

DE CHECKSTANDAARD

Enmalige uitgave ter gelegenheid van de Invitational Conference 'Professionele opsporing verzocht'

KWALITEIT STAAT VOOROP

De Checkstandaard moet er gewoon komen. Daarover zijn de Nederlandse Hartstichting, het Diabetes Fonds en Nierstichting Nederland het allang eens. Interview met Marianne van Oosterhout-Harmsen (*lees verder op pag 3*).

LAGE DREPELS A.U.B.!

Keuzevrijheid, toegankelijkheid en eigen verantwoordelijkheid. Daar draait het om voor de consument in de gezondheidszorg en dus ook wat de gezondheidscheck betreft. Aldus Hans van Laarhoven in Bilthoven vandaag (*lees verder op pag 4*).

WIE MAG DE GEZONDHEIDSCHECK AFNEMEN?

Professionele zorgverleners zijn niet perse nodig bij het invullen van een vragenlijst, maar wel zodra metingen verricht worden. Dit vonden deelnemers aan de workshop 'competenties aanbieders' (*lees verder op pag 6*).

PROFESSIONELE OPSPORING VERZOCHT

BILTHOVEN 30 juni - Vandaag kwamen in Bilthoven bijna 90 professionals uit de gezondheidszorg, consumentenorganisaties, financiers, overheidsinstanties en kwaliteitsinstituten bijeen om samen te discussiëren over de Checkstandaard als instrument voor kwaliteitsbevordering en organisatie van vroegtijdige opsporing van diabetes, hart- en vaatziekten en nierziekten.

Dat burgers zitten te springen om professioneel georganiseerde gezondheidschecks, blijkt uit onderzoek van onderzoeksbureau ResCon. Zij deden in opdracht van drie gezondheidsfondsen (Nederlandse Hartstichting, Diabetes Fonds en Nierstichting Nederland) onderzoek bij consumenten naar de kennis, houding en gedrag ten aanzien van vroeger opsporing, gezondheidscheck(s), risicofactoren en leefstijl rondom de drie ziekten.

Hulp bij leefstijl verandering nodig

Het onderzoek is uitgevoerd onder 45 tot 74-jarigen. Het merendeel van deze mensen denkt niet zonder hulp zijn of haar leefstijl daadwerkelijk te kunnen verbeteren. Ze vinden hart- en vaatziekten, diabetes en nierziekten



Checkstandaard: droom of nachtmerrie?

zeer ernstige aandoeningen en weten vaak wat hiervan de voornaamste risicofactoren zijn. Men is ook bereid om risicofactoren voor deze ziekten aan te pakken, als dat na een check noodzakelijk blijkt. Maar op eigen kracht de leefstijl veranderen en een hoog cholesterolgehalte, overgewicht en hoge bloeddruk terugdringen, lukt meestal niet. Een verontrustende constatering vinden de gezondheidsfondsen, verenigd in het programma LekkerLangLeven. Ziekten voorkomen vraagt duidelijk om méér dan kennis alleen.

Gezondheidswinst te behalen

Gezondheidstests kunnen preventief worden ingezet voor vroeger opsporing: uit dit onderzoek blijkt dat 68% van de bevolking waarschijnlijk of zeker zo'n test zou doen; ongeveer 10% zegt er geen behoefte aan te hebben. Ongeveer tweederde van de mensen heeft weleens een gezondheidstest gedaan. Belangrijke voorwaarden voor mensen om mee te doen aan een test blijken een professionele aanpak en vergoeding van eventuele kosten. Vooral wanneer men wordt opgeroepen door de huisarts en eventuele kosten in het verzekeringspakket zitten, wil men graag deelnemen. De praktische uitvoerbaarheid van de adviezen en de betrouwbaarheid van de afzender van de testuitslag, bepalen of mensen de stap naar een gezondere leefstijl willen zetten. Er is dus gezondheidswinst te halen wanneer de reguliere zorg de (financiële) middelen krijgt om een betrouwbaar checkaanbod te kunnen doen en wanneer de nazorg en begeleiding van mensen die hun leefstijl om gezondheidsredenen moeten aanpassen, goed worden georganiseerd. Een Checkstandaard is een prima instrument om dat te bevorderen.

LekkerLangLeven



Weersverwachting



Door pittige discussies is de atmosfeer in Bilthoven vandaag ietwat broeierig. De verwachte wervelstorm bleef uit en de verwachting is dat het volledig gaat opklaren en dat alle neuzen zich uiteindelijk in dezelfde richting zullen keren.

Wat is de Checkstandaard?

De Checkstandaard helpt de kwaliteit van checks naar het cardiometabool risico te verbeteren. Het gaat om zowel zorginhoudelijke, organisatorische als procesmatige aspecten. In feite wordt de Checkstandaard eenzelfde type instrument als de Zorgstandaarden Vasculair Risicomanagement en Diabetes. Kenmerkend daarbij is dat het perspectief van cliënten/consumenten een volwaardige plek krijgt naast dat van de professionals. Hoe de Checkstandaard zich verhoudt tot het PreventieConsult en de Zorgstandaarden ziet u op blz 7.

CENTRALE VRAGEN OP 30 JUNI IN BILTHOVEN

- Hoe maak je voor de consument helder wat een goede gezondheidscheck is?
- Welke kennis en ervaring helpt een zorgverlener om een gezondheidscheck goed te kunnen aanbieden en uitvoeren?
- Wat hebben zij in huis en geregeld om mensen goed te (laten) begeleiden in het vervolgtraject?
- Wat is de rol van de consument?
- Hoe kan de consument zo goed mogelijk ondersteund worden in zijn/haar keuze voor een gezondheidscheck en bij het aanpakken van de leefstijl?
- Hoe krijgen alle betrokken zorgverleners de juiste (en afgestemde) informatie?
- Hoe reist de informatie op een veilige manier mee met de consument die de check-keten doorloopt?

CHECKSTANDAARD, DAT IS DROMEN VAN...

- gezondheidschecks verankerd in de volle breedte van de reguliere zorg
- het in zeer vroeg stadium ontdekken diabetes, hart- en vaatziekten en nierziekten
- een aan de uitslag gekoppelde tailor-made vervolgroute voor interventies
- kwaliteitsverbetering van gezondheidschecks buiten de reguliere zorg
- een overbodig geworden Checkstandaard omdat iedereen gezond leeft
- een Nederland dat gezonder is dan ooit!

PLEIDOOI VOOR VINGERPRIK

BILTHOVEN 30 juni - Een tolk en een leesloep zijn niet de eerste dingen waaraan je denkt bij het uitvoeren van een gezondheidscheck. Toch vinden deelnemers aan een van de workshops dat dit eisen moeten zijn aan de setting van een check volgens de Checkstandaard

Een vragenlijst in de eigen taal is niet altijd voldoende; soms is er behoefte aan een mondelinge toelichting. En de loep is handig voor wie zijn leesbril vergeten is. Privacy en richtlijnen voor de kwaliteit van apparatuur als bloeddrukmeters en weegschalen zijn ook belangrijk. Wat invasieve metingen van cholesterol en glucose betreft

hebben de deelnemers in deze workshop een duidelijke voorkeur voor een vingerprik boven veneus bloedprikken. Een groot nadeel van bloedonderzoek is dat de uitslag niet meteen bekend is. En je hebt waardes nodig om mensen te motiveren. Bovendien gaat het niet om diagnosticeren, maar om screenen voor preventie. Als uit een vingerprik verhoogde waardes blijken, wordt iemand altijd doorgestuurd naar de huisarts voor uitgebreider bloedonderzoek. Er werd zelfs geopperd om bij mensen met een verhoogde bloeddruk tijdens de check al meteen eiwit te bepalen in urine.



VOORKOMEN DAT GEGEVENS GAAN DWALEN

BILTHOVEN 30 juni - Een gezondheidscheck levert een scala aan gegevens op. Waar gaat die informatie heen? Als die gegevens standaard naar de huisarts worden doorgestuurd, ziet menig bedrijfsarts grote drempels voor mensen om de check te doen.

Aan de andere kant is het ook niet efficiënt als een huisarts bloedtesten nog eens dunnetjes moet overdoen omdat de gegevens niet beschikbaar worden

gesteld. In ieder geval is het belangrijk dat de privacy van de deelnemer gewaarborgd is, zo vinden deelnemers aan de workshop 'informatiesystemen'. Voor onderzoeksdoeleinden zou een geanonimiseerd databestand beschikbaar kunnen komen. Daarmee is ideaal te monitoren hoe Nederland ervoor staat; perfecte input voor bijvoorbeeld de Volksgezondheid Toekomstverkenning van het RIVM.



KWALITEIT STAAT VOOROP

De Checkstandaard moet er gewoon komen. Daarover zijn de Nederlandse Hartstichting het Diabetes Fonds en Nierstichting Nederland het allang eens. Ook het ministerie van VWS zit op deze lijn, zoals Eric Koster van VWS liet weten in het filmpje in de presentatie van Marianne van Oosterhout-Harmsen. Nu nog een kwestie van andere partijen zo ver krijgen

‘De tijd is rijp voor een Checkstandaard. Alleen al vanuit de consumentenkant geredeneerd,’ vertelt de gedreven Projectmanager Checkstandaard Nederlandse Hartstichting, Marianne van Oosterhout-Harmsen. ‘Kijk maar naar de enorme opkomst bij de cholesteroltest die wij als Hartstichting gedaan hebben. Rijen dik stond men voor de supermarkt. En ongeveer 1 miljoen mensen hebben de Niercheck aangevraagd via de Nierstichting enkele jaren geleden. Mensen willen gewoon graag zo’n test doen. Maar wel vooral om te horen dat ze door kunnen gaan zoals ze gewend zijn. Daarmee kom je ook meteen op de zwakte van dit soort tests. Want wat gebeurt er met de uitkomst? Je spoort zo misschien wel mensen met een verhoogd risico op, maar doen ze er ook iets mee? En ik realiseer me dat wij daar ook te weinig op hebben geanticipeerd. Terecht is daarop veel commentaar gekomen vanuit de reguliere gezondheidszorg. Dat moet dus anders. Een Checkstandaard dus.’

Wat is het doel van de Checkstandaard?
‘Er moet een kwalitatief goed checkaanbod komen waarmee het risico op hart- en vaatziekten, nierziekten en diabetes vroeg opgespoord kan worden. De standaard beschrijft hoe zo’n check het beste opgezet en uitgevoerd kan worden. We hopen als fondsen dat het veld de standaard gaat gebruiken om de

kwaliteit van hun checkaanbod verder te verbeteren. Een standaard maakt het bovendien duidelijk voor de consument: “Als ik hier mijn gezondheid laat checken dan weet ik dat het goed zit. Dat ik een goed advies krijg en dat de gegevens die beschikbaar komen ook in de juiste handen terecht komen.’

Moet er nog veel gedaan worden voor het zover is?

‘Ja, dat blijkt wel uit zo’n dag als vandaag. Nog niet iedereen is even overtuigd van het nut van een Checkstandaard, er bestaat nog de nodige reserve. Ik merk dat de deelnemers wel heel constructief meedenken over de invulling van de Checkstandaard, maar dat nog niet iedereen staat te juichen. Er zijn ook nog onduidelijkheden en er worden nog volop discussies gevoerd. Dat is logisch want we spreken hier over een geheel nieuw instrument. Er moet bijvoorbeeld nog heel goed nagedacht worden over hoe we omgaan met de gegevens uit een gezondheidscheck, hoe reizen ze met de consument mee, wie krijgt toegang tot de gegevens en hoe voorkom je dat er misbruik van wordt gemaakt? We hopen ook dat de pilots die nu lopen met het Preventieconsult bij de huisartsen ons handvaten gaan bieden voor de verdere ontwikkeling en implementatie. Want, zoals hoogleraar huisartsgeneeskunde Pim Assendelft vandaag al aangaf, je bent er niet met een check alleen. Je moet mensen ook motiveren deel te nemen, motiveren tot leefstijlveranderingen en je moet er ook voor zorgen dat het traject na de check in orde is. Denk aan voldoende lokaal aanbod van beweegprogramma’s, stoppen met roken cursussen en advisering over gezond eten. Kortom, vandaag hebben we een belangrijke stap gezet, maar we zijn er nog lang niet.’

Checkstandaard Go For It!

Waar burgers preventie serieus blijven nemen
Alles één op één bekostigd door de zorgverzekeraar
Waar we de volksgezondheid steeds weer optimaliseren
Gaan we lekker lang leven dankzij de checkstandaard

De neuzen recht naar voren
Eén doel, één taal, één instrument
Aan de einder begint te gloren
Een gezonde toekomst, zonder ziekte, zonder doktoren, zonder patiënt

Hand in hand en schouder aan schouder
Fier rechtop en samen sterk
Denk aan ieder mens; men wordt steeds ouder
Dat betekent nieuwe klachten, nieuwe ziektebeelden, nieuwe checks, nieuwe standaarden en dus steeds weer werk

Uw daden zal men straks roemen
U wordt vereerd in films en romans
Straten, pleinen men zal ze naar u vernoemen
‘Lekker Lang Leven’ de musical tot 2020 in Carré in Amsterdam

Tekst: Joop Vos



LekkerLangLeven



LEKKERLANGLEVEN

Het programma LekkerLangLeven is gericht op de preventie van diabetes, hart- en vaatziekten en chronische nierziekten. Het programma richt zich op bewustwording en stimulering van goede vroegtijdige opsporing van cardiometabole risicofactoren in de reguliere zorg. Naast het ontwikkelen van een Checkstandaard wordt geïnvesteerd in onderzoek naar effectieve vormen van risicocommunicatie en leefstijl- en omgevingsinterventies..

HUISARTS WIL BORGING KWALITEIT

BILTHOVEN 30 juni - In diverse huisartsenpraktijken vindt op dit moment een pilot plaats met het Preventieconsult. Dit biedt mensen uit hoogrisicogroepen een goed onderbouwd alternatief voor zelftests en gezondheidschecks. De ervaringen met de pilot kunnen van grote waarde zijn voor de verdere ontwikkeling van de Checkstandaard.

‘In principe zit de huisarts niet te wachten op het afvinken van een lijst met 30 vragen als er in diezelfde tijd ook een persoonlijk gesprek met de patiënt kan plaatsvinden.’ Dat stelt Prof. Pim Assendelft, hoogleraar huisartsgeneeskunde Leids Universitair Medisch Centrum. ‘De vraag is ook: wat vinden patiënten belangrijker? Met de NHG standaard preventieconsult waarmee we nu pilots draaien bieden we de huisartsenpraktijk al een goed instrument voor de voegtijdige opsporing van diabetes, hart- en vaatziekten en chronische nierziekten. De vraag is of we nog een stap verder moeten gaan. Moeten we de check wel uit handen geven? Maar daar staat tegenover dat vroege opsporing heel belangrijk is. Iedereen die je vroeg kunt vangen is er een. In dat opzicht is een soort richtlijn wel goed. Vanuit huisartsenstandpunt moeten er in de Checkstandaard wel



een aantal zaken geborgd worden. Hoe is de verwijzing geregeld, hoe check je of iemand al ergens onder behandeling

is, en hoe zorg je voor een snelle informatieoverdracht aan de huisarts?’

LAGE DREMPELS A.U.B.!

Keuzevrijheid, toegankelijkheid en eigen verantwoordelijkheid. Daar draait het om voor de consument in de gezondheidszorg en dus ook wat de gezondheidscheck betreft. Dat liet Hans van Laarhoven van de overkoepelende patiëntenvereniging De Hart & Vaatgroep de aanwezigen in Bilthoven vandaag weten.

‘De Checkstandaard tilt preventie op een hoger plan’, zegt Van Laarhoven die blij is dat er nu überhaupt gesproken wordt over een Checkstandaard. ‘Vroege opsporing is van belang. Maar daarvoor moet een gezondheidscheck wel toegankelijk zijn. Voor veel mensen is het maken van een afspraak met bijvoorbeeld een huisarts of andere zorgverlener al een drempel. Als gezondheidschecks breder beschikbaar zijn, en je weet als

consument dat het wel goed zit met de kwaliteit van de check, kan je zoiets veel eerder ondernemen.’ Van Laarhoven vindt het nodig dat de consument goed op de hoogte wordt gesteld van de voor- en nadelen van zo’n check. De uitkomsten zijn immers niet altijd vrijblijvend. Mensen moeten daar ook mee om kunnen gaan. ‘Idealiter kunnen mensen zelf de afweging maken een gezondheidscheck te doen, krijgen ze begeleiding bij de interpretatie, weten ze waar ze verdere ondersteuning kunnen krijgen en als ze die ondersteuning dan ook willen, moet die ook beschikbaar zijn.’

KARTREKKER GEZOCHT

BILTHOVEN 30 juni - Hoe gaan mensen benaderd worden om de gezondheidscheck te doen, hoe krijg je de juiste mensen te pakken en hoe organiseer je de acties die voorvloeien uit deze

check? Deze vragen stonden centraal in de workshop ‘organisatie en afstemming’.

De aanwezigen waren het er over eens dat er nog een grote witte vlek bestaat wie nu de eigenlijke verantwoordelijke is. Wie gaat het echt organiseren? Moet dit via de huisartsenpraktijken gaan of ligt hier een taak voor de gemeenten? Ga je echt iedereen oproepen voor een check, of ga je gericht kijken welke groepen mensen je wilt benaderen? De praktijk leert dat bij algemene oproepen juist de mensen die het het hardste nodig hebben niet reageren. En, zo werd er opgemerkt, er is vaak een oververtegenwoordiging van gezonde vrouwen van middelbare leeftijd. In de groep kwam ook naar voren dat het breed checken zeker medicalisering in de hand kan werken. En de follow-up is lastig te organiseren. De huisarts kan hierin zeker een spil zijn maar samenwerking met andere disciplines is noodzakelijk.

LANGDURIGE COACHING GEWENST



BILTHOVEN 30 juni - Een willekeurige Nederlander overhalen een vragenlijst in te vullen waarin de gezondheid gecheckt wordt. Dat kan volgens de deelnemers alleen als er aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. En vervolgens is het de vraag welke ondersteuning een cliënt nodig heeft om daadwerkelijk een leefstijladvies te kunnen opvolgen?

Bij een vragenlijst is het belangrijk dat de afzender betrouwbaar is en dat de inhoud evidence based is. Goed leesbaar, goed te begrijpen en het liefst anoniem zijn andere eisen die de deelnemers stellen aan een vragenlijst. Ook wil men een niet te lange lijst met vragen, moet het duidelijk zijn hoeveel tijd het invullen kost en heeft men de vraagstelling en informatie graag neutraal. Volgens een aantal deelnemers zijn multimediale campagnes nodig om mensen te triggeren de lijst in te gaan vullen. Anderen noemen attentie via huisartsen, apotheken en thuiszorg. Na het invullen van de vragenlijst moet ook het vervolgtraject voor de invuller duidelijk zijn, waarbij goede risicocommunicatie gewenst is. Bij lage risico's is laagdrempelige informatie nodig, bijvoorbeeld via internet of

gezondheidscentra. Belangrijk is in ieder geval dat de follow-up aansluit bij het risicoprofiel en de motivatie van de invuller. Huisartsen kunnen hierin een rol gaan spelen, bijvoorbeeld door persoonlijke brieven en mails te sturen om mensen te motiveren de vervolgstap te laten maken.

Iedereen was het erover eens dat duidelijk moet zijn wat de hulpvraag van de cliënt is en wat de cliënt verwacht van de interventies. Technieken als motivational interviewing kunnen hiervoor worden ingezet. De aanwezigen zagen een grote rol weggelegd voor een coach die mensen begeleidt in de leefstijlveranderingen, zowel op gebied van stoppen met roken, beweging als voeding. Daarbij is hoge frequentie van contacten nodig en ook langdurige begeleiding. Uit onderzoek blijkt namelijk dat vaak een jaar of langer nodig is om echt leefstijlveranderingen te bewerkstelligen. De financiering hiervan is dus nog wel een punt. Vanuit het oogpunt van commitment, gingen er ook stemmen op om cliënten waar mogelijk zelf een financiële bijdrage te laten doen in de leefstijlprogramma's.

DE CHECK VAN DE CHECK

BILTHOVEN 30 juni - Om te kunnen beoordelen of een gezondheidscheck van een goede kwaliteit is, zijn kwaliteitsnormen nodig waaraan men toetst. In de workshop 'kwaliteitsindicatoren' werd hierover gebrainstormd.

Bij het opstellen van kwaliteitsdoelen voor de Checkstandaard moet je misschien niet alleen 'overall' doelen stellen maar ook doelen per fase; voorafgaand aan de check, de check zelf en ook de follow-up moeten aan bepaalde eisen voldoen.

Wat de gezondheidstest zelf betreft, vonden de deelnemers dat deze voldoende onderscheidend moet zijn en dat de gebruikte meetapparatuur (weegschalen, cholesterolmeters, etc.) goed geijkt moeten zijn. Ook de professional die oproept tot de check, die uitvoert en die de follow-up doet, zal aan bepaalde kwaliteitsnormen moeten voldoen. Grote vraag hierbij is, of de professional afgekeurd wordt op het resultaat en hoever men hierin gaat? Ben je al tevreden als een cliënt een adviesgesprek krijgt voor een vervolgtraject, of moet de cliënt daadwerkelijk de stap maken naar een vervolgprogramma? Ook de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt is hierbij een issue. Ultieme kwaliteitsindicator op cliëntniveau is natuurlijk gedragsverandering in positieve zin. Maar ook zoets als klanttevredenheid telt natuurlijk mee. Wat betreft de vervolgtrajecten die mogelijk zijn, bestaat er behoefte aan certificering, vooral voor de cliënten in de hoogste risicogroepen. Zo'n certificering komt de geloofwaardigheid van vervolgprogramma's ten goede en maakt het voor de doorverwijzers gemakkelijker een juist advies te geven.

GEZONDHEIDSCHECK IN HET BASISPAKKET?

BILTHOVEN 30 juni - Zorgverzekeraars kunnen ten aanzien van de Checkstandaard een grote rol gaan spelen. En dan moet men niet alleen denken aan het eventueel betalen van het consult. Een zorgverzekeraar is in staat meer bij te dragen.

Aldien Poll van Agis Zorgverzekeringen vertelde dat preventieprogramma's bij veel zorgverzekeraars nog in de kinderschoenen staan. Afspraken over preventie vallen binnen de zorginkoop.

En die is tot op heden vooral gericht op verrichtingen, prijs en wachtlijsten. Maar juist met zaken als kwaliteit, openingstijden en ook preventie kan een zorgverzekeraar zich gaan profileren. Duidelijk is volgens Poll in elk geval dat preventie kostenbesparend kan werken. Dat hebben onderzoek met diabetes- en COPDzorg aangetoond. En zo'n kostenbesparing is natuurlijk niet alleen in het belang van de cliënt, maar ook in het belang van een zorgverzekeraar. Er valt wat te zeggen voor een preventieve

gezondheidscheck in het basispakket. Maar zover is het voorlopig nog niet.

In kaart brengen risicogroepen
Zorgverzekeraars kunnen mogelijk ook een rol spelen bij het in kaart brengen van risicogroepen. Een zorgverzekeraar kan namelijk zien waar de verschillen in zorgvraag zitten per regio, per stad, per wijk en zelfs per zorgverlener. Deze informatie zou van belang kunnen zijn voor de gerichte benadering van specifieke doelgroepen.

VERLEIDEN VERSUS VOLLEDIG INFORMEREN

BILTHOVEN 30 juni - Moeten deelnemers al voordat ze starten met een gezondheidscheck volledig geïnformeerd worden over de eventuele consequenties van de test? Of mag je mensen best 'verleiden' met een vrij onschuldige vragenlijst? Beide opties hebben voor- en nadelen.

Je kunt je afvragen of je mensen moet onderwerpen aan een gezondheidscheck als ze vervolgens bij een gebleken verhoogd risico niet bereid zijn het vervolgtraject in te gaan. En dus niet naar de huisarts gaan, geen leefstijladvies opvolgen en niet hun gedrag proberen te veranderen. Als je mensen vooraf

volledig informeert over de check en het vervolgtraject, krijg je echt gemotiveerde deelnemers. Maar het kan ook afschrikken. In dat opzicht zou het beter zijn om mensen te verleiden mee te doen middels een vrij onschuldige vragenlijst met items die men eigenlijk al wel weet. Denk aan roken, overgewicht, familiale belasting. En pas daarna het vervolgtraject aankaarten. Het wordt dan moeilijker voor de cliënt om nee te zeggen. Aan de andere kant is het de vraag hoe groot de bereidheid voor gedragsverandering is, als iemand verleid is en het initiatief niet helemaal vanuit zichzelf komt. Het Diabetes Fonds heeft de ervaring dat bij gebleken verhoogd

risico op diabetes uit een internettest, slechts de helft van de mensen naar de huisarts gaat. De verwachting is dat dit percentage hoger wordt, als je de vragenlijst in samenwerking met de huisarts laat invullen. Ook blijken er nog een aantal vragen open te staan: wat gebeurt er bijvoorbeeld als een hoog risico wordt vastgesteld? Moet de cliënt dan eerst bedenktijd krijgen of worden er meteen afspraken gemaakt voor het vervolgtraject? Ook zal in kaart gebracht moeten worden op welke momenten en met welke middelen beslissingsondersteuning voor de cliënt nodig is

De gebruikers van de Checkstandaard

- **Aanbieders van tests** - Zij kunnen hun aanbod qua inhoud als qua organisatie stroomlijnen en verbeteren.
- **Consumenten** - Zij kunnen zien waaraan een goede check of test moet voldoen. Daarnaast wordt duidelijk wat op dat moment van hem/haar wordt verwacht en wat hij/zij zelf kan doen om de risico's te verkleinen.
- **Zorgverzekeraars en bedrijven** - Zij hebben een houvast voor het inkopen van preventieve zorg op dit punt.
- **Patiënten- en consumentenorganisaties, beroepsorganisaties, toezichhouders en kwaliteitsinstanties** - Zij hebben indicatoren voor kwaliteitsbevordering en toezicht.
- **Beleidsmakers en onderzoeks- en implementatie-instituten** - Zij kunnen de doelmatigheid en effectiviteit van zorg evalueren.



WIE MAG DE CHECKSTANDAARD AFNEMEN?

BILTHOVEN 30 juni - Moeten deelnemers al voordat ze starten met een gezondheidscheck volledig geïnformeerd worden over de eventuele consequenties van de test? Of mag je mensen best 'verleiden' met een vrij onschuldige vragenlijst? Beide opties hebben voor- en nadelen.

Een vragenlijst moet zo duidelijk zijn, dat er geen deskundigheid nodig is om het in te vullen. Soms kan wel een mondelinge toelichting op een vragenlijst gewenst zijn. Non invasieve metingen als gewicht en buikomvang kunnen weliswaar door iedereen worden uitgevoerd, maar de interpretatie van de uitkomsten is een

vak apart. Kennis van de algemeen geldende richtlijnen is daarvoor nodig. Als er geprikt moet worden, dan vinden de deelnemers een BIG-registratie noodzakelijk. In deze workshop sluit men overigens de vingerprik uit. Ervaring met een motiverende gespreksvoering en risicocommunicatie is vereist. En als een vragenlijst collectief (in groepsverband) wordt afgenomen, is het van belang dat de begeleider groepsprocessen beheerst. Ook is het belangrijk op de hoogte te zijn van de sociale kaart met verwijsaanbod in gemeentes en regio's. In feite zou iedereen die betrokken is bij de check, ook het totale checktraject moeten kennen.

HET CHECKTRAJECT

Waarom moet een goede check naar het CardioMetabool Risico voldoen? Met behulp van de Checkstandaard worden de inhoudelijke richtlijnen aangevuld tot een algemeen raamwerk waarin de norm voor een check beschreven wordt. Zowel zorginhoudelijk, organisatorisch als procesmatig.

In de matrix op pagina 7 is te lezen hoe de checkstandaard zich verhoudt tot het PreventieConsult en tot de Zorgstandaarden. Waar zitten de overeenkomsten en waar vullen ze elkaar aan? Hoe een checktraject eruitziet, ziet u in het model op pagina 8.

Colofon

Deze krant is een eenmalige uitgave van LekkerLangLeven, 30 juni 2009
Redactie: Scriptum communicatie over voeding
Vormgeving: Studio 66, Sliedrecht - Fotograaf: Harry van der Zaag, LekkerLangLeven.

Verhouding tussen PreventieConsult, de Checkstandaard CardioMetabool Risico (CMR) en Zorgstandaarden, 30 juni 2009

	NHG-standaard PreventieConsult (PC) (document)	De Checkstandaard CardioMetabool Risico (CMR) (document in ontwikkeling)	Zorgstandaarden (documenten)
Wat is het	Wetenschappelijke richtlijn voor vroege opsporing in de reguliere zorg (Wat)	Kwaliteits- en organisatiedocument voor checks (Wat en hoe)	Kwaliteits- en organisatiedocument voor zorg (Wat en hoe)
Doel	Het zo goed mogelijk actief opsporen van mensen met verhoogd risico op DM II, nierziekten en HVZ met goed vervolgaanbod	Bevorderen kwaliteit, uniformiteit en inbedding van checks ter actieve opsporing van mensen met verhoogd risico op DM, CNF en/of HVZ met goed vervolgaanbod. Duidelijkheid scheppen naar de doelgroepen waaraan een goede check moet voldoen.	Bevorderen kwaliteit en doelmatigheid van zorg afgestemd op de patiënt
Doelgroepen	Zorgprofessionals in de reguliere 1 ^e lijnszorg	Alle aanbieders van checks, Financiers en inkoopers van checks, beleidsmakers, kwaliteitsinstituten, onderzoekers, handhavende organisaties, patiënten- en consumentenorganisaties.	Zorgprofessionals in de 1 ^e en 2 ^e lijnszorg, zorgorganisaties
Beoogde eindgebruikers groepen	Volwassenen zonder klachten/ziekten (DM, HVZ of CNF) en die niet bekend zijn met hypertensie en/of hypercholesterolemie	Alle mensen die hun cardiometabool risico willen weten	Hoogrisicogroepen en patiënten
Waar	Settings 1 ^e lijn	Settings alle aanbieders checkaanbod, 0 ^e en 1 ^e lijn	Settings 1 ^e en 2 ^e lijn
Componenten	<i>Inhoudelijk deel:</i> richtlijn <ul style="list-style-type: none"> • medische inhoud • risicocommunicatie • leefstijl adviezen 	<i>Inhoudelijk deel:</i> gebaseerd op de inhoudelijke richtlijn = PC <i>Organisatorisch en kwaliteitsdeel:</i> <ul style="list-style-type: none"> • rol cliënt (ondersteuning zelfmanagement) • organisatie van het checkproces • beslissingsondersteuning • informatiesystemen • kwaliteitsindicatoren • eisen setting en faciliteiten • competenties aanbieders/zorgverleners 	<i>Inhoudelijk deel:</i> gebaseerd op de inhoudelijke richtlijn <i>Organisatorisch en kwaliteitsdeel:</i> <ul style="list-style-type: none"> • rol patiënt (ondersteuning zelfmanagement) • ontwerp van het zorgproces • beslissingsondersteuning • informatiesystemen • kwaliteitsindicatoren
Kenmerken	<ul style="list-style-type: none"> • Gericht op vroege opsporing van DM, HVZ en CNF • Uitgangspunt is medisch perspectief • Beschrijft de (medische) inhoudelijke richtlijn van vroege opsporing en beleid (advies en behandeling) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gericht op vroege opsporing van DM, HVZ en CNF • Uitgangspunt is consumenten- /cliëntenperspectief • Beschrijft functioneel de inhoud en organisatie van het multidisciplinaire checkproces • Omschrijving en leidraad voor organisatie, kwaliteitsbewaking en bekostiging • Geeft handvatten voor kwaliteitsindicatoren • Vertaling in lekenversie 	<ul style="list-style-type: none"> • De zorgstandaard is ziektespecifiek (speciaal chronische ziekten) • Uitgangspunt is patiëntenperspectief • Beschrijft functioneel de inhoud en organisatie van het multidisciplinaire zorgproces • Omschrijving en leidraad voor organisatie, kwaliteitsbewaking en bekostiging • Geeft handvatten voor kwaliteitsindicatoren • Vertaling in patiëntenversie • Raamwerk Zorgstandaard Vasculair risicomangement = Chronic Care Model
Traject	Toegeleiding, identificatie, diagnostiek, advies, verwijzing naar preventief aanbod of aansluitend op zorgtraject conform richtlijnen, zorgstandaarden en/of LTA	Toegeleiding, identificatie, diagnostiek, advies, verwijzing naar preventief aanbod of aansluitend op zorgtraject conform richtlijnen, zorgstandaarden en/of LTA	Identificatie (casefinding, niet actief oproepen patiënt), diagnostiek, behandeling en begeleiding

Uitleg termen en afkortingen matrix en model

- DM: Diabetes mellitus (hier wordt type II bedoeld)
- CNF: chronisch nierfalen (ook wel chronische nierziekten)
- HVZ: hart- en vaatziekten
- 0^e lijn: openbare gezondheidszorg
- LTA: Landelijke Transmurale Afspraken

- 1^e lijn: generalistische, nabije en direct toegankelijke zorg, geboden door huisartsen, verpleegkundigen en verzorgenden, verloskundigen, tandartsen, fysiotherapeuten, apothekers, maatschappelijk werkers, eerstelijnspsychologen, thuiszorg en anderen (VNG 2003).
- 2^e lijn: medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg, via verwijzing toegankelijk.

- Toegeleiding: hiermee wordt de mix van communicatie, voorlichting en activiteiten bedoeld waarmee mensen gemotiveerd/gestimuleerd worden om naar de vragenlijst van het PreventieConsult te gaan en die in te vullen.
- AOM sites: websites met Advies Op Maat systemen voor leefstijl-advisering

Model van een checktraject (concept, juni 2009)

