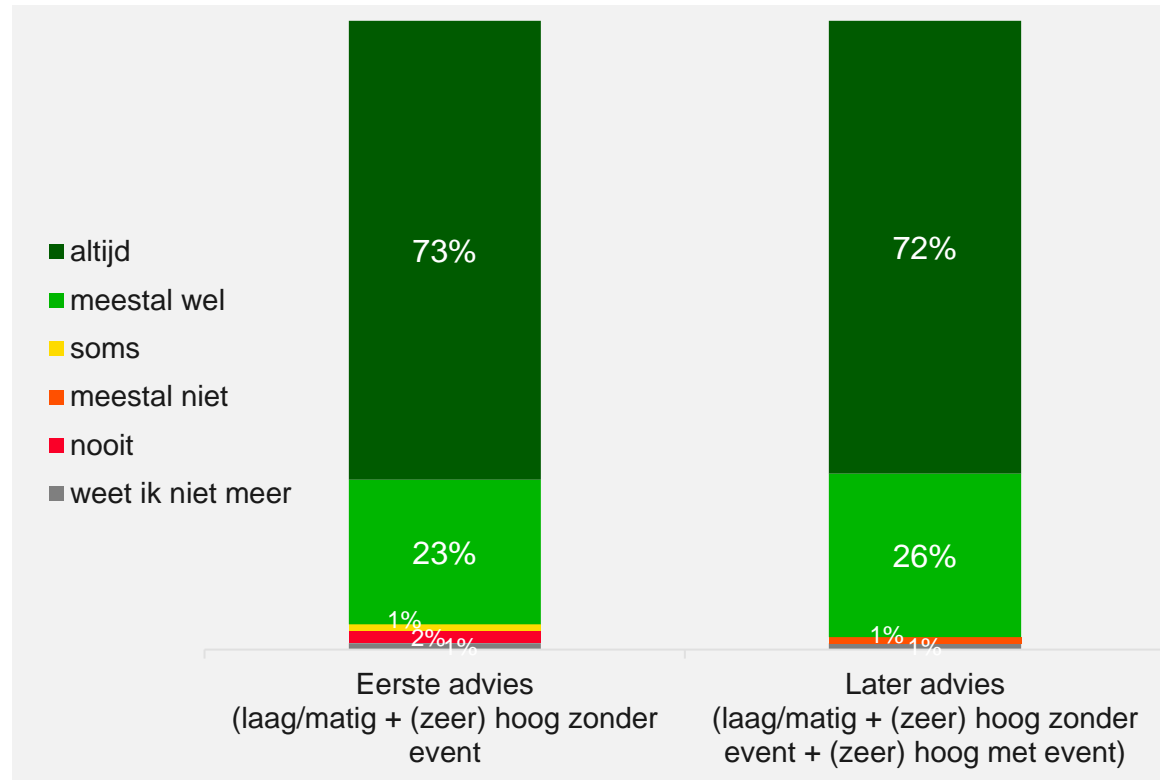


Q60. Heeft de zorgverlener bij het bespreken van de behandeling met dit/deze medicijn(en) ook met u gepraat over ... | Basis: respondenten die (andere) medicijnen kregen na de eerste behandeling. Laag/matig verhoogd risico n=91; (zeer) hoog risico zonder event, n=72, (zeer) hoog risico met event, n=96.

Eerste versus later medicijnadvies: vrijwel alle patiënten zeggen hun medicijnen altijd of meestal precies volgens voorschrift te gebruiken.

Dit verschilt niet tussen eerste en later advies, noch tussen de risicogroepen

Therapietrouw medicijnen van patiënten is naar eigen zeggen erg hoog



Als men medicijnen niet trouw neemt, is dat meestal door 'vergeten' en bij een enkeling vanwege bijwerkingen

Patiënten die hun medicijnen niet altijd, maar soms of meestal wel volgens voorschrift innemen, geven vrijwel allemaal aan dat ze het een enkele keer vergeten.

“Worden een enkele keer (max 1x per 2 maanden) vergeten bij een andere routine.”

“Onregelmatige diensten, niet altijd op het juiste moment innemen.”

Mensen die 'nooit' of 'meestal niet' antwoorden, geven vrijwel allemaal aan dat ze gestopt zijn of niet eens begonnen zijn vanwege (verwachte) bijwerkingen:

“Ben er nooit aan begonnen omdat ik niet de risico's van de bijwerkingen wilde.”

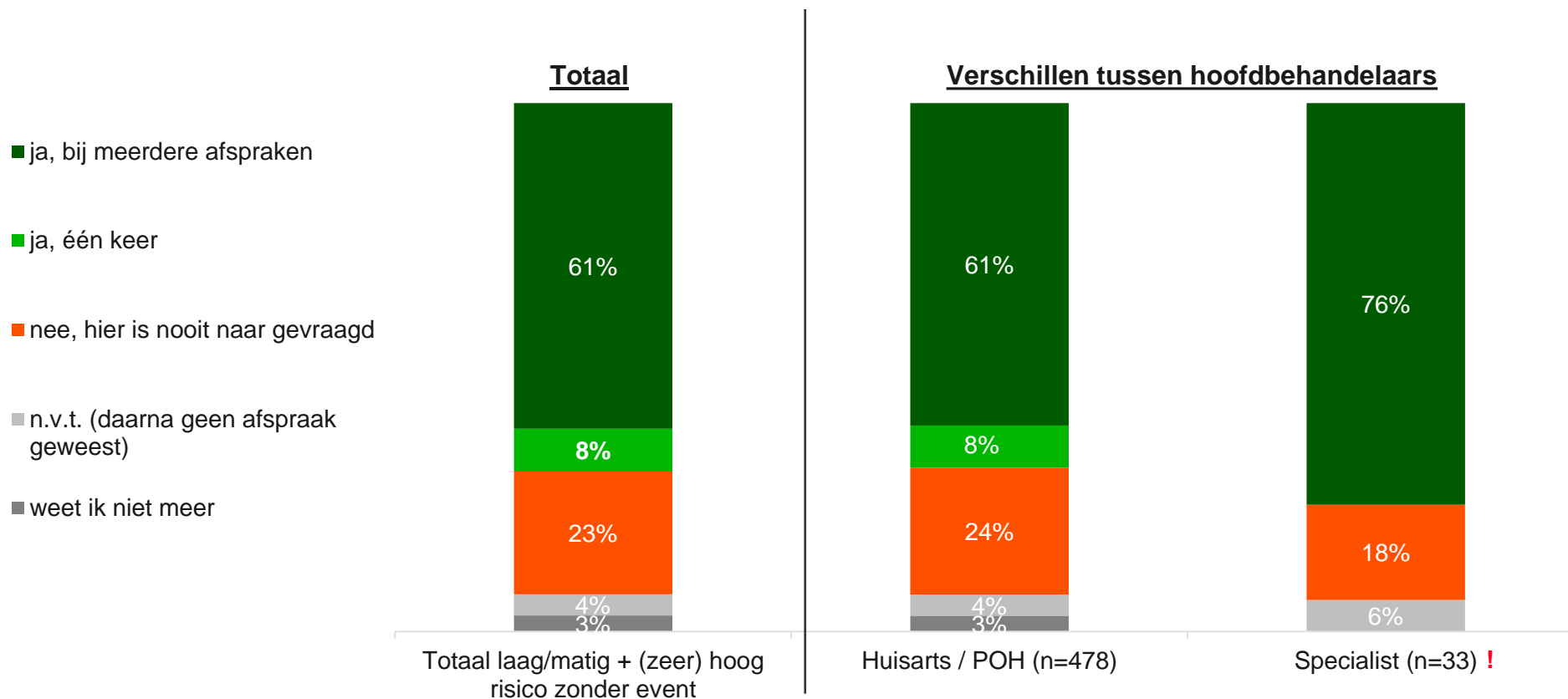
“Afweging risico (laag) en bijwerkingen (hoog).”

“Omdat ik heb afgesproken de leefstijl aan te passen en de medicijnen achterwege te laten.”

Q32/Q61: Gebruikt(e) u de voorgeschreven medicijnen precies zoals voorgeschreven? + Q33: Kunt u uitleggen waarom u de voorgeschreven medicijnen niet altijd gebruikt(e) zoals voorgeschreven? | Basis: Laag/matig verhoogd risico n=363; (zeer) hoog risico zonder event, n=188

Ruim tweederde van de ondervraagde patiënten herinnert zich dat de zorgverlener één keer of vaker naar de therapietrouw t.a.v. medicijnen heeft geïnformeerd

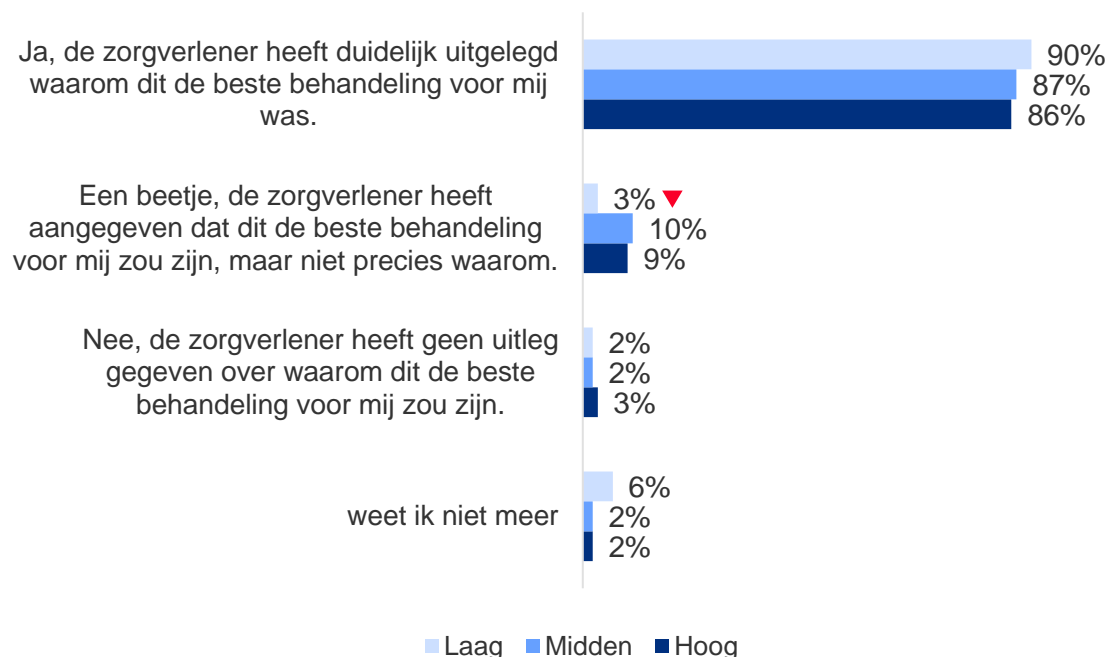
Er zijn geen verschillen tussen de groepen laag/matig verhoogd risico en (zeer) hoog risico zonder event. Specialisten lijken dit vaker te doen dan huisartsen/POH's, maar door de kleine basis is dit (net) niet significant.



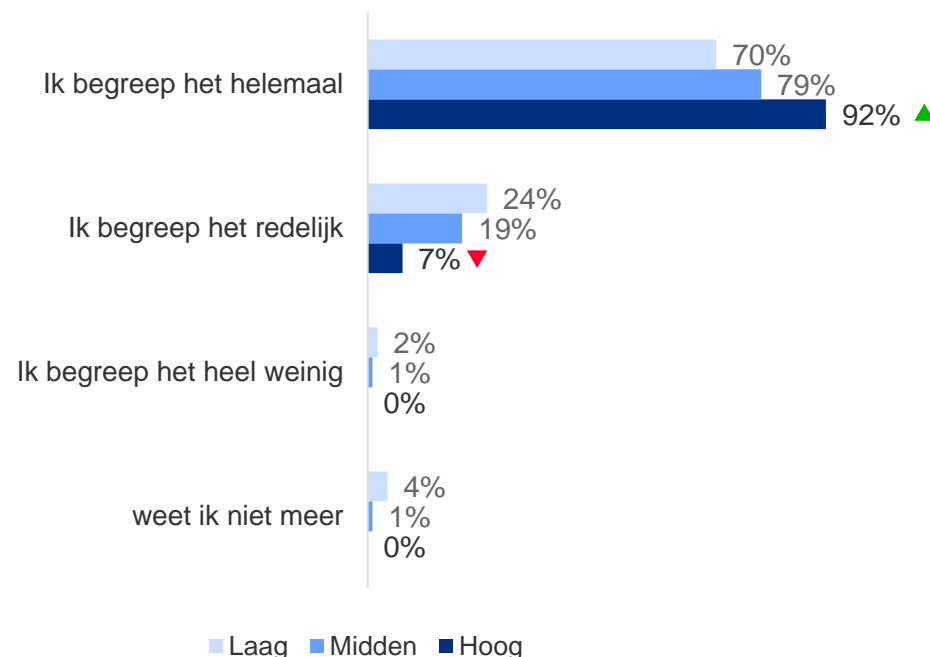
Q34: Heeft de zorgverlener bij latere afspraken gevraagd of u de medicijnen nog gebruikte zoals ze waren voorgeschreven? | Basis: Respondenten met laag/matig verhoogd risico en (zeer) hoog risico zonder event, die medicijnen kregen als eerste behandeling n=551 | ! = let op: kleine basis

De communicatie over medicijnen wordt minder goed overgebracht op lager opgeleide patiënten dan op hoger opgeleide patiënten.

Lager opgeleide patiënten geven minder vaak aan dat de zorgverlener niet precies heeft uitgelegd waarom dit de beste behandeling zou zijn (3%) dan midden (10%) en hoger opgeleide patiënten (9%).



Hoger opgeleide patiënten geven vaker aan de informatie over de voorgeschreven medicijnen helemaal te begrijpen (92%) dan midden (79%) en lager opgeleide patiënten (70%).



Q027: Heeft de zorgverlener u uitgelegd waarom u deze medicijnen kreeg? / Q029: Hoe goed was de informatie die de zorgverlener gaf over de behandeling met medicijnen voor u te begrijpen? | Basis: Lager opgeleid, n=109; Midden opgeleid, n=276; Hoger opgeleid, n=166

6

Verbetermogelijkheden volgens patiënten



Patiënten die informatie misten, hadden vooral meer willen horen over alternatieven voor medicatie, nadelen van medicatie en over het behandelplan

Slechts een paar mensen gaven aan dat ze liever meer informatie hadden willen krijgen over de mogelijkheden voor het verlagen van hun risico op hart- en vaatziekten. Daaruit blijkt bijvoorbeeld dat men meer behandelalternatieven voorgelegd had willen krijgen en een enkeling geeft aan informatie over nadelen van medicatie te hebben gemist. Verder is voor sommigen niet helemaal duidelijk hoe de behandeling er verder uit zal zien en mist een enkeling een meer persoonlijk advies. Hieronder enkele citaten:

Alternatieve behandelingen:

“Wat ik eventueel kan doen naast gebruik medicijnen.” ((zeer) hoog risico)

“Advies over begeleid fysio.” ((zeer) hoog risico)

“Om cholesterol te verlagen zonder medicijnen.” (laag/matig verhoogd risico)

“Waarom ik die medicijnen moest nemen, ik wilde liever iets veranderen aan het voedingspatroon.” (laag/matig verhoogd risico)

“Ik kan niet tegen cholesterolverlagende medicijnen en slik deze vanwege alle bijwerkingen niet meer. Via collega's hoorde ik dat je medicijnen kunt krijgen van een arts in het ziekenhuis die duurder zijn en geen of weinig bijwerkingen geven. Dit wordt echter niet voorgesteld. Volgende keer zal ik er eens naar vragen.” ((zeer) hoog risico)

Behandelplan:

“Een behandelplan, een gericht iemand om naar toe te gaan. Moet je allemaal zelf uitzoeken.” (laag/matig verhoogd risico)

“Wat precies de verdere behandeling zal zijn en hoe lang ik de verschillende medicijnen moet gebruiken.” (laag/matig verhoogd risico)

Nadelen medicatie:

“Ik hoor van meerdere bronnen dat cholesterol medicijnen niet altijd goed zijn, de nadelen worden niet besproken.” ((zeer) hoog risico)

“Wat zijn de gevolgen van het slikken van cholesterolverlagers.” (laag/matig verhoogd risico)

Persoonlijker:

“Specifieke info mbt mijn persoon en eventuele andere behandelingsmethoden.” (laag/matig verhoogd risico)

“Een persoonlijk advies i.p.v. een standaard antwoord vanuit het protocol.” (laag/matig verhoogd risico)

Q23/Q54. Wat voor informatie heeft u gemist? | Basis: Respondenten die liever meer informatie hadden willen krijgen over de mogelijkheden voor het verlagen van uw risico op hart- en vaatziekten, n=44.

Verbeterpunten volgens patiënten t.a.v. het adviesgesprek over het verlagen van risico op hvz, hebben vaak te maken met betere aansluiting bij de persoonlijke wensen

Persoonlijker advies/op de persoon afgestemd/minder standaard:

“Misschien een wat meer persoonlijk gesprek. Ik weet zelf ook dat roken slecht is.”

“Meer op mij gericht i.p.v. een standaard en onpersoonlijk riedeltje wat opgedreund werd met vooroordelen.”

“Dat ze zich iets meer in mij had proberen te verplaatsen.”

“Mij als MENS benaderen i.p.v. de morbide obees die ik nu eenmaal ben. En snappen dat je dikkerds niet helpt door maar op dat overgewicht te wijzen, zeker niet als ze ook depressief zijn zoals ik.”

“Respons op de zaken die ik zelf aangaf om risico's te verkleinen”

“Meer toegepast advies.”

“Er wordt te weinig rekening gehouden met kwaliteit van leven maar alleen u moet/mag dit niet meer.”

“Oud nieuws dat roken slecht is en mijn bloeddruk is iets verhoogd. Beetje erg oubollig en je wordt gezien als een klein kind die niets weet.”

Een ander advies gewild:

“Zij wil alleen maar stearinezuur voorschrijven voor de cholesterol, die wil IK niet.”

“Had liever een kundig iemand gehad die op de hoogte is van de laatste ontwikkelingen.”

“Mogelijkheden zonder medicijnen.”

“Meer tijd, verwijzing naar diëtist.”

Meer onderzoek:

“Preciezer onderzoeken wat de reden van het overgewicht is.”

“Daadwerkelijk onderzoek naar mate van verdichting.”

Betere/meer uitleg:

“Wat meer achtergrondinformatie.”

“Een duidelijker voedingsadvies.”

“Betere uitleg over wat er is gebeurd met mijn hart en hoe het te voorkomen.”

Q77. Wat had u liever anders gehad in het gesprek met de zorgverlener over het verlagen van uw risico op hart- en vaatziekten? | Basis: Respondenten die neutraal of ontevreden waren over het gesprek met de zorgverlener waarin ze advies kregen over het verlagen van uw risico op hart- en vaatziekten, n=74

Deel III

Resultaten van het kwalitatieve onderzoek



Leeswijzer kwalitatief onderzoek

01

In het kwantitatieve onderzoek hebben 390 mensen aangegeven dat ze bereid waren om deel te nemen aan een online vervolginterview van drie kwartier. Vervolgens zijn mensen specifiek uitgenodigd op basis van hun risicoprofiel, hoe lang geleden hun eerste adviesgesprek is geweest en welk advies ze destijds hebben gekregen en de eigen risico-inschatting.

02

De interviews zijn gedaan aan de hand van een gespreksleidraad (zie bijlage). In deze gespreksleidraad is een aantal onderwerpen specifiek benoemd, op basis van de resultaten van het kwantitatieve onderzoek. Bijvoorbeeld waarom mensen met een laag/matig verhoogd risico op hart- en vaatziekten alleen medicatie hebben voorgeschreven gekregen. Maar ook waarom mensen met een zeer hoog risico na een event zichzelf als iemand met een laag/matig verhoogd risico inschatten.

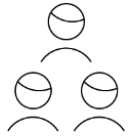
03

Men heeft zichzelf aangemeld voor deelname aan het vervolgonderzoek. Dit kan enige bias met zich mee brengen. Opvallend was dat een aantal van hen heel actief omgaan met hun verhoogde risico, lid zijn van een patiëntenvereniging, zelf op zoek gaan naar informatie, een second opinion hebben aangevraagd. We hebben met andere woorden vermoedelijk te maken met een groep die niet representatief is voor de patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten in Nederland.

04

Kwalitatief onderzoek is open en exploratief en gaat uit van wat de deelnemers zelf ter sprake brengen. Het gaat om het beschrijven van de diversiteit aan opvattingen en niet om de frequentie waarmee bepaalde uitspraken worden gedaan. De resultaten van dit kwalitatieve onderzoek zijn niet generaliseerbaar, maar geven wel een beeld van de opvattingen die leven onder mensen met een laag/matig verhoogd risico of mensen met een zeer hoog risico na een event op hart- en vaatziekten. Opgenomen citaten dienen ter illustratie.

Onderzoeksspecificaties kwalitatief onderzoek



Steekproef

Deelnemers aan het kwantitatieve onderzoek is aan het eind van de enquête gevraagd of ze open zouden staan voor een vervolginterview van 45 minuten online met een onderzoeker. 390 mensen waren hiertoe bereid en hebben hun contactgegevens gedeeld.



Doelgroep

Uit deze bereidwillige deelnemers zijn 12 mensen uitgenodigd voor deelname. In overleg met ZIN is de volgende verdeling afgesproken:

- 6 personen met een laag/matig verhoogd risico met wie het eerste adviesgesprek langer of korter geleden dan een jaar is geweest
 - waarvan 3 personen alleen medicatieadvies hebben gekregen
 - waarvan 3 personen leefstijl advies eventueel gecombineerd met medicatieadvies hebben gekregen
- 6 mensen met een zeer hoog risico na een event die allen langer dan een jaar geleden het eerste adviesgesprek hebben gehad
 - waarvan 3 personen zichzelf een laag/matig risico toekennen op hart- en vaatziekten
 - waarvan 3 personen zichzelf een hoog risico toekennen op hart- en vaatziekten

Uiteindelijk bleek tijdens de interviews dat twee deelnemers van de groep laag/matig verhoogd risico hier niet in pasten, omdat ze in het kwantitatieve onderzoek niet hadden genoemd dat ze een hartinfarct hebben gehad. Ze hoorden dus in de groep zeer hoog risico na een event en zijn als zodanig beschreven.



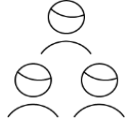
Online methode

Voor dit onderzoek is gebruikt gemaakt van online interviews. Deelnemers hebben in een een-op-een gesprek met een onderzoeker van MARE toegelicht hoe zij de communicatie in hun zorgtraject met betrekking tot hun verhoogd risico op hart- en vaatziekten hebben ervaren.



Gespreksleidraad

De gespreksleidraad is opgesteld door MARE in samenspraak met Zorginstituut Nederland. Uitgangspunt hierbij was een gespreksduur van 45 minuten.



Veldwerkperiode

Het veldwerk heeft plaatsgevonden in de periode van 13 tot en met 19 oktober 2022.

De context van deelnemers verschilt

Merendeel van de deelnemers heeft lange voorgeschiedenis met risico op hart- en vaatziekten

Zowel voor de deelnemers met een laag/matig verhoogd risico als voor degenen met een zeer hoog risico na een event geldt dat ze vaak al lang contact hebben met een zorgverlener (cardioloog, huisarts en/of POH) voor hun verhoogde risico op (opnieuw) hart- en vaatziekten. Het eerste adviesgesprek heeft dan al lang geleden plaatsgevonden; de variatie is groot met 37 jaar geleden tot zes jaar geleden. De herinnering aan het eerste adviesgesprek is daarmee soms lastig voor deelnemers. Ze hebben in de loop der jaren veel gesprekken gehad, al dan niet naar aanleiding van (nieuwe) events of in het kader van controles. Van degenen die korter dan één jaar geleden het eerste adviesgesprek zouden hebben gehad, bleek in de interviews dat ze al veel langer te maken hebben met dit risico (15 jaar en zes jaar). Ze waren in de vragenlijst van het kwantitatieve onderzoek uitgegaan van het laatste adviesgesprek in plaats van het eerste gesprek. Ook bleek dat twee deelnemers met een laag/matig verhoogd risico een event (zes jaar geleden hartaanval, in het verleden niet opgemerkte hartinfarcten) hebben doorgemaakt. Dit hadden ze niet als zodanig benoemd in de kwantitatieve vragenlijst.

Eigen risico-inschatting voor alle deelnemers ingegeven door verschillende factoren

De deelnemers geven verschillende factoren aan voor hun eigen risico-inschatting op (opnieuw) hart- en vaatziekten. De factoren die hierbij een rol spelen:

- Familie bekend met hart- en vaatziekten (ouders, broers/zussen), dus geen verrassing
- Een bewuste omgang met eigen lichaam om het risico zo veel mogelijk te beperken
- Een pro-actieve of eerder passieve houding in info zoeken over beïnvloeding gezondheid met gezonde leefstijl
- Aangepaste leefstijl eventueel in combinatie met medicatie geeft een lagere risicobeleving
- Onder controle staan bij huisarts/POH in combinatie met lagere cholesterolwaarden geeft een veilig gevoel
- Zich 'goed' voelen

“

Een jaar of 15 terug. Mijn vader had een hoog cholesterol. Toen was er een landelijk onderzoek waar de hele familie aan heeft meegewerkt. Sindsdien ben ik onder controle, 1 keer per jaar heb ik een bloedonderzoek. (man, 60, laag/matig verhoogd risico)

Ik heb bijna diabetes en af en toe een hoge bloeddruk. Daarom heb ik wel wat risico. Mijn vader en mijn oma hebben hier ook last van gehad. Dus het zou in de familie kunnen zitten. (vrouw, 72, laag/matig verhoogd risico)

Ik ben dus gestopt met roken, ik doe er alles aan om het laag te houden. Ik ga ook met een afslankcoach aan de slag. (vrouw, 56, laag/matig verhoogd risico)

In de ambulance ging het mis, dus ik werd in het ziekenhuis gelijk naar de katheterisatiekamer gestuurd. (...) Later kreeg ik te horen dat het een Minoca was, een vrouwenhartinfarct. En dat is stress gerelateerd. (vrouw, 58, zeer hoog risico na event)

Daarom ben ik naar Antwerpen gegaan voor een second opinion. Maar daar kreeg ik mijn tweede hartaanval. (...) Het probleem wordt nu bestreden met medicijnen en deze zijn ook vaak aangepast. Ik heb 3 tot 4 keer per week last van die samentrekkingen. (man, 68, zeer hoog risico na event)

Ik werd verplicht om als zzp'er te gaan werken. Dat heeft me de kop gekost. Want zzp is een ding: geen werk, geen geld. Toen begonnen de hartproblemen en de cva. Na de hartaanval, stent en katheterisatie zeiden ze dat ik het vijf weken rustig aan moest doen. Maar, ik was een paar dagen thuis en de maandag erop zat ik weer in de auto. (man, 64, zeer hoog risico na event)”

Er is soms sprake van ‘schijnveiligheid’

Eigen laag/matig risico-inschatting bij zeer hoog risicogroep na event kent verschillende oorzaken

Er is specifiek aandacht besteed aan deelnemers die weliswaar een zeer hoog risico hebben na een event, maar zichzelf inschatten als iemand met een laag/matig verhoogd risico. Waardoor wordt dit lagere en eigenlijk onterechte gevoel van laag/matig verhoogd risico ingegeven?

Men blijkt zich ‘veilig’ te voelen te voelen doordat men regelmatige controles heeft bij een POH en men het medicatievoorschrift en leefstijladvies zo goed mogelijk opvolgt. Ook voelt men zich minder tot een verhoogde risicogroep behoren als men zelf een gezond gewicht heeft en/of niet rookt. Dit omdat men weet dat dit factoren zijn die het risico verhogen. Maar ook het wegvallen van stress door het met pensioen gaan blijkt te kunnen leiden tot een lagere eigen inschatting van het risico. Dit kan echter een vorm van ‘schijnveiligheid’ zijn.

Op een rij gezet spelen de volgende zaken bij een lagere eigen inschatting van het risico:

- Je goed voelen, dus dan zal het goed gaan
- Bij niet roken, geen overgewicht
- Onder controle staan/monitoring -> er wordt niks gemist
- Therapietrouw medicatie en leefstijl → je doet er alles aan
- Een plotseling event kan worden beleefd als ‘pech’ zonder idee over risico op langere termijn
- Beleving deelnemers dat ze niet door zorgverleners worden aangesproken als mensen met een zeer hoog risico op opnieuw hart- en vaatziekten
- Verminderen van stress door pensioen

Verhoogd risico wordt niet altijd expliciet benoemd in adviesgesprek

Het blijkt door alle interviews heen dat een aantal deelnemers de beleving heeft dat ze niet worden aangesproken door hun zorgverlener als iemand met een (zeer) verhoogd risico op (opnieuw) hart- en vaatziekten. Omdat dit naar hun idee niet zo expliciet wordt verwoord. Met een jaarlijkse of halfjaarlijkse controle is dan hun beleving dat het risico wordt afgewend.

Het gevoel van schijnveiligheid speelt met andere woorden breder dan alleen bij degenen met een zeer hoog risico na een event die zichzelf als laag/matig risico zien.

“

De waarden die ze controleren zijn verbeterd, ze zijn goed. Wellicht dat ik blind vertrouwen op artsen en de farmacie. Maar als er iets is in mijn lichaam dat ik niet vertrouwd, dan ga ik niet googelen, dan ga ik naar de huisarts. (man, 74, zeer hoog risico na event).

Omdat ik denk: als alles goed is, is het goed. Ik maak me niet zo snel druk. Ze zeiden omdat het in de familie zit dat ik wel voorzichtig moest zijn. (vrouw, 72, event, zeer hoog risico na event)

Ik heb vanuit mijn werk twee coaches meegekregen. Ze begeleiden mij en ik heb gesprekken met hen. Ik kan hen ook altijd bellen om mijn ei kwijt te kunnen. Dus dat ik het niet opkrop, maar echt uit. Dat maakt waarom ik een laag risico heb. (vrouw, 58, zeer hoog risico na event)

Ja, ik schat het laag in dat het nogmaals gebeurt. Ik heb nu de medicijnen, bloeddrukverlagers en een cholesterolverlager en ook een bloedverdunner. Ik heb geen stress meer, want ik werk niet meer. Ik sport regelmatig en ik ben niet te zwaar. (man, 70, zeer hoog risico na event)

Ik ben toch voor mijn doen rustiger gaan leven, want het werken als zzp' er was heel druk met stress en alles. Toen dat afgelopen was, viel er een hele last van m'n schouders omdat ik die druk niet meer voel. (man, 64, zeer hoog risico na event)

”

Tevredenheid over communicatie leefstijladvies met ruimte voor verbetering

Over het algemeen is men tevreden over het gegeven leefstijladvies

De deelnemers zijn over het algemeen tevreden over het leefstijladvies dat ze hebben gekregen van hun zorgverlener. Er wordt nagevraagd hoe hun beweeg- en voedingspatroon eruit ziet, wat hun stressniveau is. Er wordt ook uitgelegd dat bepaalde voeding, weinig bewegen en zeker ook stress risicofactoren zijn voor het krijgen van hart- en vaatziekten. En dat een gezonde leefstijl een positieve invloed kan hebben. Voor de meeste deelnemers komt dit niet als een verrassing; ze zijn zichzelf vaak al bewust dat ze te veel stress hebben of te weinig bewegen of gezonder kunnen eten. Maar het helpt om dit van de (eigen) zorgverlener te horen. Ze krijgen met andere woorden informatie over het leefstijladvies.

Sommigen worden doorverwezen naar een diëtist of coach ter ondersteuning. En een aantal deelnemers heeft na een event een revalidatietraject doorlopen waarin veel aandacht was voor een gezonde leefstijl; ze zijn uitdrukkelijk positief over dit traject. Een enkele deelnemer benoemt dat er een dagdeel was georganiseerd door het ziekenhuis waarin artsen en verpleegkundigen heldere uitleg gaven over hart- en vaatziekten, risico's, belang van leefstijl en medicatie.

Soms geven deelnemers aan dat ze zijn geweest op andere te raadplegen informatiebronnen zoals thuisarts.nl of de Hartstichting, maar het is onduidelijk of dit standaard gebeurt.

Men is vaak tevreden over de opstelling van de behandelend arts en/of POH. Want zo blijkt, deelnemers voelen de mogelijkheid tot het stellen van vragen als iets niet duidelijk is. Of de betreffende zorgverlener nam alle tijd voor hen en nam hen serieus. Enkelen zijn minder tevreden en dat betreft dan vooral degenen met laag/matig verhoogd risico die liever geen medicijnen willen nemen, terwijl de huisarts of POH dit wel voorstelt. Deze deelnemers hebben de indruk dat de POH meer een protocol volgt, een beperkter blikveld heeft en minder oog voor degenen die liever geen medicatie willen gebruiken. Maar ook een huisarts kan in hun beleving dwingend overkomen en niet echt doorvragen op leefgewoonten en wensen.

Na event soms lange wachttijd voor eerste adviesgesprek: dit werkt onzekerheid in de hand

Bij een paar deelnemers heeft een adviesgesprek over leefstijl (en medicatie) pas plaatsgevonden toen ze zes weken na het event voor controle terugkwamen. Dat heeft bij hen onzekerheid in de hand gewerkt, omdat ze geen goed beeld hadden wat de oorzaak van het event was, of ze er zelf iets aan konden doen en zich daarmee onzeker voelden over het verdere verloop. Ze hadden het prettiger gevonden om daags na het event of nog in het ziekenhuis meer informatie te hebben gekregen.

“

Toen ik 30 was is het eigenlijk begonnen, omdat ik een extreem hoge bloeddruk had. Mijn huisarts zei: je kunt voor de rest van je leven bètablokkers slikken, maar hij zei je kan ook je leven anders gaan inrichten. Dat vond ik eigenlijk een heel goed advies. De dokter kwam met heel goede voorstellen, van: je moet wat minder gaan werken, wat meer leuke dingen doen. (vrouw, 67, laag/matig verhoogd risico)

Zes weken later toen ik op controle kwam in het ziekenhuis, toen is mij alles uitgelegd, wat het heeft veroorzaakt. En dat ik medicijnen moest slikken. Maar mijn grootste vijand is stress. In de basis heb je dan twee jaar de tijd om je stresslevel omlaag te krijgen. Gelijk na de behandeling had ik een arts die weinig tijd had. En hij zei dat alles in orde was en hup, de volgende. Maar de verpleegkundige heeft mij toen wel veel informatie gegeven. (vrouw, 58, zeer hoog risico na event)

Ik kon altijd vragen stellen. Hij (huisarts) hield zich ook nooit aan de tijd voor een consult, hij nam de tijd voor je. (man, 70, zeer hoog risico na event)

Ik vind het advies beperkt. Behalve graag pillen laten slikken. Ik doe zelf graag voorstellen en daar gaan ze wel in mee. Ze waarschuwen wel veel, dat ik risico loop en eigenlijk cholesterolmedicatie moet slikken. Maar zij kijken naar de cijfertjes en ik naar de mens. (vrouw, 71, laag/matig verhoogd risico)

Ja natuurlijk, roken en daar ben ik ook mee gestopt. Er is gezegd dat dat schadelijk is natuurlijk, maar dat wist ik ook al. Eerst lukte het me nooit om te stoppen maar toen wel (na tweede hartinfarct). Bewegen, wandelen, fietsen. (man, 62, zeer hoog risico na event)

Ze zei een woord en dat was stress. Ze zei dat het heel moeilijk is om dit aan de kant te zetten. We zullen daar aan moeten gaan werken. Dit heeft bij u voor 99% gezorgd dat het u overkomen is, zei ze. (man, 64, zeer hoog risico na event)”

Sleutelbegrippen in tevredenheid over leefstijladvies: openheid en maatwerk

Tevredenheid over gesprek wordt beïnvloed door verschillende factoren

Uit de interviews blijkt dat deelnemers duidelijke ideeën hebben wanneer een adviesgesprek over leefstijladvies hen tot tevredenheid stemt. Van groot belang blijkt te zijn dat de zorgverlener oog heeft voor de persoonlijke situatie van degene die hij/zij voor zich heeft; het bieden van maatwerk, zich inleven in de patiënt, rekening houden met diens omstandigheden zijn hierin cruciaal. Dat levert deelnemers het gevoel op dat ze serieus worden genomen en dat er een open dialoog is waarin mogelijkheden en onmogelijkheden aan bod komen. Ook is van belang dat men het gevoel heeft dat de mogelijkheid bestaat om op een later moment nog aanvullende vragen te stellen; een toegankelijk en laagdrempelig contact met de zorgverlener faciliteert dit. En nogal wat deelnemers geven aan zich bewust te zijn van de tijdsdruk waaronder zorgverleners staan en dat dit soms resulteert in een minder snel dingen aan de orde stellen of vragen vergeten vanwege dat bewustzijn. Ze stellen het daarmee extra op prijs als er tijd wordt genomen voor hen. Overigens blijkt dat de POH vaker voldoende tijd heeft in een consult dan een huisarts of specialist.

Samengevat benoemen deelnemers de volgende elementen als maatgevend voor tevredenheid over het leefstijladvies:

- Duidelijke en begrijpelijke informatie
- Open dialoog
- Maatwerk; inbreng en situatie van patiënt wordt meegenomen en meegewogen
- Tijd nemen voor de patiënt
- Serieus nemen van de patiënt
- 'open deur beleid' -> gemak om nadien nog contact op te kunnen nemen bij vragen
- Wijzen op de risico's die je loopt

Open staan voor leefstijladvies mede afhankelijk van opstelling en opvolging zorgverlener

Deelnemers die zich serieus genomen voelen lijken meer open te staan om het leefstijladvies op te volgen. De houding en opstelling van de individuele zorgverlener is wezenlijk. Het blijkt dat zorgverleners hier verschillend mee om kunnen gaan. Zo horen we van iemand die 37 jaar geleden al te horen kreeg dat ze risico loopt op hart- en vaatziekten dat ze heel veel heeft gehad aan haar toenmalige huisarts, omdat hij uitgebreid haar leefstijl met haar heeft besproken en aangegeven welke risicoverhogende werking ervan uitging. Terwijl een ander minder tevreden is, omdat de zorgverlener alleen benadrukte dat de patiënt stress moest vermijden, terwijl hij als zzp'er de verantwoordelijkheid voor het huishoudinkomen heel zwaar voelde drukken.

“

Hij heeft duidelijk gemaakt: kijk in welke fase je van je leven bent. Het was een cardioloog die in Jip en Janneke taal vertelt hoe je jezelf kwetsbaar maakt. Hij zei: dit is er met u aan de hand en u moet het zo en zo zien. Ik ben toen ook naar een diëtist en ergonoom verwezen. (man, 66, zeer hoog risico na event)

De POH is een goede uitkomst. Want de huisarts heeft daar helemaal geen tijd voor. Ik heb altijd wel 20 minuten tot een half uur bij de POH. (vrouw, 71, laag/matig verhoogd risico)

Als je echt stof tot nadenken krijgt. Iedereen heeft een ander opleidingsniveau, dus de een heeft meer behoefte aan uitleg dan de ander, maar bij mij moet het wel zo zijn dat ik een schrik-effect krijg waarvan ik denk: ho, hier moet ik echt iets aan gaan doen, anders haal ik de 60 niet meer. Meer informatievoorziening. (vrouw, 56, laag/matig verhoogd risico)

Dat hij of zij zich inleeft in jouw situatie. Tot bepaalde hoogte, want helemaal niet altijd mogelijk. Als diegene beseft wat er bij jou speelt en je hoofd zit, dan helpt dat en neemt dat stress weg. En dat is ook de reden van een infarct. (man, 68, zeer hoog risico na event)

Ik zou het prettig vinden als ze benadrukken: dit of dat kun je het beste doen. Want ik ga ervan uit dat zij er ervaring mee hebben. (man, 62, zeer hoog risico na event)

Ja, het vrijwilligerswerk wat ik doe bij de ouderen is ook door haar, want ze wilde dat ik in beweging was. Dat is echt door haar gekomen. Dat is echt in samenspraak gegaan. Ze zei ook: ik ken je een beetje. Als je thuis bent, is het alleen maar zitten. Ik wil toch dat je in beweging bent. (man, 64, zeer hoog risico na event)

”

Samen beslissen: inbreng van patiënt aan de orde

Over het algemeen tevredenheid over wijze van beslissen over de te volgen behandeling

Deelnemers zijn vrijwel allemaal tevreden over de manier waarop de beslissing voor hun behandeling tot stand is gekomen. De meeste deelnemers voelen zich 'gezien' door hun zorgverlener (cardioloog/huisarts/POH). Ze hadden de mogelijkheid tot het stellen van vervolgvragen of het inbrengen van vraagpunten, werden daartoe zelfs nadrukkelijk uitgenodigd. Over het algemeen neemt de zorgverlener geen verplichtende houding aan. Wel geven zorgverleners het gebruik van medicatie – zeker na een event – min of meer als onontkoombaar aan om de risicoverhogende factoren te verminderen. Over het algemeen hebben deelnemers het gevoel dat ze op een bevredigende manier komen tot een beslissing. Het samen beslissen met inbreng van de patiënt en zorgverlener lijkt goed te gaan.

Wat ook blijkt is dat sommige deelnemers niet zo de behoefte hebben om samen te beslissen, maar liever de beslissing overlaten aan de zorgverlener vanuit de gedachte dat diegene de 'expert' is en ze vertrouwen hebben in hun zorgverlener; zij nemen een meer volgzaam houding aan.

Succesfactoren bij samen beslissen

Deelnemers geven aan dat de volgende elementen voor hen van belang zijn in het kader van 'samen beslissen' over de te volgen behandeling en vervolgstappen:

- Tweerichting verkeer in het gesprek
- Motivatie van adviezen geeft meer gevoel van eigen regie voor de patiënt
- Eigen inbreng van de patiënt mogelijk, ook al wijkt deze af van advies zorgverlener
- Oog hebben voor de situatie van patiënt en deze betrekken in besluitvorming
- Maatwerk
- Inlevingsvermogen van zorgverlener

Ontevredenheid ingegeven door onvoldoende eigen inbreng

In een enkel geval is wel sprake geweest van een verplichtende houding en weinig inleving in hun wensen en dan geven deelnemers aan dat het aan hen was om weerwoord te geven of een doorverwijzing te vragen/krijgen naar de huisarts na een gesprek met POH of naar een cardioloog na een gesprek met een huisarts. Dit betrof in beide gevallen het voorschrijven van medicatie aan mensen met een laag/matig verhoogd risico die dat niet wilden en veel moeite hebben moeten doen om gehoord te worden. Dit lijkt echter uitzondering op de regel te zijn.

“

Ja, het viel ons op dat het gesprek heel open was. Niet van: ja, ik ben dokter en wil dit en dat gaan we doen. Er werd de tijd voor je genomen, goed met je overlegd, goed naar je geluisterd. Ik vind het belangrijk dat er geluisterd wordt, overlegd wordt. En dat er wordt besproken: dit werkt niet voor jou. Ik heb bij haar nooit meegemaakt dat ze zei: ik wil toch dat je dit of dat gaat doen. (man, 64, zeer hoog risico na event)

Ik vond dat hij geen rekening hield met mij, want hij zei: je moet niet zeuren en gewoon gaan slikken. Ik wil dat hij ook naar mij luistert en rekening houdt met mijn wensen en als je dit niet wil slikken, wat zijn dan de alternatieven? (vrouw, 67, laag/matig verhoogd risico)

Ja, ook terugkijkend: hoe is het afgelopen half jaar geweest. Als er een aanpassing is, legt hij uit wat het effect zou kunnen zijn. En dan vraagt hij ook wat ik daar zelf van denk, ook tav mijn levensstijl. (man, 68, zeer hoog risico na event)

De praktijkondersteuner vond dat mijn waarden dusdanig hoog waren dat ik aan de medicatie moest. Ze had het idee dat ik morgen dood op de stoep zou liggen. Ze zei wel dat het nodig was, maar niet waarom. De waarden heb ik ook bekeken en thuis liggen, die zijn hoger dan twee jaar terug, maar de gemiddelde waarden zitten binnen de marge. Mijn vorige huisarts zei dat als je binnen die marges zit, dat je dan geen medicijnen hoeft te slikken. Die hebben bijwerkingen en dat zie je bij mijn broer en zus die daar heel misselijk op reageren. De praktijkondersteuner was het daar niet mee eens, dus het was een pittig gesprek. Ze had geen oog voor mijn standpunt. Hoe ik ermee omging vond ze heel onverantwoord. Uiteindelijk zei ze: dan gaan we naar de huisarts en kan hij zeggen hoe of waarom. Toen ging ik naar de huisarts en zei hij: je hebt op zich wel gelijk. Ik kan je niet dwingen om medicijnen te nemen. Jullie hebben beide gelijk, maar uiteindelijk beslis je natuurlijk zelf. (man, 60, laag/matig verhoogd risico)”

Communicatie over medicatie vaak uitgebreid, niet altijd concreet en volledig

Medicatie bij de onderscheiden groepen wisselend ingezet

Enkele deelnemers met een laag/matig verhoogd risico hebben verschillende keren een gesprek gehad over het al dan niet gebruiken van medicatie of afbouwen ervan. Ze gebruiken ook daadwerkelijk geen medicatie, maar hebben hun leefstijl aangepast of zijn daar mee bezig. Degenen met een zeer hoog risico na een event benadrukken meer de onontkoombaarheid van de medicatie vanwege bijvoorbeeld het hartinfarct of de dotterbehandeling die ze hebben doorgemaakt.

De medicatie wordt uitgebreid besproken

Als er met deelnemers wordt gesproken over medicatie, dan wordt vrijwel altijd door de zorgverlener toegelicht om welke medicatie het gaat, waarvoor het bedoeld is en wordt ook de reden voor medicatie besproken. Van bepaalde medicatie vertelt de zorgverlener ook dat het levenslang gebruik veronderstelt. En dat kan voor sommigen (laag/matig verhoogd risico) redenen zijn om dit zo lang als mogelijk uit te stellen. Men geeft de indruk dat er echt bij de medicatie wordt stilgestaan in het gesprek en dat dit niet slechts als mededeling wordt doorgegeven. Ook wordt een verandering van medicatie wel besproken op basis van veranderende waarden naar meer medicatie, een hogere dosering of juist minder medicatie.

Concrete gezondheidswinst van medicatie wisselend toegelicht

De concrete gezondheidswinst die het een patiënt oplevert om bepaalde medicatie te nemen, lijkt in de beleving van deelnemers wisselend te worden toegelicht. Sommigen vertellen dat hun zorgverlener dit expliciet duidelijk heeft gemaakt, anderen hebben het meer over dat het 'hun risico zou verminderen' of vertellen dat het daar niet over is gegaan in het gesprek. Kortom; de te verwachten gezondheidswinst wordt volgens de deelnemers niet altijd concreet gemaakt. Nogal wat deelnemers zien de medicatie overigens als een gegeven en vragen zelf ook niet expliciet wat de medicatie doet voor hen.

Bijwerkingen vaak besproken, maar niet altijd

Bijwerkingen van medicatie worden meestal ook besproken in het medicatievoorschrift, maar in de beleving van deelnemers door de ene zorgverlener uitgebreider dan door de ander. De ene zorgverlener vertelt mogelijke bijwerkingen en voegt daar de vraag aan toe om bij bepaalde bijwerkingen contact op te nemen, de andere zorgverlener brengt het bij elke controle ter sprake en weer een ander brengt dit niet echt naar voren in de beleving van enkele deelnemers. Dit is nog wel eens informatie die door deelnemers wordt gemist.

“

Ze heeft met me aan tafel gezeten en gezegd: dit middel is voor dit en dit middel is voor dat. Het was niet dat ik in één keer acht pillen kreeg, maar er werd echt uitgelegd wat waarvoor was. Ze zei ook: je ligt hier met acht mensen op een zaal. De privacy is er niet. Maar morgen kun je naar me toe komen en dan gaan we er samen over in gesprek. (man, 64, zeer hoog risico na event)

Ja, heeft hij (cardioloog) duidelijk uitgelegd. Een medicijn had ik al voor die tijd, die was cholesterolverlagend. Hij heeft plaatjes gebruikt, het hart laten zien en met een stift laten zien wat er gebeurt als er niks gebeurt en wat er gebeurt als je het wel slikt. (man, 66, zeer hoog risico na event)

Hij heeft wel verteld over bijwerkingen zoals hoofdpijn of oververmoeidheid. Hij zei: dat wil ik wel weten. Als u daar last van heeft, kunt u gelijk de assistente bellen. (man, 64, zeer hoog risico na event)

Op een gegeven moment kwam er uit zo'n bloedonderzoek dat ik een te hoog cholesterolgehalte had. Toen kwam ik bij een andere huisarts en wilde ik een zelfde soort gesprek. Maar die zei gelijk: laten we gelijk aan de medicijnen gaan, 10 jaar geleden was dit. Toen heb ik gezegd: ik wil ze liever niet, wat kan ik doen om mijn cholesterol te verlagen? Toen zei hij: je moet niet op internet lezen, het is een veel te groot risico, je moet gewoon die medicijnen gaan slikken. Dit was een heel vervelende ervaring. (vrouw, 67, laag/matig verhoogd risico)

Ja, ze zei: kijk, doe je dit niet, dan heb je meer kans om het opnieuw te krijgen. (man, 64, zeer hoog risico na event)

Nee, er wordt nooit gevraagd of er bijwerkingen zijn. Maar dat hoeft van mij ook niet, ik lees de bijsluiter. (man, 62, zeer hoog risico na event)

Er waren diapresentaties van iedereen over zijn eigen vakgebied. De cardioloog en de diëtist. En folders, wat je wel en niet zou moeten eten. En ook over de medicijnen, waarom ze bepaalde dingen geven. Ja, ook over bijwerkingen en als je daar last van had, dat je dan moest terugkomen. (man, 70, zeer hoog risico na event)”

Deels dezelfde eisen aan communicatie over medicatie als bij leefstijladvies

Succesfactoren tevredenheid medicatievoorschrift

Deelnemers is gevraagd aan te geven welke aspecten voor hen van belang zijn om een tevreden gevoel over te houden aan een medicatievoorschrift. In de zaken die ze hierbij naar voren brengen blijken grotendeels dezelfde aspecten te spelen als bij het leefstijladvies. Men wil graag het gevoel hebben een persoonlijke benadering te krijgen, maatwerk afgestemd op hun specifieke situatie. Waarin tijd wordt genomen voor uitleg en een goede toelichting hoort over (de noodzaak van) medicatie. Maar ook waar de inbreng van de patiënt serieus wordt genomen en meegewogen.

Samengevat:

- Goede informatie over de noodzaak van medicijnen
- Eigen opstellingen van patiënt ten aanzien van medicatie meenemen en er naar luisteren
- Pro-actief informatie geven over medicatie
- Tijd nemen voor uitleg (huisarts vaak gehaast)
- Persoonlijke benadering, maatwerk
- Niet alleen naar cijfers/waarden kijken, ook naar de mens
- Doorverwijzing POH naar huisarts soms goed voor verificatie/ bredere context

Alleen medicatie voorschrijven aan laag/matig verhoogd risico groep waarschijnlijk weinig voorkomend

In het kwantitatieve onderzoek bleek dat 15% van de ondervraagden met een laag/matig verhoogd risico op hart- en vaatziekten alleen een medicatievoorschrift kregen in het eerste adviesgesprek met een zorgverlener. Dit is in feite een onwenselijke situatie, omdat een leefstijladvies op zijn minst deel uit zou moeten maken van het advies. Op basis van de interviews met degenen die aan deze omschrijving voldeden moeten we echter stellen dat dit percentage waarschijnlijk te hoog is, mede ingegeven door een andere interpretatie van deelnemers van de vraagstelling (laatste adviesgesprek in gedachten genomen in plaats van het eerste adviesgesprek conform de vraagstelling of onterecht in de groep laag/matig verhoogd risico vanwege een doorgemaakt event). De drie deelnemers die alleen medicatie voorgeschreven zouden hebben gekregen bleken dat dus niet te hebben gekregen bij hun eerste adviesgesprek.

“

Ze moeten het hebben over de bijwerkingen van het medicijn en de mogelijkheden. De laatste keer heeft de POH aangeboden om een ander medicijn te gebruiken. Maar ik wil het eerst zelf (zonder medicatie) proberen. Ik vind het belangrijk dat ze mij ook serieus nemen en luisteren naar mijn leefstijl. Ik wil zelf ook meedenken. Ze zijn het daar niet altijd mee eens, maar ze luisteren wel naar me. (vrouw, 71, laag/matig verhoogd risico)

Wat het met je doet en waarvoor het is. Ook wel wat de bijwerkingen kunnen zijn eventueel, want je moet wel de goede met de slechte dingen vergelijken. Daar moet je dan een afweging in kunnen maken. Mij werd voorgelegd wat ze wilden voorschrijven en doen. En ook dat ik na een jaar eventueel kon stoppen met bepaalde medicatie en dat is ook gebeurd. (vrouw, 58, zeer hoog risico na event)

”

Verwijzing naar huisarts/POH na event positief ervaren

Overdracht specialist naar huisarts/POH gaat over het algemeen goed

Degenen die een event hebben gehad, hebben over het algemeen begrip voor de terugverwijzing naar de huisarts/POH na een jaar. Ze stellen dat de cardioloog minder tijd heeft en de POH meer tijd heeft voor controles.

Over het algemeen verloopt de terugverwijzing naar de huisarts/POH goed.

Overigens blijkt een aantal van hen ook onder behandeling te blijven van een cardioloog en zij ervaren de overdracht naar de huisarts/POH als een extra controle. Een enkele deelnemer is niet onder controle bij de huisarts/POH, maar komt twee keer per jaar bij de cardioloog.

De blijvende controle door de POH geeft de deelnemers een veilig gevoel, omdat ze zich in de gaten gehouden voelen.

Waar de ene deelnemer overigens telkens vragenlijsten invult voor een bezoek aan de POH in combinatie met bloedprikken voor het vaststellen van de waarden, blijkt een ander alleen bloed te hoeven laten prikken voorafgaand aan de afspraak; onduidelijk is waar dit door wordt ingegeven.

Doorgaans wordt advies van vorige zorgverlener gecontinueerd

Het advies van de eerdere zorgverlener wordt over het algemeen besproken en als er geen aanleiding is voor verandering wordt dit advies gehandhaafd. Bij elke controle wordt vervolgens gekeken of het medicatievoorschrift en/of leefstijladvies aanpassing nodig heeft of niet. Zo blijkt dat op basis van controles soms de medicatie wordt aangepast vanwege een verslechtering of verbetering van bepaalde waarden. En kan het zijn dat iemand alsnog een doorverwijzing naar een diëtist krijgt, omdat diegene moeite heeft zich aan een gezondere leefstijl te houden. En een paar deelnemers hebben een doorverwijzing gekregen naar een coach/psycholoog om beter om te kunnen gaan met stress in hun leven.

Enkele keer sprake van ontbrekende overdracht

Een deelnemer heeft een paar jaar na het event geen controle gehad bij de huisarts, de overdracht is destijds niet goed gegaan. Na een verhuizing en een nieuwe huisarts is ze weer in beeld gekomen voor regelmatige controle vanwege een oplettende houding van haar nieuwe huisarts. Sindsdien heeft ze een jaarlijkse controle. Ze had zelf niet het gevoel iets te missen totdat haar nieuwe huisarts wees op de wenselijkheid van een regelmatige controle.

“

Ja, alles was heel goed overgebracht van mijn ziekenhuis naar mijn huisarts. Vanuit mijn huisarts is alles naar de POH gegaan, hij heeft alles goed doorgegeven. We hebben gewoon aangehouden wat de specialist heeft gezegd, omdat het de laatste paar jaar gewoon goed gaat. (man, 64, zeer hoog risico na event)

Nee, op dat moment ging hij (red. huisarts) in mijn dossier kijken, pas toen ik er zat. Stond wel een beetje lullig. Maar de gegevens waren er wel. (man, 74, zeer hoog risico na event)

Ja, alles was netjes doorgestuurd. We gingen weer zitten over hoe het ging en of alles nog past. Alles was prima, dus ik kon de medicatie houden. En zo kijken we elke keer hoe het gaat. Ik heb in juni en december de afspraken. (vrouw, 58, zeer hoog risico na event)

De cardioloog zei: dan kan je weer terug naar de POH en één keer per jaar laten kijken naar de waarden. Ik had een huisarts die dossierkennis ontzettend belangrijk vond. Dus toen ik terugkwam vroeg ze waar ik last van had, maar ze was op de hoogte van wat er was. (man, 66, zeer hoog risico na event)

”

Verdere informatiebronnen en hulp redelijk bekend

Bekendheid leefstijlinterventies redelijk voorhanden

Enkele deelnemers zijn doorverwezen naar een andere hulpverlener in het kader van hun leefstijladvies; dit betreft dan vaak een diëtist, een fysiotherapeut en soms een psycholoog of coach. Laatstgenoemde worden ingezet om beter vorm te kunnen geven aan het leefstijladvies. Zeker de verlaging van stress is hierbij een belangrijke factor, waarbij mensen soms ondersteuning nodig hebben.

Als men verdere begeleiding nodig zou hebben bij het opvolgen van het beweeg- of voedingsadvies, zou men in eerste instantie denken aan een diëtist of fysiotherapeut en de weg er naartoe weten te vinden. Men zou een doorverwijzing vragen aan de POH of huisarts of gaan googelen op hulpverleners in de buurt. Bij enkele deelnemers is de eventuele behoefte aan doorverwijzing een vast agendapunt bij de POH. Een enkeling heeft zelf begeleiding gezocht en dat voorgelegd aan de POH.

Attendering op andere informatiebronnen wisselend

Deelnemers blijken in hun beleving soms actief te zijn geweest op andere informatiebronnen zoals thuisarts.nl of de patiëntenvereniging of een folder te hebben meegekregen van hun zorgverlener over een gezonde leefstijl. Maar men heeft dit lang niet altijd in herinnering. Dus het is de vraag of patiënten consequent worden gewezen op verdere informatiebronnen.

Men heeft het soms wel over andersoortige informatie die men heeft gekregen, bijvoorbeeld brochures over een gezonde leefstijl, een dagdeel in het ziekenhuis met lotgenoten waar informatie werd gegeven door artsen en verpleegkundigen. Een enkeling heeft geen behoefte aan aanvullende informatie, maar wil gewoon het advies van de huisarts volgen, omdat hij deze vertrouwt.

“

Ik heb zelf een diëtist gezocht en ga nu een traject in. Dat kwam uit een Facebookgroep. Ik lees veel over wat ik zelf kan doen. (vrouw, 71, laag/matig verhoogd risico)

Nee, ik heb daar absoluut geen behoefte aan. Ik volg de adviezen van mijn huisarts op en probeer gezonder te leven. Ik heb dat niet nodig. (man, 74, zeer hoog risico na event)

Ja, ik kan naar de huisarts en zij schrijven zo een doorverwijzing. En ik kan ook naar de bewegfysio. Dat doe ik al, dat betalen we zelf. (vrouw, 58, zeer hoog risico na event)

Dan zou ik sowieso naar mijn huisarts kunnen. Hij heeft wel voldoende kennis om mij door te sturen naar een diëtist. Ik ben daar zeven jaar geleden ook wel geweest. (man, 68, zeer hoog risico na event)

Ja, dus thuisarts.nl, hartrevalidatie, psycholoog. Maar op een bepaald moment weten ze ook hoe je bent. Toen zeiden ze: gesprekken met een psycholoog gooien we aan de kant, want dat gaat bij jou toch niet werken. (man, 64, zeer hoog risico na event)

”

Naleving leefstijl advies vrij goed, controle momenten ingebouwd

Leefstijladvies leidt tot aanpassingen in leefstijl

Iedereen heeft wel iets aangepast in de eigen leefstijl naar aanleiding van het leefstijladvies. De mate waarin wisselt en is afhankelijk van de leefstijl die men had voorafgaand aan het advies of de moeite die men ervaart bij de naleving ervan. Duidelijk is wel dat deelnemers gemotiveerd zijn om hun leefstijl te veranderen, omdat ze graag een eigen verantwoordelijkheid nemen voor hun gezondheid.

Vrijwel alle deelnemers hebben hun eetpatroon aangepast op basis van informatie die ze kregen over 'goede' en 'slechte' voedingsmiddelen. Sommigen van hen zijn flink afgevallen. Van de deelnemers die rookten is het merendeel hiermee gestopt. En meer bewegen en minder stress staan ook op het programma bij diverse deelnemers. Een en ander al naar gelang het accent van het advies. Enkele deelnemers hebben vooral een advies gekregen met betrekking tot stressreductie, anderen weer meer ten aanzien van hun voedings- en beweegpatroon of rookgedrag.

Tegelijkertijd blijkt dat men wisselend moeite heeft met het aanpassen van de leefstijl. Deels kan dat door externe factoren komen zoals een stressvolle baan die niet zo maar te veranderen is in een rustige baan vanwege inkomensonzekerheid. Deels heeft het met interne factoren, de eigen instelling, te maken. Want het is niet iedereen gegeven om de eigen leefstijl zo maar aan te passen. De hulp van een coach/psycholoog, diëtist of fysiotherapeut wordt dan soms ingezet, zeker door degenen met een zeer hoog risico na een event.

Controle-afspraken meestal jaarlijks of twee keer per jaar

Ongeveer de helft van de deelnemers heeft een jaarlijkse of halfjaarlijkse controle-afpraak bij de POH. Enkele deelnemers met een zeer hoog risico na een event komen bij hun behandelend specialist, eventueel in combinatie met controles bij de huisarts/POH. Men vindt het prettig om onder controle te staan; dit biedt enige zekerheid over hoe het met hen gaat en biedt ook de mogelijkheid om in gesprek te gaan over hoe de naleving van het leefstijladvies en medicatievoorschrift verloopt.

Een paar deelnemers met een laag/matig verhoogd risico hebben geen vaste controlemomenten. Ze hebben een afspraak op eigen initiatief en niet op initiatief van de huisarts/POH. Dit lijkt niet helemaal naar hun tevredenheid te zijn; ze zouden liever een vaste afspraak hebben zonder daarvoor zelf het initiatief te moeten nemen.

“

Soms gaat het makkelijk weken achter elkaar. Maar als ik te druk ben, dan is het wel eens lastig. Vorig weekend kwamen de kleinkinderen, die wilden poffertjes en dan vind ik het moeilijk om me aan mijn dieet te houden. (vrouw, 71, laag/matig verhoogd risico)

Ben er wel meer op gaan letten qua boter, soorten vlees, vaker vis. Niet veranderd in mijn beweegpatroon. Ik vind het niet zo moeilijk om aan te passen. Ik was eerst 76 kilo en ben toen op mijn calorieën gaan letten en nu wege ik 63 kilo. En sindsdien fiets ik ook weer. (vrouw, 72, zeer hoog risico na event)

Het vervelende is dat ik mijn cholesterol niet zelf kan testen. Ik heb nu weer een nieuwe huisarts en heb ook geen startgesprek gehad. Dat bloedonderzoek heb ik even aangevraagd en dat hebben ze gedaan, maar toen zeiden weer, alles is in orde. Het zou helpen als ik 1 keer in de drie maanden onder controle wordt gehouden. (vrouw, 67, laag/matig verhoogd risico)

Twee keer heeft mijn POH gezegd: we doen een check-up bij je, maar daarna niet meer (red. inmiddels twee jaar geleden). Ik vond het moeilijk dat ze je niet blijven begeleiden. 1 keer moest ik afzeggen, omdat mijn moeder was overleden en daarna is het niet meer opgepakt. Ook niet van mijn kant hoor, maar ze zijn er nooit op teruggekomen. (vrouw, 56, laag/matig verhoogd risico)

Ieder jaar heb ik een gesprek met de POH. En dan gaat het over hoe het met je gaat, of je tegen dingen aanloopt, of je hulp nodig hebt van een diëtist of hoe het psychologisch gaat. Dat is een gesprek van ruim een half uur. (man, 70, zeer hoog risico na event)

”

Opvolging medicatievoorschrift goed, behoefte aan meer monitoring en info over bijwerkingen

Men is over het algemeen therapietrouw

De meeste deelnemers hebben medicatie in verband met hun risico op hart- en vaatziekten; het aantal pillen kent veel variatie. Men gaat zorgvuldig om met medicatie qua inname en tijdstippen van inname en ondervindt daar meestal weinig moeite mee. Het is volgens hen een kwestie van inpassing in het dagelijkse ritme. Soms is er iets veranderd in het tijdstip op basis van ervaringen en overleg met de zorgverlener. Maar de medicatie lijkt als een gegeven te worden opgevat door degenen die dat hebben. Met wel de wens tot vermindering als het mogelijk is. Enkele deelnemers hebben meerdere ziekten waarvoor ze onder behandeling zijn en medicatie hebben; dat vraagt voor wat betreft de therapietrouw om goed overzicht.

Men heeft de indruk dat de medicatie als positief effect heeft dat hun waarden niet te hoog zijn. Dat concluderen ze uit de resultaten van de controles bij de POH of behandelend specialist. En dat daarmee het risico op (opnieuw) hart- en vaatziekten wordt verlaagd.

Men staat niet echt stil bij minder wenselijke effecten van medicatie. Degenen die geen medicatie hebben (laag/matig verhoogd risico) willen dat ook graag zo lang mogelijk zo houden en zetten in op het zo goed mogelijk volgen van het leefstijladvies.

Navragen gebruik en bijwerking medicatie meestal, maar niet altijd aan de orde

Desgevraagd blijkt dat in de jaarlijkse of halfjaarlijkse controle meestal wordt nagevraagd hoe het gebruik van medicatie gaat. En dat soms wordt besloten tot aanpassing van het medicatievoorschrift op basis van veranderende waarden of gebeurtenissen. Het navragen van bijwerkingen van medicatie tijdens deze controles lijkt echter niet altijd te gebeuren in de perceptie van sommige deelnemers. De een vindt dat prima, de ander mist dat.

Verbetermogelijkheden medicatie vooral op vlak van monitoren en gezamenlijk bekijken

Gevraagd naar wat er volgens de deelnemers verbeterd zou kunnen worden bij het naleven van het medicatievoorschrift blijkt dat ze het vooral fijn zouden vinden als er ruime aandacht is voor het gebruik, de effecten en de mogelijke bijwerkingen van de medicatie. En zeker degenen met behoorlijk wat medicatie hebben het over het vergemakkelijken van de inname door het 'baxteren' van de medicatie. Dit houdt in dat de medicijnen die op een bepaald moment van de dag moeten worden ingenomen bij elkaar zitten in een zakje en dat deze zakjes aan elkaar zitten op een rol.

“

Ja, ik heb 's ochtends en 's avonds medicatie en dat gaat al zeven jaar op de tijden waarop dat moet. (man, 68, zeer hoog risico na event)

Ik hou me niet aan de voorgeschreven medicatie. Dat heeft te maken met het feit dat ik zo min mogelijk medicijnen wil slikken vanwege bijwerkingen voor mijn lijf. En medicijnen zijn symptoombestrijding en ik wil het met leefstijl aanpakken. (vrouw, 71, laag/matig verhoogd risico)

Ze gaan ervan uit dat ik het inneem. Ze vraagt niet of ik braaf elke dag mijn pillen slik. En dat vind ik prima, want dat zou ik betuttelend vinden. (vrouw, 71, laag/matig verhoogd risico)

Nee, bijwerkingen zijn niet besproken. Maar ik ben ook niet iemand die de bijsluiter leest. Ik zat er ook niet op te wachten om te horen over 60 dingen die het met me zou doen, omdat ik dan zou gaan piekeren. Er is wel een pil veranderd op mijn advies, want ik begon mijn haar te verliezen. (man, 74, zeer hoog risico na event)

Ja, ik neem het nu regelmatig in dan eerst en dat merk ik. Die spiegel blijft gelijk en dat helpt mij. (vrouw, 58, zeer hoog risico na event)

Ja zeker, op vaste tijden. Stukje discipline. Je weet dat je het moet slikken en eigenlijk is het vergif, dus je moet er voorzichtig mee omgaan. Ze vraagt ook naar bijwerkingen en dat is goed. Want zij kan toch aangeven of dat erbij hoort of niet. Als je iets aangeeft wat er niet bij hoort, dan is er misschien iets anders aan de hand. (man, 70, zeer hoog risico na event)

*Ja, ze (POH) vraagt of ik nog dezelfde gebruik en hoe. Ze vraagt best veel. ”
En urine wordt ook onderzocht. Bijwerkingen? Ja, dat heeft ze wel gevraagd, dat vraagt ze iedere keer. (vrouw, 72, zeer hoog risico na event)*

Verbeteringen naleving leefstijladvies op diverse vlakken wenselijk

Verbetermogelijkheden in opvolging door zorgverlener: vaker praten over het leefstijladvies

Er is nagegaan bij deelnemers op welke manier de naleving van het leefstijladvies zou kunnen worden vergemakkelijkt. Een van de zaken die hierbij naar voren komt is het hebben van controle-afspraken op regelmatige basis. Dit veronderstelt een proactieve opstelling van de zorgverlener om deze in te plannen. Deze opvolg/controle afspraken leveren een stok achter de deur. Voorwaarde hierbij is dan wel dat er in het gesprek door de zorgverlener wordt nagevraagd of en hoe het leefstijladvies wordt opgevolgd, welke uitdagingen men er in tegenkomt. En dat de zorgverlener en patiënt samen kijken naar hoe de naleving kan worden verbeterd, welke aanpassingen mogelijk en inpasbaar zijn.

Confrontatie met 'echt' risico, spiegel voorhouden

Enkele deelnemers stellen dat de zorgverlener in de vervolg/controle afspraken de patiënten een spiegel mag voorhouden en hen wijzen op de risico's die ze lopen op hart- en vaatziekten en hoe ze daar zelf invloed op kunnen uitoefenen, meer dan tot nog toe gebeurt in hun optiek.

Eventueel inzetten van de sociale omgeving, werk en/of financiële steun

Onderzoekers hebben voorgelegd in hoeverre het betrekken van de sociale omgeving van patiënten behulpzaam en ondersteunend zou kunnen zijn bij de naleving van het leefstijladvies. De meeste deelnemers denken dat dit goed zou kunnen uitpakken. Want, zo stellen ze, eten is vaak een gezamenlijke bezigheid (als men een partner en/of kinderen heeft). En dan kan het goed zijn dat de sociale omgeving ook kennis heeft welk voedingspatroon wenselijk zou zijn en de sociale omgeving hierbij kan ondersteunen en er rekening mee kan houden. Een enkeling heeft bedenkingen hierbij, want het kan ook tot confrontaties leiden in de privésfeer of niet zo veel invloed van uitgaan. Diegene stelt dat in haar optiek 'vreemde ogen meer dwingen' dan de ogen van de eigen partner. Enkele deelnemers stellen dat het werk ook een positieve invloed kan hebben. Een paar deelnemers hebben een coach gekregen vanuit het werk, een ander heeft collega's die haar af en toe wijzen op een te hoge belasting. En informatie van lotgenoten kan een positieve uitwerking hebben.

Alom hebben deelnemers de indruk dat gezond eten niet veel meer hoeft te kosten en financiële ondersteuning hierbij in principe niet zo nodig zou zijn. Maar dat het met de huidige inflatie en voor mensen in moeilijke financiële omstandigheden wel een steuntje in de rug kan zijn. Financiële steun bij meer bewegen zou volgens meerdere deelnemers relevant kunnen zijn. Want een sportabonnement bij een sportschool of bewegen onder begeleiding van een fysiotherapeut kan de financiële mogelijkheden te boven gaan van mensen. Een paar deelnemers zien de noodzaak niet, want naar hun mening kun je ook wandelen als sport en dat kost geen geld.

“ *Geen probleem om leefstijl aan te passen: gewoon de knop omdraaien. Als je dan kan voorkomen dat je medicatie nodig hebt. En je wil geen hartfalen natuurlijk. (man, 60, laag/matig verhoogd hoog risico)*

Ja, eten doe je samen, dus goed om daar aandacht voor te hebben. Dat is vaak het probleem; in een groep wordt het individuele gedrag ook bepaald. (man, 66, zeer hoog risico na event)

Qua sociale omgeving: dat is altijd goed natuurlijk. Als zij ook zeggen: je hebt nu dit advies gekregen, wat ga je er aan doen? Hoe meer mensen weten dat je ermee bezig bent, hoe meer mensen je een spiegel kunnen voorhouden. (vrouw, 56, laag/matig verhoogd risico)

Een coach helpt mij wel heel erg, daar kan ik mee praten. En ik heb ook heel lieve collega's die op mij letten en me wegsturen als ze zien dat het niet gaat. (vrouw, 58, zeer hoog risico na event)

Een vervolgspraak, een reminder. Ik krijg dat ook van mijn tandarts elk half jaar. Dat er ook vanuit hun een initiatief komt. Ik heb ook een dokter die heel gehaast is, dus dan durf je ook niet echt iets te vragen. (vrouw, 56, laag/matig verhoogd risico)

Wat wel helpt bij de voorlichting is dat er ook lotgenoten zijn die informatie geven. Dat je het ook hoort van iemand die het heeft gehad en niet alleen van een arts. Dat je het uit de praktijk hoort. Er zou iets meer aandacht kunnen zijn voor groepen die dat soort dingen doen zoals de Hartstichting. En in het revalidatieprogramma die mensen uitnodigen. (man, 68, zeer hoog risico na event)

Persoonlijk zou ik wel willen vragen wat mijn verwachte levensduur is. Kan ik nog tien jaar vooruit of is het over vijf jaar einde verhaal? Als ze dat laatste zeggen ga ik dingen doen die ik nog wil doen en die voor mij financieel haalbaar zijn. (man, 62, zeer hoog risico na event)”

Meest geholpen: aanpassing leefstijl, goed contact met zorgverlener

Meest geholpen sinds verhoogd risico: eigen opstelling en opstelling zorgverlener

Aan het eind van het interview is deelnemers gevraagd wat hen het meest heeft geholpen sinds ze weten dat ze een verhoogd risico lopen op (opnieuw) het krijgen van hart- en vaatziekten. En dan blijkt dat men vindt dat de eigen acties hierin - die een aanpassing betreffen van hun leefstijl - hen het meest hebben geholpen. Daarmee hebben ze het gevoel daadwerkelijk bij te dragen aan hun gezondheid. En ook brengen een paar deelnemers in dat het helpt om een positieve instelling te hebben.

Daarnaast heeft voor sommige deelnemers de houding van de zorgverlener en het contact met de zorgverlener de belangrijkste invloed gehad; doordat ze een gesprek/meerdere gesprekken hebben gehad die op een open manier konden plaatsvinden. De zorgverleners kunnen de huisarts zijn geweest van 37 jaar geleden die een dringend beroep deed op aanpassing van de leefstijl. Maar het kan ook de coach zijn die heeft geholpen bij de vermindering van stress. Of de cardioloog/huisarts of POH die met hun houding de deelnemers op een prettige manier hebben begeleid.

Verbetermogelijkheden houden herhaling in van eerdere punten

Gevraagd naar wat er in het advies- en beslijstraject verbeterd kan worden, geeft een bevestiging van eerder geuite klachten. De verbeteringen op een rij:

- Persoonlijke benadering, maatwerk in adviezen
- Tijd nemen voor patiënten
- Proactief vervolgspraken plannen met patiënten
- Meer controlemomenten
- Zorgverlener moet doorvragen en patiënt moet zelf dingen aangeven
- Meer informatie geven over risico's en wat daar aan te doen
- In het ziekenhuis al meer en duidelijke informatie geven over oorzaak, gevolgen en wat er aan te doen valt of snellere controle-afspraak
- Minder prikkels in de buitenwereld; antirookbeleid versterken, minder prikkels met verleidingen in ongezond eten

“

Duidelijkheid en eerlijkheid: wat je moet gaan doen, hoe je het moet gaan oplossen. Maar het is altijd garantie tot aan de voordeur. Zijn er problemen, dan kan ik altijd bellen. (man, 64, zeer hoog risico na event)

Vooraf mijn eigen acties. Meer gaan bewegen en dat volhouden. Ik denk dat ik mijzelf het meest geholpen heb. Ik wil graag nog een lange tijd van mijn kleinkinderen genieten. (vrouw, 71, laag/matig verhoogd risico)

Absoluut mijn eerste huisarts die op dat moment ingreep (37 jaar geleden) en zei: je moet je leven veranderen. En toen ik met een burn-out thuis zat, toen zei hij: wat is nou belangrijk? Als jij straks in je graf ligt en mensen om je heen gaan weer naar huis en verder met hun leven. Twee heel belangrijke momenten: dat iemand zegt, is dit wel het leven dat je wil? (vrouw, 67, laag/matig verhoogd risico)

Het open erover kunnen praten met mijn zorgverleners. Ze hebben me heel goed geholpen en mijn vragen zijn ook goed besproken. (man, 70, zeer hoog risico na event)

Het is goed als je in een controlesysteem komt. Dat is er niet, moeilijk om voor elkaar te krijgen. Mensen om me heen zeggen dat ook: wat zou dat handig zijn. (vrouw, 67, laag/matig verhoogd risico)

Dus sowieso die vervolgspraken. Er zijn mensen die niet mondig genoeg zijn om er naar te vragen. Daardoor word je je ook bewuster van oké ik heb dat risico, dus ik moet er wat aan doen. (vrouw, 56, laag/matig verhoogd risico)

Misschien in de eerste opvang en de eerste dagen in het ziekenhuis. Dat er meer begeleiding is. Er was weinig tijd, maar ik denk dat er iets te halen is in informatie en begeleiding. Dat het de spanning er een beetje uithaalt. (vrouw, 58, zeer hoog risico na event)

”

Bijlage Gespreksleidraad



CHECKLIST INDIVIDUELE INTERVIEWS

Projecttitel	Verdiepende interviews voorlichting en communicatie bij CVRM	Methode	12 individuele interviews van 45 minuten met deelnemers van het kwantitatieve onderzoek
Datum	13 en 17 oktober 2022	Projectnummer	2022129
Locatie	nvt	Versie	01

Onderzoeksdoelstellingen:

Inzicht verkrijgen in de beleving van patiënten van communicatie en informatieverstrekking binnen een CVRM-traject; achterliggende redenen achterhalen voor tevredenheid/ontevredenheid over advies van de hoofdbehandelaar, samen beslissen over de behandeling, communicatie over leefstijladvies en communicatie over medicijnen en verbetermogelijkheden hierin.

Eveneens een verdiepend inzicht krijgen op bepaalde antwoorden uit het kwantitatieve onderzoek zoals bijvoorbeeld:

- voorschrijven van alleen medicatie aan groep met laag/matig risico, terwijl volgens CVRM een leefstijladvies meer op zijn plaats zou zijn, of op zijn minst de combinatie leefstijladvies en medicijnen.
- Lage eigen risico-inschatting bij groep hoog risico met event; op basis waarvan maakt men deze eigen (te lage inschatting)?
- Wel/niet bespreken van nadelen van medicijnen; heeft men dat gemist of niet, wat zou men willen weten?

Output onderzoek:

Rapportage over dit deelonderzoek in apart hoofdstuk

Deze checklist fungeert als een flexibele gespreksrichtlijn. De volgorde en de formulering van de te stellen vragen zijn afhankelijk van de respondenten en het verloop van de gesprekken.

Tijdens het meekijken bij dit onderzoek is het wettelijk niet toegestaan om eigen opnames, foto's of andere registraties van respondenten te maken.

00.00	5 min.	Introductie
-------	--------	--------------------

- Welkom
- Uitleg onderzoekssituatie en thema onderzoek: onlangs meegedaan aan onderzoek over het risico op (event: opnieuw) hart- en vaatziekten en hoe de informatieverstrekking over uw behandeling is verlopen met eventuele verbetermogelijkheden hierin. Daar willen we graag verder over doorpraten met u.
- Voorstelronde: naam, leeftijd, gezinssituatie, dagelijkse bezigheden
- Akkoord uitvragen op het maken van audio/video opnamen.

00.05	5 min.	Context respondent
-------	--------	---------------------------

- U heeft onlangs meegedaan aan onderzoek en aangegeven dat u een risico loopt op het (event: opnieuw) krijgen van hart- en vaatziekten en daarvoor contact heeft gehad met een zorgverlener.
- Hoe lang geleden is het dat een zorgverlener **voor het eerst** met u heeft gesproken over uw risico (event: om opnieuw hart- en vaatziekten te krijgen) op hart- en vaatziekten?
- En van wie heeft u dat destijds te horen gekregen?
- Hoe was dat voor u om te horen dat u een risico hierop heeft?
- In de vragenlijst heeft u aangegeven dat u zelf uw risico op (event: opnieuw) hart- en vaatziekten (INT.: noem zelfinschatting risico) inschat; wat zorgt ervoor dat u dat zo inschat? Waar heeft dat mee te maken?
- Gebruikt u nu medicatie om risicofactoren op (event: opnieuw) hart- en vaatziekten te verkleinen?

- Graag wil ik het vanaf nu met u hebben over de zorgverlener die u voor het eerst vertelde dat u verhoogd risico heeft op (event: opnieuw) hart- en vaatziekten.
- Heeft uw zorgverlener u toen ook verteld/uitgelegd waardoor u het risico heeft?
- U heeft aangegeven dat uw zorgverlener u toen (INT: noem antwoord) advies gaf om risicofactoren op (event: opnieuw) hart- en vaatziekten te verkleinen.

INT.: ga na per soort advies, leefstijl en/of medicatie

Tevredenheid over gegeven leefstijlinformatie en advies

- Hoe duidelijk vond u de informatie over advies? Waar zat 'm dat in?
- En hoe volledig vond u de informatie over ... advies?
- Heeft de zorgverlener gewezen op andere informatiebronnen zoals de patiëntenvereniging en Thuisarts.nl?
- Wanneer bent u tevreden over de informatie in een gesprek, wat is hierbij van belang?
- En voldeed dat gesprek hieraan?
- Heeft de zorgverlener toen ook andere mogelijkheden voor behandeling genoemd?
- Hoe kijkt u daar op terug: had u dat fijn gevonden of maakt u dat niet uit? Waardoor komt dat?
- Hoe makkelijk of moeilijk was het om nog vervolgvragen te stellen over de informatie die u kreeg? Waardoor kwam dat? Wat zou er eventueel beter hebben gekund?
- In hoeverre heeft u toen nog informatie gemist? Welke informatie miste u?

Tevredenheid over medicatie advies

- Indien event/medicatieadvies of alleen medicatieadvies: Heeft u toen ook medicijnen voorgeschreven gekregen in dat gesprek? Wat is er toen besproken over de medicijnen?
- Heeft uw zorgverlener uitgelegd waarom hij/zij u medicijnen adviseerde?
INT: check op:
 - wat het medicijn doet met uw risico op hartziekten: hoe concreet is dit gedaan? en werd het afgestemd op uw situatie? (INT>: gebruik evt. voorbeeld: op basis van statistieken zorgt dit medicijn ervoor dat gemiddeld 2 jaar langer zult leven, dan wanneer u dit medicijn niet zou nemen
 - de nadelen van het medicijn, zoals bijwerkingen, langdurig gebruik
 - vergelijking werking medicijnen met andere behandelingen
- Hoe duidelijk vond u de informatie over advies? Waar zat 'm dat in?
- Heeft de zorgverlener u gewezen op andere informatiebronnen zoals de patiëntenvereniging en Thuisarts.nl?
- Wanneer bent u tevreden over de informatie in een gesprek, wat is hierbij van belang?
- En voldeed dat gesprek hieraan?
- Heeft de zorgverlener toen ook andere mogelijkheden voor behandeling genoemd?
- Hoe kijkt u daar op terug: had u dat fijn gevonden of maakt u dat niet uit? Waardoor komt dat?
- Hoe makkelijk of moeilijk was het om nog vervolgvragen te stellen over de informatie die u kreeg? Waardoor kwam dat? Wat zou er eventueel beter hebben gekund?
- In hoeverre heeft u toen nog informatie gemist? Welke informatie miste u?
- INT.: indien laag/matig risico en alleen medicatieadvies Wat is volgens u de reden geweest dat uw zorgverlener u alleen medicijnen heeft geadviseerd?
- Indien event zonder medicatie: U gaf net aan dat u geen medicijnen gebruikt om risicofactoren op opnieuw hart- en vaatziekten te verkleinen; hoe is dat zo gekomen, waarom gebruikt u geen medicijnen?

Tevredenheid over samen beslissen

- Hoe is de beslissing genomen over wat u kreeg of zou gaan doen genomen? In hoeverre had u daar inspraak in? Waar blijkt dat uit?
- Heeft de zorgverlener gevraagd welke aanpassingen voor u haalbaar zijn of wat zou passen in uw dagelijks leven?
- Wat had u eventueel anders gewild?

Indien event: beleving verwijzing naar de huisarts/POH na event

- Sinds wanneer bent u niet meer onder controle van de specialist en voor begeleiding verwezen naar uw huisarts? En hoe heeft u dat ervaren?
- Weet u ook waarom u naar de huisarts bent verwezen?
- Was de huisarts/POH goed op de hoogte van uw situatie of moest u alles opnieuw vertellen?
- Is er toen opnieuw gesproken over een advies of bent u doorgegaan met het advies van de vorige zorgverlener/behandelend specialist?

Bekendheid leefstijlinterventies

- In hoeverre wist u destijds (dus bij dat eerste advies over verlaging risico op hart- en vaatziekten) op welke manier u iets kon doen met het leefstijladvies, dus bijv. beweegadvies of voedingsadvies?
- Bent u doorverwezen naar andere hulpverleners die u hierbij konden helpen? Welke?
- Zou u weten bij welke hulpverleners/hulpverlening u dan terecht kunt? Welke dan?

Naleving leefstijladvies

- In hoeverre bent u naar aanleiding van het leefstijladvies (dus meer bewegen, stoppen met roken/gezonder eten) iets gaan veranderen in uw leefstijl?
- Wat bent u gaan veranderen/heeft u veranderd?
- Hoe moeilijk of makkelijk vindt u het om uw leefstijl aan te passen? Waardoor komt dat?
- In hoeverre komt u met enige regelmaat bij uw zorgverlener terug voor controles?
- Wat zou de zorgverlener kunnen doen om het voor mensen zoals u makkelijker te maken het leefstijladvies op te volgen/vol te houden/nog beter na te leven? (INT.: denk aan vervolgafspraken, er naar vragen, samen bekijken welke aanpassingen mogelijk zijn)
- En wat zou verder nog kunnen helpen voor mensen zoals u om dat leefstijladvies beter of makkelijker op te volgen? INT.: breng evt. paar mogelijkheden in:
 - sociale omgeving erbij betrekken, partners/kinderen
 - ondersteuning krijgen in kosten sporten/gezonder eten
 - rekening houden met omstandigheden patiënt, zoals
 - hoog risico met event: in hoeverre wilt u zelf (vaker) uw bloeddruk of cholesterol meten om het effect van de leefstijlaanpassing te kunnen zien? Of wilt u liever dat de zorgverlener dat doet?}

Naleving medicijnadvies

- In hoeverre gebruikt u uw medicijnen (evt. voor het verlagen op ... etc in geval iemand meerdere aandoeningen heeft) altijd precies zoals voorgeschreven? Waarom wel/niet? Welke effecten merkt u van de medicijnen?
- Vraagt de zorgverlener bij controles wel eens naar hoe uw medicijnen gebruikt en of u last heeft van bijwerkingen? Wat vindt u daarvan?
- Wat zou de zorgverlener kunnen doen om het voor mensen zoals u makkelijker te maken het medicatieadvies op te volgen/vol te houden/nog beter na te leven? (INT.: denk aan vervolgafspraken, er naar vragen, bijwerkingen navragen, samen bekijken welke aanpassingen mogelijk zijn)

- Als u terugkijkt, wat heeft u tot nog toe het meest geholpen sinds u weet dat u een risico loopt op (event:opnieuw) krijgen van hart- en vaatziekten?
- Wat ziet u als belangrijkste verbetermogelijkheden in het hele advies en beslistraject over de behandeling bij risico op hart- en vaatziekten? Wat zou er als eerste moeten veranderen? En daarna?
- En wat maakt het lastig om het informatie- en beslistraject over de behandeling te verbeteren?
- Vragen/opmerkingen respondenten/ opdrachtgever
- Incentives uitreiken en bedanken