

Naar een betere cardiovasculaire gezondheid in Nederland

Inzichten uit een multi-stakeholder-rondetafeldiscussie

Februari 2026



Inhoudsopgave

01	Voorwoord	3
02	Introductie	4
03	Belangrijkste uitdagingen in Nederland	9
04	Aanbevelingen voor het verbeteren van de cardiovasculaire gezondheid in Nederland	16
05	Richtlijnen voor continue verbetering van cardiovasculaire gezondheid	23
06	Synergieën met Europese initiatieven	25
07	Conclusie	28
08	Over dit onderzoek	31
09	Dankwoord	32
10	Bronvermelding	33

Voorwoord

Hart- en vaatziekten blijven een van de belangrijkste doodsoorzaken in heel Europa, ook in Nederland, en vormen een grote belasting voor individuen, families en zorgstelsels. Hoewel de afgelopen decennia aanzienlijke vooruitgang is geboekt, blijft de uitdaging bestaan en zal deze naar verwachting toenemen naarmate de bevolking vergrijsd en belangrijke risicofactoren vaker voorkomen. De European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA) en de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen (VIG) hebben de krachten gebundeld om dit rapport te faciliteren, dat onze gezamenlijke inzet weerspiegelt om de cardiovasculaire gezondheid vooruit te helpen. Wij willen tevens onze dank uitspreken aan de experts die met hun waardevolle inzichten hebben bijgedragen aan dit onderzoek, waarop onze aanbevelingen zijn gebaseerd.

Dit rapport verschijnt op een belangrijk moment. Het recente EU Safe Hearts Plan heeft ambitieuze, EU-brede doelstellingen vastgesteld om vroegtijdige sterfte door hart- en vaatziekten met 25 procent te verminderen en preventieve gezondheidscontroles onder volwassenen te stimuleren. EFPIA heeft dit initiatief krachtig ondersteund en daarbij de noodzaak benadrukt van snelle, gecoördineerde actie in alle EU-lidstaten. Nederland beschikt dankzij zijn innovatieve zorgaanpak over een proactieve en goed georganiseerde cardiovasculaire gemeenschap die laat zien hoe nationale inspanningen kunnen bijdragen aan bredere Europese doelen. De Dutch CardioVascular Alliance (DCVA), die samenwerking tussen belangrijke stakeholders stimuleert en coördineert, speelt hierin een centrale rol.

De bevindingen in dit rapport sluiten aan bij de prioriteiten van het EU Safe Hearts Plan, dat zich richt op preventie, vroege opsporing, geïntegreerde zorg en het terugdringen van gezondheidsongelijkheid. Het rapport benadrukt daarnaast de dringende noodzaak om verder te gaan dan gefragmenteerde initiatieven en te streven naar een samenhangende, patiëntgerichte aanpak die optimaal gebruikmaakt van de mogelijkheden van de publieke gezondheidszorg, de klinische zorg en digitale innovaties. Ook het aanpakken van ongelijkheden die kwetsbare groepen raken, waaronder vrouwen en mensen met een lagere sociaaleconomische status, is essentieel om gelijke toegang tot zorg te waarborgen.

EFPIA en VIG blijven zich inzetten voor het versterken van partnerschappen die vooruitgang versnellen op het gebied van geïntegreerde preventie, multidisciplinaire zorgpaden en digitale zorgoplossingen. Gecoördineerde samenwerking tussen overheden, zorgprofessionals, patiënten, de industrie en de samenleving is nodig om onze gedeelde ambities te realiseren.

Naarmate Nederland zijn nationale cardiovasculaire strategie verder versterkt, worden alle stakeholders aangemoedigd om Europese synergieën te benutten, best practices te delen en te investeren in duurzame oplossingen. Door nationale inspanningen te verbinden met het momentum van het EU Safe Hearts Plan kunnen we niet alleen cardiovasculaire incidenten en gezondheidsproblemen voorkomen, maar ook bijdragen aan een gezondere toekomst voor iedereen.

Het EFPIA Cardiovascular Health Platform & de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen

Introductie

Dit rapport is opgesteld ter ondersteuning van de verbetering van de cardiovasculaire gezondheid in Nederland. Het rapport maakt deel uit van een Europese reeks onder leiding van de European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA) en haar partners. Deze reeks heeft als doel om inzichten van deskundigen te bundelen, lopende nationale initiatieven te ondersteunen en de voortgang op het gebied van cardiovasculaire zorg in Europese landen te versnellen.

Deze publicatie weerspiegelt de gedeelde inzichten van toonaangevende Nederlandse cardiovasculaire experts, verzameld via diepgaande interviews en een breed samengestelde rondetafeldiscussie. Het rapport bouwt voort

op bestaande nationale kaders en sluit aan bij Europese prioriteiten, waaronder de richtlijnen van de European Society of Cardiology (ESC) en recente Raadsconclusies van de Europese Unie (EU) die pleiten voor een integraal nationaal cardiovasculair gezondheidsbeleid.

Het rapport biedt een geïntegreerd overzicht van de uitdagingen rondom hart- en vaatziekten (HVZ) in Nederland, gebaseerd op diverse stakeholderperspectieven en openbare bronnen. Het bevat aanbevelingen die richting geven aan effectieve strategieën om de uitkomsten bij hart- en vaatziekten structureel te verbeteren.

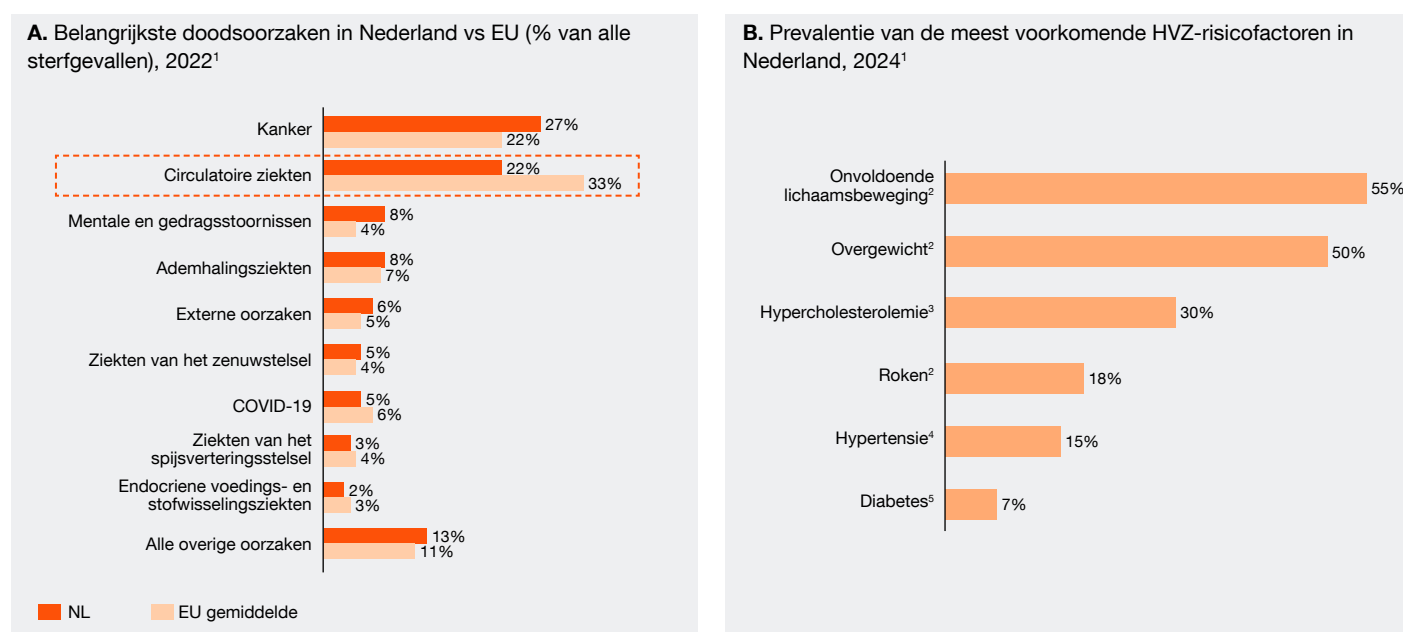


2.1 De ziektelast van hart- en vaatziekten in Nederland

HVZ blijven, ondanks decennia van medische vooruitgang, één van de grootste uitdagingen voor de volksgezondheid in Nederland. In 2023 leven meer dan 1,7 miljoen mensen in Nederland met een chronische hartaandoening en overlijden jaarlijks circa 38.000 mensen aan de gevolgen hiervan, wat neerkomt op 22-23 procent van alle sterfgevallen. Daarmee zijn HVZ na kanker de belangrijkste doodsoorzaak (**Figuur 1a**). Door de snel vergrijzende bevolking zal de

ziektelast de komende jaren fors toenemen, juist op een moment dat de zorgcapaciteit en het zorgpersoneel al onder druk staan. Leefstijlgerelateerde risicofactoren, zoals roken, obesitas en lichamelijke inactiviteit, versterken deze trend. Prognoses laten zien dat het aantal patiënten kan oplopen tot 2,6 miljoen in 2030 als er geen aanvullende maatregelen worden genomen (2). Deze groei is maatschappelijk onacceptabel en zal de zorgcapaciteit en -kosten, die in 2019 al €6,7 miljard bedroegen, verder onder druk zetten (3).

Figuur 1. Belangrijkste doodsoorzaken en prevalentie van HVZ-risicofactoren in Nederland



Bron: 1 EUROSTAT (2025); 2 VZINFO (2024), 3 NVHVV (2023), 4 VZINFO (2024), 5 VZINFO (2024)

Ondanks de omvang van het probleem is het publieke en politieke bewustzijn van HVZ onvoldoende. Veel mensen zijn zich niet bewust van hun eigen cardiovasculaire risicofactoren en HVZ worden vaak onderschat ten opzichte van andere grote aandoeningen zoals kanker. Dit gebrek aan bewustzijn belemmert vroege opsporing, preventie en tijdige behandeling, en draagt bij aan hardnekkige lacunes in gezondheidsvaardigheden en betrokkenheid op individueel en maatschappelijk niveau (1).

2.2 Belangrijkste risicofactoren en kwetsbare groepen

De hoge prevalentie van risicofactoren blijft de ziektelast van HVZ aanjagen (**Figuur 1b**). Meer dan één op de vijf volwassenen rookt en veertien procent heeft obesitas (BMI gelijk aan of groter dan 30) (4). Hypertensie en een verhoogd cholesterol komen veel voor: naar schatting leven 2,8 miljoen mensen met hoge bloeddruk en bijna 1,6 miljoen met een stoornis in de vetstofwisseling (1, 5).

Lichamelijke inactiviteit en ongezonde voedingspatronen versterken het risicoprofiel, terwijl sociaaleconomische verschillen de impact van deze factoren vergroten bij kwetsbare groepen.

Vrouwen vormen in Nederland een bijzonder kwetsbare groep, met unieke biologische en genderspecifieke risico's. Hun cardiovasculaire aandoeningen worden systematisch onderherkend en onderbehandeld ten opzichte van die van mannen (6,7).

2.3 Nationaal beleid

Vanwege de urgentie hebben Nederlandse beleidsmakers een reeks nationale akkoorden en initiatieven gelanceerd.

In 2018 werd het Nationaal Preventieakkoord (NPA) geïntroduceerd. Hierin committeerden overheid, maatschappelijke organisaties en bedrijfsleven zich aan het verbeteren van de volksgezondheid door het terugdringen van roken, problematisch alcoholgebruik en obesitas via leefstijl- en omgevingsmaatregelen, in plaats van alleen via medische of secundaire preventie (8). Dit was een belangrijke stap richting preventie door gedragsrisicofactoren aan te pakken, maar bood ook ruimte voor verdere ontwikkeling naar bredere en meer integrale preventiestrategieën voor hart- en vaatziekten.

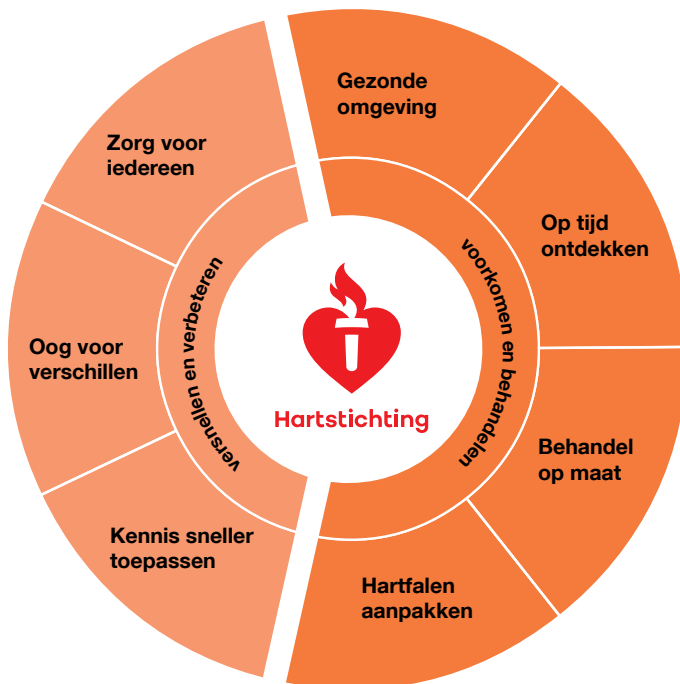
Vervolgens zijn in het Integraal Zorgakkoord (IZA, 2022) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA, 2023) de focus op preventie, eerstelijnszorg en lokale samenwerking verder versterkt (9,10). Het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA, 2025) richt zich op het terugdringen van personeelstekorten en het bevorderen van gelijke toegang tot zorg, met nadruk op digitalisering, gegevensuitwisseling en regionale samenwerking (11).

Deze kaders markeren gezamenlijk een beleidsverschuiving van reactieve behandeling naar proactief, integraal gezondheidsmanagement, waarbij preventie en het belang van de patiënt centraal staan. Daarnaast stimuleert de overheid het principe van passende zorg, om te waarborgen dat interventies bij HVZ evidence-based zijn, doelmatig en afgestemd op de behoeften van de patiënt (12).

Naast deze nationale akkoorden is het Nederlandse HVZ-beleid verankerd in twee aanvullende kaders. Het rapport Hart voor Vaten – Signalement passende zorg voor mensen met hart- en vaatziekten, uitgebracht door Zorginstituut Nederland (ZIN), benoemt de belangrijkste knelpunten in de cardiovasculaire zorg en geeft richting aan een meer persoonsgerichte, houdbare en toekomstbestendige zorg (4). Dit signalement is tot stand gekomen via brede consultatie van wetenschappers, zorgprofessionals en stakeholders en bevat een maatschappelijke agenda met nadruk op preventie, vroege opsporing en integrale zorg.

De Nederlandse Hart- en Vaatagenda, gecoördineerd door de Hartstichting¹ in samenwerking met de Harteraad en een brede begeleidingscommissie, is opgesteld via een inclusief proces met meer dan elfduizend deelnemers, onder wie patiënten, onderzoekers, zorgverleners en beleidsmakers (**Figuur 2**) (1). Deze agenda bundelt de collectieve expertise en ervaringskennis van de Nederlandse cardiovasculaire gemeenschap in zeven hoofdthema's, van preventie en vroege opsporing tot gepersonaliseerde behandeling en toepassing van nieuwe kennis. De agenda kan ook dienen als fundament voor een nationaal actieplan tegen hart- en vaatziekten.

¹ Sinds 1 september 2025 is de Hartstichting ook een patiëntenorganisatie geworden. Hiermee onderstreept de Hartstichting niet alleen haar inzet voor het patiënten-perspectief, maar borgt zij ook dat dit actief wordt meegenomen in haar initiatieven.

Figuur 2. Hart- en vaatagenda

Aangepast van: Hartstichting

Binnen dit gevarieerde zorglandschap fungeert de Dutch CardioVascular Alliance (DCVA) als nationaal platform van 25 toonaangevende organisaties, waaronder die van patiëntenvertegenwoordigers, onderzoekers, zorgverleners, financiers en de industrie. Zij hebben de gezamenlijke missie om de ziektelast van HVZ in Nederland met 25 procent te verminderen in 2030. De DCVA fungeert als katalysator voor innovatie, implementatie en financiering, en verbindt partners in het hele cardiovasculaire veld om de vertaalslag van onderzoek naar praktijk te versnellen (13).

Deze kaders en allianties bieden gezamenlijk een breed gedragen, evidence-based fundament voor het aanpakken van de groeiende ziektelast van HVZ in Nederland.

2.4 Uitdagingen bij implementatie

Ondanks deze veelbelovende kaders blijft de implementatie wisselend. Preventiebeleid en richtlijnen, zoals de Standaard Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM), worden niet overal consequent in de praktijk gebracht. Veel volwassenen met een verhoogd risico blijven ongediagnosticeerd of onbehandeld, en leefstijlinterventies slagen er vaak niet

in om blijvende gedragsverandering te realiseren (14,15). Bovendien profiteren kwetsbare groepen het minst van bestaande programma's, wat de noodzaak onderstreept van maatwerk en benaderingen voor specifieke gemeenschappen.

Een extra uitdaging, volgens experts, is de fragmentatie van zorg en financiering. Regionale netwerken en multidisciplinaire samenwerking zijn ongelijk ontwikkeld, terwijl gescheiden financieringsstromen integrale oplossingen belemmeren. Ook is de gegevensuitwisseling tussen zorgverleners nog beperkt, wat continuïteit en kwaliteit van zorg in de weg staat. Daarnaast blijft de betrokkenheid van patiënten bij beleid en zorgpaden, ondanks verbeteringen, nog onvoldoende.

2.5 De weg vooruit

De Nederlandse aanpak kenmerkt zich door stapsgewijze veranderingen, brede stakeholderconsultatie en een streven naar harmonisatie in plaats van abrupte transitie. Toch zijn experts het erover eens dat het tempo hoger moet en de consistentie van de transformatie moet verbeteren om daadwerkelijk resultaat te boeken. De weg vooruit vraagt niet alleen om robuuste beleidskaders, maar ook om daadkracht, zoals strengere handhaving van preventiemaatregelen, heldere nationale screeningsstrategieën, gerichte interventies voor hoogrisicogroepen en structurele integratie van het sociale en het zorgdomein.

Deze inspanningen moeten bovendien nauw aansluiten bij Europese beleidsrichtlijnen, waaronder de prioriteiten uit de Safe Hearts Plan (zie paragraaf 6.1). Als nationaal platform dat de belangrijkste stakeholders samenbrengt, is de DCVA goed gepositioneerd om deze ambities en Europese prioriteiten te vertalen naar gecoördineerde, evidence-based actie.

HVZ zijn de op een na belangrijkste doodsoorzaak in Nederland en leggen een grote druk op patiënten, zorgsystemen en de samenleving. Dit rapport doet concrete aanbevelingen om deze uitdaging aan te pakken.

Uiteindelijk zal het terugdringen van de ziektelast van HVZ in Nederland afhangen van het omzetten van ambitie in doeltreffende actie. Dit vereist een nationale preventiestrategie, geïntegreerde zorg- en financieringsmodellen en een digitale infrastructuur voor gegevensdeling en patiëntempowerment. Nationale cardiovasculaire registraties zijn hierin essentieel voor behandelingsevaluatie, kwaliteitsborging en datagedreven zorg gedurende het hele patiënttraject.

Even belangrijk is het bevorderen van multidisciplinaire samenwerking en het verankeren van persoonsgerichte zorg in het hele zorgpad. Met blijvende investeringen en gedeelde inzet van overheid, zorgprofessionals, patiënten en samenleving kan Nederland cardiovasculaire incidenten en sterfte voorkomen, betere uitkomsten realiseren en bijdragen aan een gezondere populatie.



Belangrijkste uitdagingen in Nederland

Ondanks stevige nationale ambities om de ziektelast van HVZ in Nederland te verminderen, blijven hardnekkige uitdagingen, met name op het gebied van screening, preventie en zorgcoördinatie, de voortgang beperken. Uit expertinterviews en een breed samengestelde rondetafel discussie (zie Dankwoord) kwamen twee kritieke thema's naar voren waar de barrières het grootst zijn:

- **Preventie en screening** – Het huidige primaire en secundaire preventiebeleid mist vaak voldoende handhaving en urgentie. De doelgroep voor systematische of opportunistische cardiovasculaire screening is niet eenduidig gedefinieerd, waardoor er geen consensus is over de meest kosteneffectieve aanpak. Dit leidt tot gefragmenteerde praktijkvoering en gemiste kansen voor vroege opsporing. Opvallend is dat er belangrijke verschillen blijven bestaan voor bepaalde groepen, waaronder vrouwen, die specifieke uitdagingen ervaren bij preventie en screening van HVZ. Preventieprogramma's bereiken bovendien vaak onvoldoende mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) en migranten. Hierdoor hebben veel mensen uit deze groepen geen toegang tot vroege preventie en ondersteunend sociaal beleid, en komen zij pas in aanraking met de zorg als hun ziekte al is gevorderd en medische of chirurgische interventie noodzakelijk is. Dit patroon onderstreept de noodzaak van meer proactieve, gemeenschapsgerichte benaderingen die sociale determinanten van gezondheid aanpakken voordat deze leiden tot gevorderde ziekte en medicalisering.
- **Zorgcoördinatie en multidisciplinaire samenwerking** – Regionale netwerken zijn soms gefragmenteerd en worden onvoldoende benut. Gescheiden financieringsstromen en budgetstructuren tussen zorgaanbieders belemmeren effectieve samenwerking, terwijl de kwaliteit van data- en ICT-infrastructuur voor informatie-uitwisseling onder de maat blijft. Daarnaast is de betrokkenheid van patiënten beperkt. Hun stem wordt vaak niet meegenomen bij beleidsontwikkeling en het ontwerpen van zorgpaden.

Dit hoofdstuk gaat dieper in op deze twee centrale uitdagingen die moeten worden overwonnen om te komen tot effectieve en rechtvaardige cardiovasculaire gezondheidszorg in Nederland.

3.1 Preventie en screening

Hoewel Nederland hoge ambities heeft op het gebied van preventie van HVZ, blijven de resultaten beperkt. Het beleid steunt sterk op vrijwillige maatregelen en voorlichting, met weinig handhaving of structurele inbedding.

Screening is gefragmenteerd, kwetsbare groepen worden onvoldoende bereikt en sociale determinanten worden vaak reactief binnen het medische systeem aangepakt. Er is behoefte aan sterkere regulering, heldere strategieën en gemeenschapsgerichte interventies om preventie tot een structurele pijler van de zorg te maken.

3.1.1 Bestaand preventiebeleid mist handhaving en versnelling

Het preventiebeleid voor HVZ in Nederland is goed ontwikkeld en wordt ondersteund door nationale plannen zoals het NPA (6). Veel maatregelen missen echter effectieve handhaving en voldoende implementatie. De beperkte impact van het akkoord is grotendeels te wijten aan het vrijwillige karakter en het ontbreken van bindende regelgeving, waarbij de meeste acties leunen op publieksvoorlichting en zelfregulering in plaats van op stevige regulerende maatregelen zoals accijnzen of reclamebeperkingen. Hierdoor blijven de resultaten beperkt en blijven belangrijke risicofactoren zoals roken en obesitas op een zorgwekkend niveau.

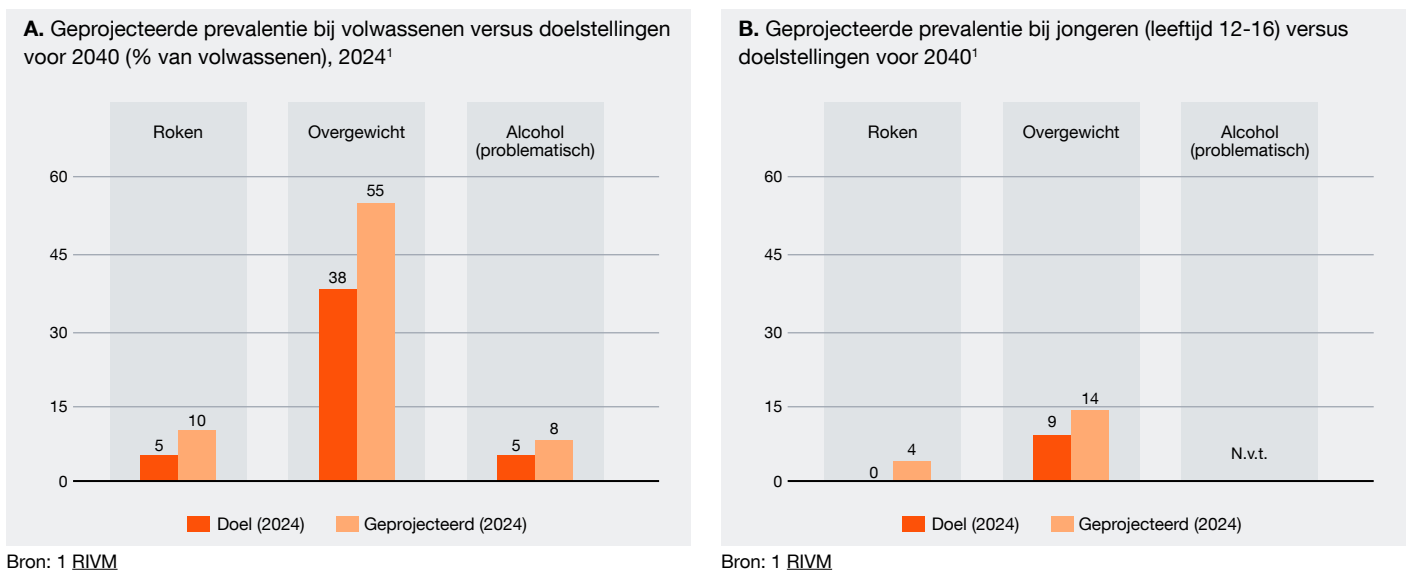
Een bijzonder hardnekkige uitdaging is de aanhoudende onderdiagnose van vrouwen bij cardiovasculaire screening en preventieve zorg. Bepaalde aandoeningen komen vaker voor bij vrouwen en worden vaak niet herkend of verkeerd gediagnosticeerd, wat leidt tot vertraagde zorg en een lagere kwaliteit van leven. Recente richtlijnen en expertconsensus pleiten voor meer bewustwording,

gerichte voorlichting en gestructureerde diagnostische strategieën voor vrouwen. Denk hierbij aan multidisciplinaire spreekuren en specifieke evaluatieprotocollen om tijdige herkenning en behandeling te waarborgen, ongelijkheid te verminderen en uitkomsten te verbeteren (6, 16, 17).

Samengevat benadrukken experts dat sterkere overheidsregulering en snellere, meer doortastende uitvoering essentieel zijn om de ambitieuze doelstellingen

van het akkoord voor 2040 te realiseren (6)(**Figuur 3**). Zonder meer daadkrachtig optreden dreigen preventie- en screeningsinitiatieven een tijdelijk karakter te houden in plaats van een structurele pijler van het zorgstelsel te worden. Zo blijft de impact van het huidige beleid op het terugdringen van de HVZ-last en op de sociale en economische kosten beperkt.

Figuur 3. Nationaal Preventieakkoord: doelstellingen versus geprojecteerde uitkomsten (2040)



3.1.2 Doelgroep voor HVZ-screening is niet eenduidig gedefinieerd

In Nederland bestaat geen formeel landelijk screeningsprogramma voor HVZ bij volwassenen. Detectie van cardiovasculaire risicofactoren vindt vooral plaats binnen de reguliere zorg, waar huisartsen de NHG²-Standaard CVRM gebruiken om risicopatiënten te identificeren en te behandelen, zoals mensen met hypertensie, verhoogd cholesterol of diabetes (18). De uitvoering van deze risicobeoordelingen verschilt echter sterk per praktijk, waardoor veel risicovolle volwassenen ongediagnosticeerd of onbehandeld blijven. Een aanvullend initiatief zoals de Hartcheckpunt van de Hartstichting, biedt gratis, vrijwillige checks op risicofactoren zoals bloeddruk, cholesterol en bloedsuiker op tijdelijke locaties in het land (19). Hoewel veelbelovend, zijn dit soort initiatieven nog niet structureel ingebed of landelijk dekkend.

Andere preventieve gezondheidschecks, zoals het PreventieConsult, kiezen voor een proactievere benadering door huisartsen te adviseren volwassenen van 45 tot 70 jaar uit te nodigen voor een risicobeoordeling (20). Ook hier verschilt de implementatie sterk per praktijk (21). Verschillen ontstaan door gefragmenteerde verantwoordelijkheden tussen de eerste en tweede lijn en beperkte middelen in de eerstelijnszorg, waardoor risicodetectie vaak afhankelijk is van opportunistische consulten in plaats van systematische benadering. Bovendien zijn richtlijnen voor cardiovasculaire zorg grotendeels gebaseerd op onderzoek bij mannelijke populaties, waardoor belangrijke vrouwelijke risicofactoren onderbelicht blijven. Deze scheefgroei leidt tot aanhoudende ongelijkheid in diagnose en behandeling van vrouwen (22).

Buiten de eerstelijnszorg is er een voortdurende discussie over de reikwijdte en kosteneffectiviteit van bredere

² Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de wetenschappelijke vereniging voor huisartsen in Nederland.



screeningsinitiatieven voor HVZ. Sommige experts waarschuwen dat grootschalige screening kan leiden tot overdiagnose en onnodige medicalisering, wat individuen en het zorgsysteem kan belasten, terwijl anderen stellen dat door de huidige opportunistische aanpak veel risicopatiënten onopgemerkt blijven. De doelgroep voor screening is niet eenduidig gedefinieerd en er is geen consensus over de meest effectieve aanpak. Dit gebrek aan overeenstemming vergroot het risico op inconsistente praktijkvoering en gemiste diagnoses, en onderstreept de noodzaak van een heldere, wetenschappelijk onderbouwde screeningsstrategie die prioriteit geeft aan de hoogste risicogroepen.

3.1.3 Preventieprogramma's bereiken mensen met lage SES en migranten onvoldoende

Nederlandse preventieprogramma's slagen er vaak niet in om mensen met een lage sociaaleconomische status en migratieachtergrond effectief te bereiken. Deze groepen hebben doorgaans een aanzienlijk hoger cardiovasculair risico en slechtere gezondheidsuitkomsten (23). Deze ongelijkheden worden veroorzaakt door een combinatie van genetische aanleg en sociale determinanten (24).

Vooraf vrouwen uit lage SES- en migrantengroepen lopen een verhoogd risico op HVZ en worden vaak over het hoofd gezien in preventieprogramma's (25).

Traditionele preventie-inspanningen, zoals mediacampagnes en leefstijlcoaching, hebben een lagere participatiegraad onder migranten en mensen met een lage SES, onder meer door taal- en cultuurbarrières en beperkte toegang tot zorg en betaalbare gezonde keuzes. Bovendien wordt in de huidige risicobeoordeling in de zorg nauwelijks rekening gehouden met sociaaleconomische of etnische factoren; de focus ligt vooral op klinische indicatoren zoals bloeddruk, cholesterol en roken. Hierdoor worden risicovolle individuen in achterstandsgroepen vaak niet tijdig geïdentificeerd voor preventieve behandeling. Onderzoekers en experts pleiten voor het opnemen van sociaaleconomische en etnische factoren in de Nederlandse HVZ-richtlijnen, zodat preventiestrategieën beter kunnen worden afgestemd, middelen gericht kunnen worden ingezet en hardnekkige gezondheidsverschillen kunnen worden teruggedrongen (26, 27).

3.1.4 Sociale problematiek dreigt te worden gemedicaliseerd

Veel sociale determinanten van cardiovasculair risico, zoals armoede, chronische stress en een ongezonde leefomgeving, worden in Nederland vooral binnen het medische systeem aangepakt, in plaats van via sociale of gemeenschapsgerichte interventies die deze problemen bij de bron aanpakken. Preventieve zorg buiten de klinische setting, zoals gemeenschapsgerichte ondersteuning en publieke gezondheidsinitiatieven, is gefragmenteerd en inconsistent³. Deze lacunes in sociale en gezondheidsrespons versterken elkaar, waardoor miljoenen mensen in risicogroepen langdurig afhankelijk zijn van medicatie, terwijl er onvoldoende wordt ingezet op het voorkomen van ziekte (4).

Als reactie op deze uitdagingen erkennen Nederlandse gezondheidsautoriteiten het belang van preventie. Het signalement Hart voor Vaten van Zorginstituut Nederland benadrukt dat de grootste gezondheidswinst te behalen is door het voorkomen van het ontstaan van HVZ, met name door het aanpakken van onderliggende oorzaken zoals armoede, chronische stress en een ongezonde leefomgeving. De huidige inspanningen zijn nog te veel gericht op medische behandeling, waardoor circa drie miljoen mensen in risicogroepen afhankelijk zijn van levenslange medicatie zoals bloedverdunners en cholesterolverlagers. Het rapport pleit voor sterkere coördinatie tussen zorg, sociaal domein en publieke gezondheid, en benadrukt het belang van vroege interventies, zoals voorlichting aan gezinnen en kinderen over een gezonde leefstijl, om ziekte te voorkomen in plaats van alleen te focussen op risicoblootstelling (4).

Naast structurele en beleidsmatige lacunes versterken gedragsfactoren, zoals een laag publiek bewustzijn, deze uitdagingen. Onderzoek toont aan dat kennis van risicofactoren en preventief gedrag essentieel is voor vroege opsporing en therapietrouw, en daarmee voor het terugdringen van morbiditeit en mortaliteit door HVZ (28, 29). Studies laten zien dat mensen met

hogere gezondheidsvaardigheden vaker deelnemen aan screeningsprogramma's, gezonder leven en therapietrouw zijn (30). Het versterken van het publieke bewustzijn moet daarom een kernonderdeel zijn van toekomstig preventiebeleid.

Samenvattend kent Nederland een preventiekloof. Geavanceerde medische zorg is beschikbaar voor wie die zoekt, maar preventie en vroege opsporing zijn gefragmenteerd en inconsistent, waardoor veel kwetsbare groepen onvoldoende worden bereikt. Het huidige beleid mist volledige handhaving en systematische screening ontbreekt. Juist de groepen met de hoogste risico's, onder wie mensen met een lage SES en bepaalde etnische minderheden, profiteren het minst van de bestaande inspanningen. Voor een inclusievere en effectievere preventiestrategie is het noodzakelijk om de focus te verleggen van alleen vroege opsporing en behandeling naar het aanpakken van sociale determinanten van gezondheid en het bevorderen van gezond gedrag vanaf de jeugd. Zonder sterkere integratie van sociale ondersteuning en een proactieve, gemeenschapsgerichte preventiebenadering zal het zorgsysteem reactief blijven inspelen op leefstijlgerelateerde risico's, pas nadat de schade is ontstaan. Het aanpakken van deze uitdagingen is essentieel voor een inclusieve, samenhangende en toekomstgerichte preventiestrategie voor hart- en vaatziekten.

3.2 Zorgcoördinatie en multidisciplinaire samenwerking

Hoewel het Nederlandse zorgstelsel bekendstaat om zijn hoge kwaliteit, ervaren patiënten met HVZ vaak een gefragmenteerd zorgtraject zodra zij in het systeem terechtkomen. Effectieve afstemming tussen zorgverleners, specialismen en zorgsettings blijft een aanhoudende uitdaging, wat zowel de kwaliteit als de continuïteit van zorg voor veel mensen beperkt.

3 Gebaseerd op de mening van deskundigen.

3.2.1 Bestaande regionale netwerken zijn gefragmenteerd en onderbenut

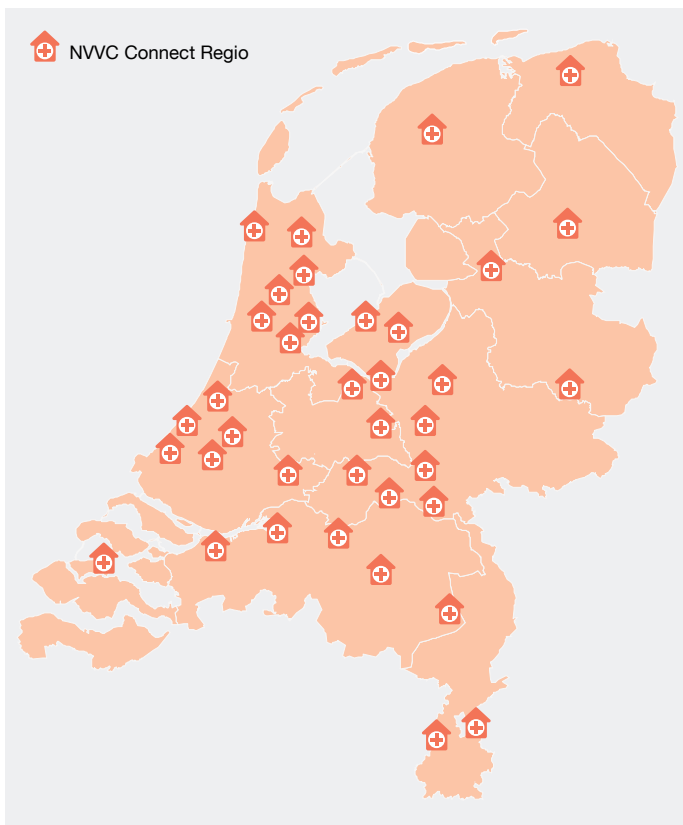
Nederland kent diverse regionale initiatieven om integrale zorg en samenwerking te verbeteren, met als meest in het oog springende voorbeelden de NVVC Connect-regio's onder leiding van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) en geïntegreerde zorgpaden voor CVRM (31, 32) (**Figuur 4**). NVVC Connect-regio's creëren formele samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen en huisartsen om transmurale zorgafspraken te implementeren voor aandoeningen als acuut coronair syndroom, atriumfibrilleren (AF) en hartfalen. Daarnaast zijn in sommige regio's geïntegreerde CVRM-zorgpaden ontwikkeld, zoals het Zwolle-programma, waarin 26 huisartsenpraktijken en tweedelijnszorgverleners samenwerken aan gestructureerd risicomanagement op basis van gedeelde protocollen en gecoördineerde leefstijl- en medicatie-interventies (33). Ondanks deze inspanningen blijft de implementatie wisselend en is de coördinatie van zorg vaak afhankelijk

van lokale afspraken en persoonlijke communicatie tussen professionals, in plaats van gestandaardiseerde regionale protocollen.

Sommige regio's hebben voorbeeldstellende integrale programma's opgezet, zoals in Zwolle of het Nederlands Hart Netwerk in Zuidoost-Brabant (zie casus 1), maar veel andere regio's werken nog in silo's, waarbij iedere zorgaanbieder zich richt op het eigen deel van het zorgproces (32, 33, 34). Dit leidt tot hiaten, dubbele zorg en een gebrek aan gezamenlijke planning, waardoor patiënten hun weg moeten zoeken in een complex zorgsysteem met beperkte ondersteuning.

Deze aanhoudende knelpunten zijn ook zichtbaar in de zorg voor hartfalen. Zoals beschreven in het 'country profile' van het Heart Failure Policy Network (2025), ervaren mensen met hartfalen in Nederland regelmatig vertraging in de diagnose en inconsistente toegang tot specialistische zorg, wat de noodzaak onderstreept van meer integrale en gecoördineerde benaderingen bij cardiovasculaire aandoeningen (35). Zo zien mensen met atriumfibrilleren of hartfalen doorgaans meerdere zorgverleners in verschillende settings eerder uitzondering dan regel. Verschillende factoren belemmeren effectieve samenwerking en de ontwikkeling van integrale zorg: denk bijvoorbeeld aan gescheiden financieringsstromen en budgetstructuren tussen zorgaanbieders, waarbij ziekenhuizen, eerstelijnszorg, wijkzorg en het sociaal domein elk met eigen budgetten en prikkelsstructuren opereren. Het ontbreken van een door de overheid gedragen nationale strategie vormt daarbij een extra barrière voor duurzame, gecoördineerde zorg. Daarnaast wordt de continuïteit en effectiviteit van geïntegreerde benaderingen verder gehinderd door de beperkte interoperabiliteit van gezondheidsdatasystemen en de wisselende implementatie van regionale afspraken, waardoor structurele samenwerking en gegevensuitwisseling tussen zorgverleners onvoldoende van de grond komen. Hierdoor blijven bestaande regionale samenwerkingen vaak achter bij hun potentieel om uitkomsten voor patiënten en efficiëntie van het systeem te verbeteren.

Figuur 4. Overzicht van NVVC Connect-regio's in Nederland



Bron: NVVC Connect

Casus 1 - Nederlands Hart Netwerk (Nederland)



Het Nederlands Hart Netwerk (NHN) is een regionaal multidisciplinair samenwerkingsverband in Zuidoost-Brabant, waarin ziekenhuizen, huisartsen, revalidatiecentra en thuiszorgorganisaties participeren (36, 37). Het netwerk bedient circa één miljoen inwoners en ontwikkelde uniforme zorgpaden en regionale behandelprotocollen voor onder meer atriumfibrilleren en hartfalen. Zo is een verpleegkundig geleid AF-polikliniekmodel geïmplementeerd in de ziekenhuizen van de regio, gekoppeld aan huisartsen voor consistente follow-up. Uitkomstdata worden transparant verzameld en gedeeld tussen zorgverleners (36, 37).

Uitkomsten: het NHN heeft aantoonbare verbeteringen gerealiseerd in zorgkwaliteit en efficiëntie, waaronder betere richtlijnadherentie en minder complicaties bij AF-patiënten. Patiënten profiteren van soepelere overgangen, zoals gestandaardiseerde overdrachten van cardioloog naar huisarts, wat dubbele consulten vermindert (38). Kritische succesfactoren zijn sterk medisch leiderschap, multidisciplinaire besluitvorming en het gebruik van data uit de praktijk. Het NHN laat zien dat met de juiste structuur individuele ziekenhuizen en zorgverleners kunnen samenwerken als een virtueel geïntegreerd systeem voor patiënten. Financiering was een essentiële randvoorwaarde: het netwerk werd in de beginfase mogelijk gemaakt door publieke subsidies en bijdragen van zorgverzekeraars, waardoor de ontwikkeling van gezamenlijke zorgpaden en infrastructuur kon worden gerealiseerd. Uitdagingen lagen bij het realiseren van effectieve coördinatie, samenwerking en vertrouwen tussen diverse zorgaanbieders, waarvoor de centrale organisatie en gedeelde doelen van het NHN essentieel bleken (39). Het model is ook opgenomen op de website van het NVVC Connect-programma als voorbeeld voor andere regio's.

3.2.2 Gescheiden financiering en budgetstructuren belemmeren samenwerking

Een belangrijke barrière voor effectieve samenwerking in de cardiovasculaire zorg is de opdeling van de zorgfinanciering in afzonderlijke silo's per zorgsetting. Ziekenhuizen, eerstelijnszorg, wijkzorg en het sociaal domein opereren elk met eigen budgetten en prikkelstructuren. Dit leidt tot gescheiden onderhandelingen en niet op elkaar afgestemde prikkels die integrale, domeinoverstijgende zorg bemoeilijken. Deze structurele scheiding ontmoedigt samenwerking en maakt het lastig om middelen te delen of besparingen over domeinen heen te herverdelen. Hoewel alternatieve bekostigingsmodellen zoals 'shared savings' en bundelbekostiging zijn beproefd, blijven deze initiatieven zeldzaam en beperkt van omvang.

De meeste contracten zijn nog steeds gebaseerd op traditionele, volume-gedreven systemen zoals 'fee-for-service', die integrale zorg niet systematisch belonen of stimuleren (40, 41).

Hoewel innovatieve financieringsmodellen zoals bundelbekostiging⁵ en uitkomstbekostiging⁶ in ontwikkeling zijn, ondervinden veel professionals nog steeds bureaucratische obstakels bij samenwerking over traditionele grenzen heen (40). Hierdoor optimaliseren zorgaanbieders hun dienstverlening binnen het eigen budget, in plaats van integraal rondom het gehele zorgtraject van de patiënt, wat een smalle focus in stand houdt en integrale zorg belemmert.

4 Bundelbekostiging is een financieringsmodel waarbij één vast bedrag wordt betaald voor alle zorg die samenhangt met een specifieke behandeling of aandoening (zoals cardiovasculaire zorg) gedurende een bepaalde periode. Dit stimuleert zorgverleners om samen te werken en kosten te beheersen over de verschillende zorglijnen, in plaats van per afzonderlijke dienst te declareren.

5 Uitkomstbekostiging koppelt de betaling aan zorgverleners aan het behalen van specifieke patiëntuitkomsten of kwaliteitsdoelen, in plaats van aan het aantal geleverde diensten. Dit is bedoeld om verbeteringen in gezondheid en patiëntervaring te belonen.

3.2.3 Data- en ICT-infrastructuur en informatie-uitwisseling zijn gefragmenteerd

Naadloze coördinatie in de cardiovasculaire zorg wordt verder belemmerd door de gefragmenteerde beschikbaarheid en beperkte interoperabiliteit van cardiovasculaire registraties en elektronische patiëntendossiers (EPD's). Hoewel Nederland beschikt over diverse hoogwaardige cardiovasculaire registraties en de meeste organisaties EPD's gebruiken, zijn deze systemen vaak niet onderling compatibel en kunnen gegevens niet eenvoudig worden uitgewisseld of geïntegreerd tussen instellingen (41). Deze fragmentatie belemmert ook de integratie van digitale innovaties. Zo hebben thuismonitoringssystemen (hTMS) voor hartfalen weliswaar positieve effecten laten zien op ziekenhuisopnames en mortaliteit, maar de grote variatie in ontwikkeling en implementatie van hTMS tussen Nederlandse ziekenhuizen beperkt grootschalige toepassing en een gelijke toegang tot hoogwaardige zorg op afstand (42).

In de praktijk zijn veel zorgteams nog afhankelijk van trage en verouderde communicatiemiddelen zoals brief en fax of informatie die door patiënten zelf wordt aangeleverd, wat vaak leidt tot vertragingen, fouten en dubbele diagnostiek. De uitdagingen zijn niet alleen technisch, door incompatibele systemen, maar ook organisatorisch, doordat het ontbreken van gestandaardiseerde afspraken over gegevensdeling de veilige uitwisseling van patiëntinformatie bemoeilijkt.

Experts zijn het erover eens dat verbetering van cardiovasculaire zorg en uitkomsten vraagt om investeringen in een robuuste datainfrastructuur en gegevensuitwisseling, inclusief digitale platforms die realtime gedeelde communicatie en gezamenlijke besluitvorming faciliteren. Het ontbreken van een landelijke, geïntegreerde datainfrastructuur ondermijnt momenteel multidisciplinaire samenwerking, vertraagt onderzoek en innovatie, en zorgt ervoor dat iedere zorgverlener slechts een onvolledig beeld heeft van de complexe behoeften van de patiënt.

3.2.4 Beperkte betrokkenheid van patiënten bij beleid en ontwerp van zorgpaden

Traditioneel zijn het ontwerp van zorgbeleid en zorgpaden vooral gestuurd door professionals of het systeem, met

een beperkte rol voor patiënten. In de cardiovasculaire zorg betekent dit dat patiënten niet systematisch worden betrokken bij besluitvorming of beleidsvorming, hoewel recente initiatieven zoals de Nederlandse Hart- en Vaatagenda hierin verandering brengen door het patiëntenperspectief formeel te integreren (1). Een belangrijke ontwikkeling hierin is de fusie van de Hartstichting met Harteraad, waarmee de positie van de patiënt in de cardiovasculaire zorg verder wordt versterkt. Patiëntenparticipatie heeft belangrijke lacunes in de zorg blootgelegd, zoals de behoefte aan empathische communicatie, persoonlijke ondersteuning en betere coördinatie – elementen die door professionals met een focus op wetenschappelijke of technische verbeteringen vaak worden onderschat (32).

In de dagelijkse praktijk wordt gezamenlijke besluitvorming ('shared decision making') weliswaar gestimuleerd, maar niet altijd gerealiseerd, zeker bij complexe aandoeningen zoals HVZ. Op systeemniveau nemen patiënten zelden deel aan het ontwerp van zorgpaden of regionale programma's, wat kan resulteren in minder toegankelijke of minder passende dienstverlening. Onvoldoende patiëntenparticipatie kan bovendien leiden tot wantrouwen of lage therapietrouw, omdat patiënten het beleid en de zorgmodellen als opgelegd in plaats van samen ontwikkeld kunnen ervaren. Dit ondermijnt het vertrouwen en de uitkomsten. Structurele inbedding van de patiëntenstem in multidisciplinaire teams, governance en kwaliteitsverbeterinitiatieven is essentieel om cardiovasculaire zorg daadwerkelijk patiëntgericht te maken.

Samenvattend wordt de keten van cardiovasculaire zorg in Nederland gekenmerkt door sterke individuele componenten, maar ontbreekt het aan integratie over het gehele patiënttraject. Gefragmenteerde regionale netwerken, financiële en organisatorische silo's, gebrekkige datainfrastructuur en beperkte patiëntenbetrokkenheid dragen allemaal bij aan suboptimale coördinatie en gezondheidsuitkomsten. Het aanpakken van deze uitdagingen is cruciaal voor de ontwikkeling van een meer geïntegreerd, patiëntgericht en effectief cardiovasculair zorgsysteem.

Aanbevelingen voor het verbeteren van de cardiovasculaire gezondheid in Nederland

Het realiseren van betere uitkomsten op het gebied van cardiovasculaire gezondheid in Nederland vraagt om een fundamentele omslag: van gefragmenteerde, projectmatige initiatieven naar een geïntegreerde, persoonsgerichte aanpak. Op basis van de gesignaleerde knelpunten in preventie, screening en zorgcoördinatie zijn er verschillende overkoepelende oplossingsrichtingen die het gehele continuüm van cardiovasculair risicomanagement kunnen versterken.

4.1 Ontwikkel een geïntegreerd preventiekader

Om de ziektelast van HVZ effectief te beheersen en terug te dringen, dient Nederland te beschikken over een nationale preventiestrategie voor HVZ die publieke gezondheidsinitiatieven en klinische zorg verbindt. Internationale voorbeelden, zoals het North Karelia Project in Finland (zie casus 2), laten zien dat langdurige, populatiebrede preventiestrategieën, gedragen door politiek commitment en brede maatschappelijke betrokkenheid,

kunnen leiden tot een substantiële daling van HVZ-mortaliteit en risicofactoren.

Voor een effectieve en inclusieve strategie is het essentieel dat gelijkheid een leidend principe is. Preventie- en screeningsbeleid moet systematisch aandacht besteden aan gender, sociaaleconomische status en etniciteit in risicotaxatie-instrumenten, zodat interventies cultureel en taalkundig aansluiten bij de doelgroep. Ook de implementatie van screeningsinterventies dient gebaseerd te zijn op principes van gelijkheid en kosteneffectiviteit per risicopopulatie. Gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en) en maatschappelijke organisaties moeten proactief worden betrokken bij de cocreatie van interventies bij populaties met migranten en een lage SES, en met specifieke aandacht voor gendersensitiviteit. Zonder dergelijke gerichte maatregelen bestaat het risico dat nieuwe programma's bestaande gezondheidsverschillen juist versterken in plaats van verkleinen.



Casus 2 – North Karelia Project (Finland)



Het North Karelia Project is een toonaangevend, op de gemeenschap gebaseerd HVZ-preventieprogramma dat in 1972 werd gelanceerd in Noord-Karelië, Finland, destijds een regio met een van de hoogste hartinfarct-cijfers ter wereld (53). De interventie richtte zich op de leefstijl van de gehele bevolking, met onder meer antirook-campagnes, voedingsveranderingen (zoals de overstap van boter naar gezondere oliën en het stimuleren van groenteconsumptie), bloeddrukmetingen en publieke voorlichting over bewegen. Het project werd later landelijk uitgerold.

Uitkomsten: in de daaropvolgende decennia zag Noord-Karelië een daling van 84 procent in sterfte aan coronaire hartziekten bij mannen van middelbare leeftijd. Het percentage rokende mannen in Noord-Karelië daalde van 51 naar 36 procent in het eerste decennium van het project. De sleutel tot succes was brede maatschappelijke betrokkenheid, met inzet van lokale media, scholen, voedselproducenten en beleidsmakers om gezonde keuzes toegankelijk en sociaal ondersteund te maken. Het project toont aan dat preventie op populatieniveau substantiële, kosteneffectieve resultaten kan opleveren wanneer deze langdurig wordt volgehouden, en dat langdurige inzet en politieke steun voor duidelijke beleidsdoelen de cardiovasculaire gezondheid van de bevolking sterk kunnen verbeteren (53).

Een belangrijk voordeel van een geïntegreerde strategie is het vergroten van het publieke bewustzijn en van gezondheidsvaardigheden. Evidence-based campagnes zoals 'Ken je getallen' kunnen worden opgeschaald om het monitoren van bloeddruk, cholesterol en andere kernindicatoren te stimuleren, aangevuld met lokale voorlichtingsprogramma's en digitale zelftests (28, 29, 30, 43). Om inclusiviteit te waarborgen, is monitoring nodig van deelname door sociaaleconomische en etnische groepen, ondersteund door cultuursensitieve outreach (bijvoorbeeld meertalige materialen en partnerschappen met lokale organisaties). Ook moeten sociale determinanten onderdeel zijn van strategieën om mensen te betrekken, zodat hoogrisicogroepen prioriteit krijgen. Deze maatregelen stellen mensen in staat gezonder te leven en versterken de therapietrouw aan preventieve zorg. Daarnaast bieden lokale initiatieven zoals leefstijlketten en stoppen-met-roken-programma's toegankelijke ondersteuning, wat het cardiovasculaire risico verder verlaagt (44, 45).

Populatiegerichte interventies moeten worden aangevuld met gerichte familiescreening op genetische HVZ, zoals familiale hypercholesterolemie en erfelijke cardiomyopathieën (46, 90). Nederland heeft aangetoond dat deze strategie zowel effectief als kostenefficiënt is (47). Nationale richtlijnen adviseren expliciet systematische identificatie en onderzoek van eerstegraads familieleden

van personen met familiale hypercholesterolemie via cascadescreening (47, 48). Deze aanpak wordt ondersteund door initiatieven als LEEFH binnen de DCVA, die cascadescreening coördineert en vroege opsporing en preventie van HVZ verbetert (49).

Preventie- en screeningsstrategieën moeten ook gendersensitief zijn. Dit omvat het integreren van vrouwspecifieke risicofactoren en presentatievormen in richtlijnen, het systematisch verzamelen en rapporteren van seksespecifieke data, en het benutten van Nederlandse expertise uit bestaande initiatieven en registraties (50, 51, 52).

Wat betreft stakeholdermobilisatie geldt dat kansrijke regionale en landelijke initiatieven moeten worden geïntegreerd en opgeschaald onder regie van de DCVA. Duidelijke rollen en verantwoordelijkheden zijn essentieel om een uniforme, multidisciplinaire aanpak van cardiovasculaire preventie in Nederland te realiseren. Veelbelovende initiatieven zoals Check@Home (zie casus 3) en Hartcheckpunt (zie casus 4) moeten worden opgeschaald en geïntegreerd in een landelijk screeningsprogramma voor cardiovasculair risico (54, 55, 56). Samen tonen deze modellen aan hoe lokale betrokkenheid en digitale oplossingen elkaar kunnen versterken om bereik en impact te vergroten.

Casus 3 – Check@Home (Nederland)



Check@Home is een initiatief onder leiding van de Hartstichting, de Nierstichting en het Diabetes Fonds (onder de paraplu van de DCVA) dat thuisscreening op cardiovasculair en metabool risico onderzoekt. Sinds 2025 worden mensen van vijftig tot vijfenzeventig jaar in geselecteerde regio's uitgenodigd om zichzelf thuis te testen op vroege signalen van hart- en vaatziekten, nierziekten en diabetes type 2. De kit bevat een hartritmetest via een app (voor atriumfibrilleren), een urinetest en een korte gezondheidsvragenlijst, ondersteund door een digitaal platform. Deelnemers met verhoogd risico worden voor bevestigende diagnostiek en follow-up verwezen naar regionale diagnostische centra (54, 57).

Uitkomsten: de pilot, in sommige regio's bekend als 'Ik-test', laat een sterke initiële deelname zien. Vroege signalen wijzen op gebruiksvriendelijkheid en het vermogen om onbekende aandoeningen als atriumfibrilleren en chronische nierschade op te sporen. Door vervolgonderzoek te richten op mensen met een positieve thuistest, wordt brede dekking gecombineerd met efficiënt middelengebruik. Als de resultaten de haalbaarheid en impact bevestigen, kan Check@Home dienen als model voor kosteneffectieve, gerichte HVZ-screening. Het project is een voorbeeld van publiek-private samenwerking (PPS) tussen gezondheidsfondsen, onderzoeksinstituten, zorgaanbieders en bedrijven (54, 57).

Casus 4 – Hartcheckpunt (Nederland)



Hartcheckpunt is een landelijk initiatief van de Hartstichting om de cardiovasculaire gezondheid te verbeteren door laagdrempelige gezondheidschecks aan te bieden die bewustwording vergroten en inzicht geven in hartgezondheid, inclusief het vroegtijdig signaleren van risicofactoren (55). Het programma biedt gratis checks op openbare locaties zoals buurthuizen en sportscholen, zonder afspraak (55, 56). Het richt zich specifiek op volwassenen van veertig tot zevenzig jaar zonder bekende HVZ en zonder medicatie voor bloeddruk, cholesterol of bloedsuiker (56).

Bij elk checkpunt kunnen deelnemers hun bloeddruk, cholesterol, bloedsuiker, BMI en buikomvang meten. Binnen vijftien minuten ontvangen zij hun resultaten en persoonlijk leefstijladvies. Vaak is een lokale leefstijlcoach aanwezig voor extra begeleiding bij voeding, bewegen en stoppen met roken (55).

Uitkomsten: De data laat zien dat een aanzienlijk deel van de metingen verhoogde waarden aangeeft, met name voor bloeddruk, cholesterol en bloedsuiker. Deze bevindingen onderstrepen de rol van het programma bij het vroegtijdig signaleren van verborgen risico's en het stimuleren van preventieve actie.

Door preventie te verankeren in de dagelijkse leefomgeving en deelnemers te verbinden met lokale ondersteuning en de eerstelijnszorg, vormt Hartcheckpunt een brug tussen populatiegerichte preventie en het formele zorgsysteem (55). De ambitie is om binnen vijf jaar op te schalen naar vierhonderd pop-uplocaties en zo cardiovasculaire risicoscreening structureel onderdeel te maken van preventieve zorg in Nederland (56).

Een nationaal programma moet duidelijke leeftijds- en geslachtscriteria en dekkingsdoelen vastleggen. Deze moeten worden ondersteund door prestatie-indicatoren zoals dekkingsgraad (bijvoorbeeld percentage volwassenen dat jaarlijks wordt gescreend, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht), detectiegraad van hypertensie en dyslipidemie, en follow-up van naleving (bijvoorbeeld percentage met huisartscontrole binnen drie maanden). Screeningstrategieën moeten periodieke controles combineren met persoonsgerichte instrumenten, zoals thuistestkits, digitale zelfevaluaties en gestructureerde verwijspaden via de eerstelijnszorg.

Gelijkheid moet centraal blijven staan, met monitoring van deelname naar gender, sociaaleconomische en etnische groepen, cultuursensitieve interventies (bijvoorbeeld meertalige outreach, samenwerking met lokale partners), en integratie van sociale determinanten in risicoscores om hoogrisicogroepen te prioriteren. Gerichte middelen en partnerschappen met lokale organisaties en gezondheidswerkers zijn essentieel. Het Nationaal Preventieakkoord moet worden versterkt met tussentijdse doelen en publieke rapportage om verantwoording en versnelling te waarborgen.

4.2 Implementeer geïntegreerde zorg- en financieringsmodellen

Om fragmentatie te doorbreken, zou het Nederlandse systeem geïntegreerde zorgmodellen moeten invoeren waarbij multidisciplinaire teams gezamenlijk patiënten begeleiden in de verschillende zorgsettings. Cardiologen, huisartsen, gespecialiseerde verpleegkundigen, revalidatietherapeuten, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en andere relevante professionals (onder wie internisten, endocrinologen, vaatchirurgen, neurologen en nefrologen) dienen samen te werken met duidelijk gedefinieerde rollen, ondersteund door effectieve communicatieplatforms. Onder coördinatie van de DCVA kunnen programma's als NVVC Connect⁶ en het Nederlands

Hart Netwerk blauwdrukken bieden voor uniforme protocollen en soepelere overgangen (31, 36).

Financiële integratie is minstens zo belangrijk. Door gedeelde budgetten of bundelbetalingen voor cardiovasculaire zorg worden financiële prikkels op één lijn gebracht en wordt samenwerking gestimuleerd. In Nederland worden bijvoorbeeld bundelbetalingen voor chronische zorg, waaronder CVRM, vergoed via één tarief aan regionale zorggroepen, die vervolgens contracten afsluiten met verschillende zorgverleners zoals huisartsen en paramedici. Hoewel dit model beoogt de zorg te integreren, zijn ziekenhuizen doorgaans niet opgenomen in deze bundels en is de adoptie verre van uniform. Het aandeel CVRM-patiënten dat onder bundelbetalingscontracten wordt behandeld varieert sterk tussen praktijken en verzekeraars, van zeer lage deelname tot meer dan de helft van de in aanmerking komende patiënten (58).

Internationaal is het Gesundes Kinzigtal-initiatief in Zuidwest-Duitsland een voorbeeld van een 'shared savings'-model, waarbij verzekeraars en zorgverleners samenwerken voor een afgebakende regionale populatie. Besparingen door lagere dan verwachte zorgkosten worden gedeeld en ingezet voor preventie- en gezondheidsbevorderende programma's. Deze aanpak laat zien hoe het herinrichten van budgetstructuren en het op één lijn brengen van financiële prikkels zorgteams helpt diensten rondom de behoeften van de patiënt te organiseren, en zo verder te gaan dan gefragmenteerde 'fee-for-service'-modellen (59).

4.3 Verbeter gegevensdeling en digitale zorg

Een moderne strategie voor cardiovasculaire gezondheid benut digitale hulpmiddelen en data om continuïteit en efficiëntie van zorg te verbeteren. Het opzetten van een nationale cardiovasculaire datahub of -register, zoals Heart4Data, kan het mogelijk maken om informatie uit verschillende bronnen (ziekenhuizen, huisartsen, bestaande

6 NVVC Connect is niet alleen actief op het gebied van hartfalen, maar is onlangs begonnen met het verzamelen van informatie over regionale netwerken voor CVRM-zorg en heeft een CVRM-toolkit op haar website gepubliceerd. De NHN-casus (Zuidoost-Brabant) benadrukt voornamelijk de afspraken rond hartfalen, maar bevat ook een transmurale akkoord voor CVRM-zorg. Andere regio's, zoals Deventer en Noordwest Ziekenhuizen, laten goed ontwikkelde verpleegkundig-geleide CVRM-zorg en transmurale werkmodellen zien.

registers) te bundelen, uitkomsten te monitoren, hiaten te signaleren en evidence-based diensten te ontwikkelen (60). Om gendergelijkheid te bevorderen, moeten nationale cardiovasculaire registers en digitale zorgplatforms systematisch data op basis van sekse en gender verzamelen, analyseren en rapporteren.

Heart4Data bouwt aan een duurzame FAIR-infrastructuur ('Findable, Accessible, Interoperable, Reusable') voor onderzoek, waarbij data over zorgsettings heen worden gekoppeld ter ondersteuning van studies en kwaliteitsverbetering. Hoewel Nederland nog geen volledig uniform register heeft, zijn er belangrijke stappen vooruit met initiatieven als Heart4Data, de Netherlands Heart Registration (NHR, het nationale kwaliteitsregister voor

hartzorg) en de National Registry van het Netherlands Heart Institute (NLHI, met onder meer de Dutch Cardiomyopathy Database). NHR verzamelt uitgebreide data over interventies en syndromen, wat benchmarking en onderzoek op nationale schaal mogelijk maakt, terwijl NLHI waardevolle ziektespecifieke datasets biedt die deze inspanningen aanvullen (61, 62).

Internationale best practices, zoals het Zweedse SWEDEHEART-register (zie casus 5), laten zien hoe uniforme, verplichte registers vrijwel volledige dekking, benchmarking en outcome-verbetering mogelijk maken. Nederland kan hiervan leren door te bewegen naar een gestandaardiseerd nationaal register met koppeling aan populatiedata.

Casus 5 – SWEDEHEART (Zweden)



Het SWEDEHEART-register is een landelijke Zweedse voorziening die is opgezet om cardiovasculaire zorg te monitoren en te verbeteren via uitgebreide 'post-market' klinische follow-up (63). Opgericht in 2009, integreert het register data van acute hartzorg, coronaire interventies, secundaire preventie en hartchirurgie. Jaarlijks worden circa tachtigduizend casussen geregistreerd, waaronder die van patiënten met acuut coronair syndroom, PCI's en deelnemers aan secundaire preventieprogramma's. Dataverzameling is continu en prospectief, met koppeling aan nationale gezondheidsregisters voor sterfte en langetermijntuitkomsten.

Uitkomsten: SWEDEHEART heeft vrijwel volledige nationale dekking en hoge datanauwkeurigheid bereikt (meer dan 97 procent) (63). Het maakt benchmarking tussen ziekenhuizen mogelijk, ondersteunt richtlijnontwikkeling en evaluatie van medische hulpmiddelen zoals stents en 'drug-eluting balloons'. Bewijs uit het register heeft bijgedragen aan verbeterde zorgkwaliteit en lagere morbiditeit en mortaliteit. Het model is overgenomen in andere landen en toont de schaalbaarheid en impact aan. Door landelijke dekking te combineren met strikte follow-up, laat SWEDEHEART zien hoe registers evidencebased verbeteringen in behandeling en 'post-market'-surveillance kunnen stimuleren.

Om de voordelen van een optimaal register volledig te benutten, moet de digitale zorginfrastructuur verder worden ontwikkeld. Interoperabele elektronische patiëntendossiers moeten ervoor zorgen dat alle zorgverleners, van specialist tot huisarts, relevante patiëntinformatie kunnen inzien. Beleidsmakers moeten de ontwikkeling van persoonlijke gezondheidsomgevingen en gestandaardiseerde dataformaten versnellen. Digitale zorgdiensten zoals

telemonitoring voor chronisch hartfalen en hypertensie moeten worden uitgebreid, aangezien bewijs hun effectiviteit aantoonde voor ziekenhuisopnames en sterftereductie (42). Zo breidt HartWacht⁷ zijn telemonitoringdiensten uit met CVRM en lipidenmonitoring. Deze programma's worden al vergoed door Nederlandse zorgverzekeraars en maken het mogelijk cardiovasculair risico thuis continu en integraal te managen (64). Wearables, mobiele apps en voorspellende

⁷ Een e-health telemonitoringsdienst van Cardiologie Centra Nederland waarmee patiënten thuis hun vitale functies kunnen meten en delen voor monitoring op afstand door verpleegkundigen en cardiologen.

analyses kunnen patiënten verder ondersteunen en gepersonaliseerde zorg mogelijk maken. Deze oplossingen dienen te functioneren binnen een robuust governancekader dat voldoet aan de AVG, sterke gegevensbescherming waarborgt en duidelijke patiëntinformatie biedt, waarbij expliciete toestemming nodig is als gegevens voor andere doeleinden dan directe zorg worden gebruikt. Door privacywaarborgen en transparantie structureel te verankeren, kunnen digitale zorgoplossingen continue communicatie, vroege interventie en betere langetermijnuitskomsten bij cardiovasculaire aandoeningen ondersteunen.

4.4 Versterk multidisciplinaire samenwerking en patiëntgerichte zorg

Een cultuurverandering richting multidisciplinaire, patiëntgerichte zorg is minstens zo belangrijk als het invoeren van technische innovaties. Zorgverleners dienen standaard te werken in multidisciplinaire teams, met betrokkenheid van diëtisten, fysiotherapeuten, apothekers, psychologen en maatschappelijk werkers naast artsen en verpleegkundigen. Samenwerking tussen cardiologen, endocrinologen, nefrologen en huisartsen is essentieel, gezien de frequente overlap tussen cardiovasculaire, metabole en renale aandoeningen. Ook nauwere samenwerking tussen cardiologen, vaatchirurgen, neurologen en vasculaire internisten is cruciaal, met name in de secundaire preventie, waar gedeelde expertise op vasculaire gezondheid uitkomsten significant kan verbeteren. Om deze samenwerking effectief te maken, moeten geïntegreerde poliklinieken en hartteamconsulten worden uitgebreid naar de eerste lijn, zodat complexe casussen gecoördineerd worden begeleid.

Een heldere taakverdeling en sterke communicatieprotocollen zijn essentieel, niet alleen om gefragmenteerde zorg te voorkomen, maar ook om te waarborgen dat complexe patiënten de integrale begeleiding krijgen die zij nodig hebben.

Deze aanpak staat centraal bij de DCVA Preventiecommissie, die nationaal inzet op het optimaliseren van zorgpaden, het verduidelijken van rollen en het versterken van communicatieprotocollen voor integrale cardiovasculaire zorg (13, 65).

Belangrijk is dat multidisciplinaire cardiovasculaire teams en regionale zorgpaden ook getraind worden in het herkennen van vrouwspecifieke presentatievormen en risicofactoren. Internationale en Nederlandse expertorganisaties en belangenbehartigers zoals de DCVA en de ESC benadrukken steeds meer het belang van gendersensitieve zorgcoördinatie, omdat vrouwen vaak andere symptomen hebben en risico lopen op onderdiagnose of onderbehandeling (66, 67). Het inbedden van gendersensitieve protocollen en scholing in regionale netwerken is essentieel voor gelijke, hoogwaardige zorg voor alle patiënten.

Naast multidisciplinaire coördinatie is het even belangrijk om patiënten te versterken als actieve partners in de zorg. Patiënten moeten actief worden betrokken als lid van het zorgteam via mechanismen als samen beslissen ('shared decision making', SDM) en zelfmanagementondersteuning. In België werd bijvoorbeeld het digitale SDM-model SharedHeart geïmplementeerd in hartrevalidatie, waarmee patiënten en zorgverleners gezamenlijk beweegdoelen konden stellen en gepersonaliseerde plannen konden maken via een app. Dit leidde tot betere kwaliteit van leven en meer fysieke activiteit dan standaardzorg (68). In Nederland wordt binnen het 2Decide-programma specifiek onderzoek gedaan naar de effectiviteit van beslissondersteuning bij CVRM, wat het belang van SDM in cardiovasculaire zorg onderstreept (69).

Daarnaast kunnen patiëntcoaches of -navigators mensen helpen het zorgsysteem beter te begrijpen en leefstijlveranderingen door te voeren. Het Sanger Heart & Vascular Institute in de VS wijst bijvoorbeeld verpleegkundig navigators toe aan patiënten na ontslag uit het ziekenhuis, wat leidt tot minder heropnames en betere follow-up. Ook het structureel betrekken van patiëntenvertegenwoordigers bij het ontwerp en de evaluatie van zorgprocessen, en het systematisch verzamelen van patiëntgerapporteerde uitkomsten, zorgt ervoor dat diensten zowel klinisch effectief als betekenisvol zijn voor de ontvangers (70).

Deze maatregelen versterken samen de patiëntbetrokkenheid en continuïteit van zorg over het hele traject.

Patiëntbetrokkenheid moet verder gaan dan individuele zorg en ook op beleidsniveau worden verankerd, zodat systeemprioriteiten aansluiten bij de behoeften van patiënten. Een recent voorbeeld is de cocreatie van de Nederlandse Hart- en Vaatagenda, die tot stand kwam door een breed participatief proces met patiënten, mantelzorgers, zorgverleners, wetenschappers en beleidsmakers (zie casus 6).

Casus 6 – Cocreatie van de Nederlandse Hart- en Vaatagenda (Nederland)

In 2023-2024 leidden de Hartstichting en patiëntenorganisatie Harteraad een cocreatief proces voor de Nationale Hart- en Vaatagenda. Dit omvatte achttien focusgroepen met circa 180 deelnemers, onder wie patiënten, mantelzorgers, zorgverleners, wetenschappers en beleidsmakers, om uitdagingen en prioriteiten te identificeren. De enquête, met meer dan tienduizend respondenten, hielp de belangrijkste thema's voor nationale actie te bepalen (1).



Uitkomsten: het initiatief kreeg draagvlak en consensus van alle stakeholdergroepen door verschillen in perspectief tussen patiënten en professionals te overbruggen. Diversiteit en gezondheidsongelijkheid werden prominente thema's, mede door inbreng van patiënten en publiek. Deze cocreatie werd erkend als voorbeeld voor maatschappelijke betrokkenheid bij gezondheidsbeleid en de agenda werd in oktober 2024 officieel gelanceerd met steun van de minister van VWS. In de eerste fase van de implementatie van de tienjarenroutekaart is al brede verbondenheid en commitment bereikt. De casus toont de waarde van patiëntbetrokkenheid op beleidsniveau, met aandacht voor communicatie, coördinatie en emotionele ondersteuning (1).

Bovenstaande vier algemene aanbevelingen geven richting aan het verbeteren van de cardiovasculaire gezondheid in Nederland, van proactieve preventie in de gemeenschap tot geïntegreerde, patiëntgerichte klinische zorg. Door prikkels op één lijn te brengen, de datainfrastructuur te versterken, samenwerking te bevorderen en goed bestuur te borgen, kan Nederland ervoor zorgen dat iedere patiënt de juiste zorg op het juiste moment ontvangt en dat preventie en behandeling ook de mensen bereiken die het het meest nodig hebben. Het versterken van multidisciplinaire samenwerking en patiëntgerichte zorg is daarbij essentieel.



Richtlijnen voor continue verbetering van cardiovasculaire gezondheid

Het verbeteren van de cardiovasculaire gezondheid vraagt om een gezamenlijke en doorlopende leer- en verbetercyclus, waarin verschillende stakeholders samenwerken, het gesprek aangaan en zich samen aanpassen. Deze benadering vraagt om het zichtbaar maken van initiatieven, het uitnodigen van diverse perspectieven en het creëren van regelmatige mogelijkheden voor dialoog en gezamenlijk leren. De volgende richtlijnen vertalen deze mentaliteit naar concrete acties en ondersteunen het creëren van beweging door openheid en wederzijdse betrokkenheid.

5.1 Bevorder transparantie en het delen van good practices en initiatieven

Transparantie en het delen van good practices zijn essentieel om excellentie en innovatie in het cardiovasculaire domein te stimuleren. Om daadwerkelijk impact te maken, moeten initiatieven actief zichtbaar worden gemaakt op een centrale nationale (digitale) plek. Daar moeten stakeholders feedback kunnen geven en kunnen bijdragen aan voortdurende verbetering. Op dit moment blijven veel veelbelovende projecten en onderzoeksresultaten beperkt tot lokale netwerken of gespecialiseerde expertgroepen, waardoor hun bredere impact en het gezamenlijke leerpotentieel beperkt blijven.

Nationale gezondheidsinstituten, zoals het ministerie van VWS of andere publieke gezondheidsorganisaties, samen met organisaties als de DCVA en de Hartstichting, zouden een digitale database moeten opzetten en beheren om initiatieven, onderzoeksresultaten en praktische tools te delen. Door gebruik te maken van bestaande infrastructuur en governance, kan dit platform niet alleen effectieve initiatieven uit het hele land verzamelen en versterken, maar ook actieve betrokkenheid en kritische reflectie van alle betrokken partijen stimuleren.

Ziekenhuizen, onderzoeksinstituten en lokale programma's moeten worden aangemoedigd om hun innovaties, onderzoeksresultaten en praktische hulpmiddelen openlijk te delen, zodat waardevolle kennis toegankelijk wordt buiten de eigen regio en een dynamische uitwisseling mogelijk wordt. Patiëntenorganisaties spelen een belangrijke rol bij het signaleren en onder de aandacht brengen van patiëntgerichte innovaties en het waarborgen dat informatie toegankelijk en begrijpelijk blijft voor iedereen. Beroepsverenigingen kunnen dit proces ondersteunen door good practices te selecteren en te valideren, met het besef dat dit een doorlopend leerproces is en geen eindpunt.

Door good practices zichtbaar en toegankelijk te maken, kunnen alle betrokkenen actief bijdragen aan versneld leren en het opschalen van effectieve oplossingen op landelijke schaal.

5.2 Stimuleer een cultuur van kennisdeling en samenwerking

Om collectieve impact te realiseren in de cardiovasculaire zorg, is een cultuur van kennisdeling, samenwerking, luisteren en continu leren nodig, ondersteund door solide, nationaal gecoördineerde fora die regelmatige dialoog en reflectie mogelijk maken. Dit betekent structureel ruimte creëren voor multiperspectivistische dialoog via congressen, webinars en werkgroepen waarin verschillende stemmen samenkomen. Deze fora moeten ruimte bieden voor reflectieve gesprekken waarin stakeholders bespreken wat werkte, wat niet werkte en wat aangescherpt kan worden voor de toekomst.

De DCVA en de Hartstichting zijn goed gepositioneerd om de coördinatie van regelmatige nationale en regionale multidisciplinaire bijeenkomsten op zich te nemen, zoals congressen, webinars en werkgroepen, waarbij bestaande

evenementen worden benut en uitgebreid. Zorgverleners, onderzoekers en patiëntenorganisaties moeten worden aangemoedigd om deel te nemen aan deze fora, ervaringen te delen en good practices aan te passen aan hun lokale context. Verzekeraars en regionale zorgnetwerken kunnen dit proces ondersteunen door deelname te faciliteren en de verspreiding van innovaties tussen regio's te stimuleren.

Via deze bestaande en nieuwe fora kunnen stakeholders onderling leren, silo's doorbreken en inzichten beter toepasbaar maken, om zo continue verbetering in de sector te stimuleren.

5.3 Verduidelijk en versterk de verantwoordelijkheden van alle stakeholdergroepen

Elke stakeholder in het cardiovasculaire veld – van overheid, zorgverleners, industrie en verzekeraars tot patiëntenorganisaties, beleidsmakers en onderzoekers – speelt een essentiële rol in het vertalen van kennis naar betekenisvolle actie. Het verduidelijken en versterken van de verantwoordelijkheden van elke groep is noodzakelijk voor blijvende vooruitgang.

Zorgverleners en beroepsverenigingen dienen nieuwe inzichten te integreren in richtlijnen en dagelijkse praktijk, en uitkomsten te delen om het gezamenlijke leren te bevorderen. De private sector (zoals farmaceutische bedrijven of bedrijven in gezondheidstechnologie) draagt bij door het ontwikkelen van innovatieve therapieën en technologieën, samen te werken in onderzoek en kennisdeling, en data en inzichten te leveren aan gezamenlijke fora. Beleidsmakers en verzekeraars moeten samen feedbackloops ontwikkelen die de implementatie en uitkomsten volgen, zodat inzichten toekomstige beleidsvorming voeden. Patiëntenorganisaties moeten waarborgen dat het patiëntenperspectief in elke fase wordt meegenomen en helpen om lessen te vertalen naar toegankelijke formats. Tot slot dienen onderzoekers en academische instellingen tijdig toepasbare resultaten te publiceren en samen te werken met klinici om de vertaling naar de praktijk te versnellen.

Door deze richtlijnen te omarmen en een duurzame cyclus van actie, reflectie en aanpassing te verankeren, kan Nederland de stap maken van losse pilots naar een dynamisch, lerend systeem dat geïntegreerde, effectieve en rechtvaardige cardiovasculaire zorg biedt voor iedereen.



Synergieën met Europese initiatieven

HVZ is een grote gezondheidsuitdaging in heel Europa en wereldwijd. Nederland kan zijn nationale aanpak versterken door aan te sluiten bij EU-gezondheidsstrategieën en deel te nemen aan grensoverschrijdende projecten. Dit biedt kansen om expertise te delen, toegang te krijgen tot financiering en bij te dragen aan gezamenlijke innovatie.

6.1 Afstemming met EU-gezondheidsstrategieën

De EU heeft haar aandacht voor niet-overdraagbare ziekten (NCD's) vergroot, waarbij HVZ de belangrijkste doodsoorzaak is in Europa en verantwoordelijk is voor ongeveer een derde van alle sterfgevallen in de EU (71). In 2022 lanceerde de Europese Commissie het Healthier Together – EU NCD Initiative⁸, waarin cardiovasculaire gezondheid als een van de publieke gezondheidsprioriteiten voor lidstaten om aan te pakken wordt benoemd (72). Hierop voortbouwend heeft de Europese Commissie onlangs het langverwachte EU Safe Hearts Plan gepubliceerd, een belangrijke mijlpaal om te reageren op 'EU's leading health challenge', met als doel de cardiovasculaire gezondheid van alle mensen die in Europa wonen te verbeteren. Het Plan stelt ambitieuze doelen voor het komende decennium, waaronder het verminderen van vroegtijdige cardiovasculaire sterfte met vijftieng procent en ervoor zorgen dat minstens twee derde van de volwassenen jaarlijks wordt gecontroleerd op belangrijke risicofactoren. Het is opgebouwd rond drie pijlers: preventie, vroege opsporing en screening, en behandeling en zorg, met drie sleutelhefbomen: digitale innovatie, onderzoek en kennis, en het aanpakken van ongelijkheden (73, 74).

De prioriteiten van de Nederlandse Hart- en Vaatagenda (preventie, vroege opsporing en geïntegreerde zorg) sluiten nauw aan bij de focusgebieden op EU-niveau, zoals het bevorderen van een gezonde leefstijl, het verbeteren

van primaire preventie, het versterken van het beheer van cardiovasculaire risicofactoren en het adresseren van familiale en genetische aanleg in heel Europa (1, 74). Deze afstemming maakt het mogelijk dat Nederland effectieve strategieën deelt en leert van andere landen. Waar de Nederlandse Hart- en Vaatagenda breed inzet op gezondheidsbevordering en risicopreventie, voegen EU-strategieën een expliciete nadruk toe op secundaire preventie, waarbij wordt gewaarborgd dat patiënten met bestaande aandoeningen zoals diabetes, obesitas, hypertensie, maar ook mensen met nierziekten en aangeboren aandoeningen, tijdig worden gediagnosticeerd, risicofactoren worden beheerd en passende behandeling wordt geboden om progressie en comorbiditeiten te voorkomen. Het versterken van deze dimensie in de Nederlandse aanpak zou de aansluiting op EU-prioriteiten verbeteren en helpen de ziektelast bij hoogrisicogroepen te verminderen (74, 75, 76, 77).

Organisaties als de ESC en het European Heart Network pleiten al langer voor nationale HVZ-actieplannen, en de EU roept lidstaten nu op om hun nationale beleidsinspanningen te versterken (73, 75, 76). Om volledig aan te sluiten bij deze ontwikkelingen, zou Nederland een eigen Nationaal Cardiovasculair Gezondheidsplan moeten ontwikkelen, in samenwerking met beleidsmakers, beroepsverenigingen en patiëntenorganisaties. Dit plan moet meetbare doelen bevatten voor preventie, vroege opsporing, behandeling en gelijkheid. Ook moeten duidelijke governance-structuren worden ingericht, zoals een nationale stuurgroep en regionale implementatiegroepen, en moeten er transparante rapportagemechanismen komen die aansluiten bij ESC-kwaliteitsindicatoren en EU-initiatieven als EuroHeart (zie paragraaf 6.2). Door te bewegen van projectmatige inspanningen naar een langetermijn- en systeemgerichte aanpak, wordt continuïteit, verantwoording en duurzame

8 Healthier Together – EU Non-Communicable Diseases Initiative is een programma van de Europese Commissie (2022-2027) dat lidstaten ondersteunt bij het terugdringen van de ziektelast door grote niet-overdraagbare aandoeningen, waaronder hart- en vaatziekten, via preventie, vroege opsporing en betere zorg.

impact geborgd. Verder moet het plan EU-prioriteiten opnemen, zoals het aanpakken van genderverschillen in preventie, diagnostiek en behandeling, en gebruikmaken van EU-gefinancierde projecten en grensoverschrijdende samenwerking om de voortgang te versnellen (78).

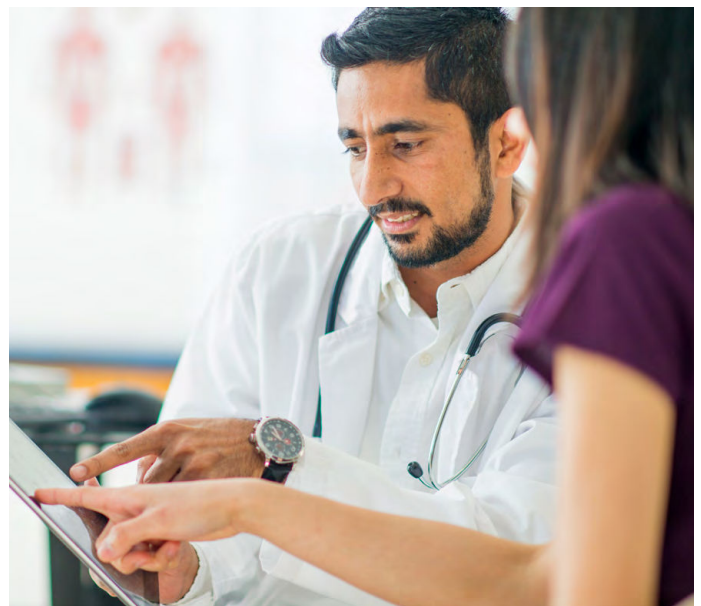
6.2 Grensoverschrijdende samenwerking

Nederland neemt al deel aan diverse EU-netwerken, met name op het gebied van screening en vroege opsporing. Nederlandse experts participeren in het Nordic Screening Network⁹, waar inzichten worden gedeeld over uitdagingen zoals het definiëren van doelgroepen voor screening en het verkennen van risicogestuurde benaderingen (79). Voortgezette samenwerking helpt Nederland te leren van ervaringen uit andere landen, zoals de Deense aanpak van HVZ-screening of de Franse strategieën voor opsporing van familiale hypercholesterolemie (80, 81). Grensoverschrijdende trials en pilotprogramma's, zoals gecoördineerde studies naar AI voor cardiovasculaire risicovoorspelling, kunnen waardevol bewijs opleveren en innovatie stimuleren. Initiatieven als EuroHeartPath zijn een voorbeeld van een vooruitstrevende aanpak, waarbij kunstmatige intelligentie en gezondheidsdata worden ingezet om cardiovasculair risico beter te voorspellen en gepersonaliseerde zorg in heel Europa mogelijk te maken. Het programma verenigt 35 expertorganisaties uit tien landen, waaronder toonaangevende ziekenhuizen, onderzoeksinstituten, publieke gezondheidsverenigingen, industriepartners en de ESC (82).

De EU ondersteunt ook initiatieven als de Global Alliance for Chronic Diseases (GACD), die internationaal onderzoek coördineert naar chronische ziekten, waaronder HVZ (83). Nederlandse onderzoekers kunnen aan deze programma's deelnemen en zo bijdragen aan wereldwijde strategieën voor preventie en behandeling. Op het gebied van data en onderzoek sluit de Europese ambitie voor een European Health Data Space en interoperabele gezondheidsdossiers aan bij de Nederlandse doelen voor betere gegevensdeling. Door bij te dragen aan en gebruik te maken van Europese

datastandaarden, kan Nederland grensoverschrijdend onderzoek faciliteren en burgers toegang geven tot digitale zorgdiensten.

Het bestuderen van beleidsmaatregelen uit andere EU-landen kan ook de Nederlandse strategie verrijken. Zo introduceerde Portugal verplichte zoutnormen voor brood als onderdeel van de zoutreductiewet om zoutinname en HVZ te verminderen (84). Evenzo hebben landen als het VK via de NHS Health Check populatiebrede screeningsprogramma's ingevoerd, waarbij volwassenen van veertig tot vierenzeventig jaar gratis cardiovasculaire risicobeoordelingen krijgen om hartziekten, diabetes en beroertes vroegtijdig te signaleren (85). Om uitkomsten te monitoren en de zorgkwaliteit te verbeteren, beheert Denemarken een landelijk Hartregister met data over coronaire interventies en operaties voor benchmarking en onderzoek (86). Deze inspanningen worden aangevuld door pan-Europese initiatieven als ESC's EuroHeart, dat dataverzameling harmoniseert om benchmarking en kwaliteitsverbetering in cardiovasculaire zorg mogelijk te maken (87). Nederland kan overwegen soortgelijke maatregelen te nemen om het HVZ-beleid aan te vullen en te leren van andere Europese landen.



⁹ Het Nordic Screening Network is een samenwerkingsverband van screeningsexperts uit Denemarken, Finland, IJsland, Noorwegen, Zweden en partnerlanden zoals Nederland. Het netwerk richt zich op het delen van best practices en het aanpakken van uitdagingen bij bevolkingsonderzoek, waaronder toegankelijkheid, het definiëren van doelgroepen, risicogestuurde benaderingen en innovaties zoals AI.

6.3 EU-financiering en gezamenlijke projecten

De EU ondersteunt gezondheid via programma's als Horizon Europe, dat onderzoek en innovatie financiert, en EU4Health, een miljardenprogramma gericht op het versterken van gezondheidssystemen en het aanpakken van grote ziekten. In de toekomst komen nieuwe instrumenten beschikbaar, zoals het recent opgerichte European Competitiveness Fund, dat gezondheid erkent als een van de kernstrategische sectoren die essentieel zijn voor Europa's concurrentievermogen en veerkracht (88). Nederland zou deze kansen moeten blijven benutten voor cardiovasculaire initiatieven. Horizon Europe stelt Nederlandse universiteiten en bedrijven in staat consortia

te leiden of deel te nemen aan projecten rond preventie en gepersonaliseerde zorg (89). EU4Health heeft eerder acties op het gebied van cardiovasculaire gezondheid ondersteund, maar wordt na 2027 uitgefaseerd als onderdeel van een bredere hervorming onder het nieuwe Meerjarig Financieel Kader. Gezondheidsfinanciering wordt geïntegreerd in het European Competitiveness Fund, waardoor cardiovasculaire gezondheid als strategische investeringsprioriteit kan worden gepositioneerd naast kanker en mentale gezondheid. Dit betekent een verschuiving van losse subsidieprogramma's naar geïntegreerde langetermijninvesteringen in gezondheidsweerbaarheid en innovatie, waaronder beter datagebruik en vroege opsporing (89).

Door gebruik te maken van deze financieringsstromen kan Nederland programma's als Check@Home samen met Europese partners opschalen of een veilig nationaal HVZ-register ontwikkelen dat aansluit op de European Health Data Space (EHDS), en zo interoperabiliteit binnen een breder Europees netwerk waarborgen.

Actieve betrokkenheid bij Europese beleidsdialogen is even belangrijk. Door bij te dragen aan de lokale implementatie van het Safe Hearts Plan kunnen Nederlandse stakeholders helpen om cardiovasculaire gezondheid hoog op de agenda te houden. Een sterkere EU-inzet kan zich vertalen in meer structurele middelen voor lidstaten om preventie en zorgverbeteringen te implementeren, waar Nederland direct en indirect van profiteert.

Europese synergieën bieden een win-winsituatie: Nederland kan zijn expertise op het gebied van cardiovasculaire gezondheid delen en tegelijkertijd leren van innovaties elders. Toegang tot EU-financiering, data en partnerschappen kan de implementatie van de nationale cardiovasculaire strategie versnellen. Door samen te werken in Europees verband kan Nederland zijn eigen aanpak versterken en bijdragen aan een gezonder Europa. Cardiovasculaire gezondheid is nu een duidelijke prioriteit in het Europese gezondheidsbeleid, en door nationale inspanningen hierop af te stemmen, kan Nederland toekomstige HVZ-crisis helpen voorkomen via betere preventie en zorg.



Conclusie

Dit rapport belicht de complexe en urgente uitdagingen rondom het beheersen van HVZ in Nederland, met aandacht voor zowel unieke nationale vraagstukken als overeenkomsten met Europese trends. Ondanks aanzienlijke medische vooruitgang blijft HVZ een van de belangrijkste doodsoorzaken, waarbij de prevalentie naar verwachting zal toenemen door vergrijzing en leefstijlgerelateerde risico's. Risicofactoren als roken, obesitas, hypertensie en een hoog cholesterol blijven een grote impact hebben op de Nederlandse bevolking, waarbij sociaaleconomische en etnische verschillen leiden tot slechtere uitkomsten bij kwetsbare groepen.

Beleidsmakers hebben belangrijke stappen gezet via ambitieuze akkoorden en geïntegreerde zorgstrategieën, waaronder het Nationaal Preventieakkoord, IZA, GALA en AZWA. Dit markeert een veelbelovende verschuiving richting preventie en lokale samenwerking. Toch bestaan er kritieke hiaten tussen beleidsintentie en praktijk. Preventie- en screeningsprogramma's worden niet overal consequent toegepast, zorgcoördinatie is gefragmenteerd en digitale zorgoplossingen worden onvoldoende benut. Patiëntbetrokkenheid neemt toe, maar is nog niet systematisch.

Het dichten van deze hiaten vereist urgente, doortastende actie van beleidsmakers. VWS moet, samen met de DCVA, de Hartstichting en andere stakeholders, de handhaving versterken, investeren in gerichte interventies en de integratie tussen sociaal en medisch domein bevorderen voor duurzame, impactvolle verbetering.

De DCVA staat voorop in het overbruggen van de kloof tussen beleid en praktijk. Als nationale coalitie van 25 organisaties werkt de DCVA actief aan de omslag van losse pilots naar een gecoördineerd, landelijk raamwerk voor cardiovasculaire zorg. De Nederlandse Hart- en Vaatagenda, ontwikkeld door de Hartstichting en een brede coalitie van stakeholders, biedt aanvullend een breed gedragen nationaal kader om de belangrijkste uitdagingen aan te pakken, waaronder preventie, vroege opsporing, gepersonaliseerde zorg en kennisdeling. Deze strategische thema's bieden een duidelijke routekaart voor collectieve actie en sluiten nauw aan bij de analyse en aanbevelingen van dit rapport.

Dit rapport vier prioriteiten die onmiddellijke beleidsaandacht vereisen:

Aanbevelingen



1. Ontwikkel een geïntegreerd preventiekader: stel een nationale HVZ-preventiestrategie op die publieke gezondheid en klinische zorg verbindt, breid kosteneffectieve screeningsprogramma's uit en waarborg gelijkheid door te focussen op hoogrisicogroepen, genetisch belaste en moeilijk bereikbare populaties.



2. Implementeer geïntegreerde zorg- en financieringsmodellen: schaal multidisciplinaire zorgpaden landelijk op, onder regie van de DCVA Preventiecommissie, met heldere rolverdeling en communicatieprotocollen voor integrale cardiovasculaire zorg. Stem prikkels af via bundelbetalingen of 'shared savings'-modellen om fragmentatie te verminderen.



3. Versterk gegevensdeling en digitale zorg: richt een uniform cardiovasculair dataregister in, versnel interoperabele elektronische patiëntendossiers en breid digitale zorgtools uit, zoals telemonitoring, wearables en voorspellende analyses voor gepersonaliseerde zorg.



4. Versterk multidisciplinaire samenwerking en patiëntgerichte zorg: stimuleer een cultuurverandering richting samenwerking, veranker samen beslissen en zelfmanagementtools, en betrek patiënten structureel bij het ontwerp en de evaluatie van zorg.

Om de voortgang te versnellen, zijn leidende principes nodig die ambitie omzetten in gecoördineerde, stakeholdergedreven actie:

Leidende principes



1. Bevorder transparantie en het delen van good practices via een centrale, toegankelijke kennisomgeving die niet alleen succesvolle initiatieven zichtbaar maakt, maar ook uitnodigt tot feedback en reflectie voor continu leren en verbeteren.



2. Stimuleer een cultuur van kennisdeling en samenwerking door stakeholders te betrekken in gesprekken met verschillende perspectieven, werkgroepen en online netwerken die dialoog, bescheidenheid en aanpassing stimuleren en silo's doorbreken.



3. Verduidelijk en versterk de verantwoordelijkheden van alle stakeholdergroepen door te zorgen dat alle stakeholders actief bijdragen aan actie, reflectie en kennisuitwisseling, en door feedbackloops in te bouwen die inzichten vertalen naar betekenisvolle vooruitgang.

Door deze aanbevelingen te volgen, kan Nederland toewerken naar een cardiovasculair gezondheidssysteem dat meer geïntegreerd, rechtvaardig en effectief is, met volledige integratie van gendersensitieve benaderingen in beleid, preventie, zorgverlening en dataverzameling. Het benutten van Europese synergieën en aansluiting bij internationale good practices zal de impact vergroten en ervoor zorgen dat iedereen, ongeacht gender, achtergrond of woonplaats, gelijk profiteert van vooruitgang in cardiovasculaire gezondheid.

Maatwerkoplossingen zijn nodig om lokale verschillen en systeemzwakten aan te pakken. Door de Nederlandse Hart- en Vaatagenda als gedeelde basis te benutten en beleidsambitie om te zetten in gecoördineerde, evidencebased actie, kan Nederland niet alleen de nationale HVZ-uitkomsten verbeteren, maar ook een voorbeeld stellen voor geïntegreerde zorg in Europa. Het zeker stellen van gerichte middelen, het versterken van governance en het verplicht stellen van transparante verantwoording zijn cruciaal om deze visie te realiseren.



Over dit onderzoek

Dit rapport beschrijft de uitkomsten van een rondetafeldiscussie die op 3 oktober 2025 in Amsterdam plaatsvond. Dit initiatief werd mogelijk gemaakt dankzij de ondersteuning van het EFPIA Cardiovascular Health Platform, in samenwerking met de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen (VIG).

Aan de rondetafeldiscussie namen diverse stakeholders deel, onder wie vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, de academische wereld, beroepsverenigingen en de farmaceutische industrie (zie Dankwoord). Voorafgaand aan de bijeenkomst werden, op basis van secundair onderzoek en uitgebreide expertinterviews uitgevoerd door PwC, twee prioritaire thema's vastgesteld: 1) preventie en screening en 2) zorgcoördinatie en samenwerking.

Na afloop van de rondetafel heeft het PwC-team de inzichten gebundeld en een aantal kritieke aandachtsgebieden en eerste aanbevelingen geformuleerd. Deze aanbevelingen zijn vervolgens in samenwerking gevalideerd door PwC, EFPIA, VIG en de rondetafelexperts. Daarnaast is relevante wetenschappelijke en grijze literatuur geraadpleegd om de onderbouwing te versterken.

De definitieve versie van dit rapport is in januari 2026 opgesteld door PwC, waarbij feedback van alle deelnemers aan de rondetafel, EFPIA, VIG en vertegenwoordigers van de lokale industrie is verwerkt.

Dankwoord

Dit rapport is opgesteld door:

- **Claudia Vittori**, Health Industries, PwC Zwitserland
- **Natalia Bilo**, Health Industries, PwC Zwitserland
- **Sierk Hannema**, PwC Strategy&, Nederland

Wij erkennen de waardevolle bijdragen van alle experts die voor dit werk zijn geraadpleegd en spreken onze bijzondere dank uit aan de experts die deelnamen aan de rondetafelbijeenkomst en een-op-een-interviews:

Rondetafeldeelnemers:

Andrew Oostindjer

huisarts, Medisch Centrum Es

Caroline Verhage

voorzitter Stichting Vrouwenhart

Dr. Dennis van Veghel

directeur NHR

Prof. dr. Jan Kremer

hoogleraar Zorg & Samenleving, RadboudUMC

Prof. dr. Mark Kramer

onafhankelijk voorzitter VIG, hoogleraar Interne Geneeskunde Amsterdam UMC

Dr. Martin Hemels

cardioloog Rijnstate, voorzitter WCN

Reinhart Dorman

cardioloog Bravis Ziekenhuis, secretaris WCN

Dr. Rogier Veltrop

LMNA-hartonderzoeker & patiëntenvertegenwoordiger

Prof. dr. Wouter Jukema

directeur NLHI, hoogleraar Cardiologie, LUMC

Een-op-een-interviews:

Dayenne Zwaagman

patiëntvertegenwoordiger Hart4Onderzoek

Prof. dr. Erik Stroes

hoogleraar Vaatgeneeskunde Amsterdam UMC

Prof. dr. Fabrice Martens

hoogleraar Preventieve Cardiologie, Amsterdam UMC

Hans Snijder

voorzitter Hartstichting

Heleen Knottnerus

beleidsmedewerker belangenbehartiging Diabetes Vereniging Nederland

Prof. dr. Jeannine Roeters van Lennep

hoogleraar Cardiovasculaire Preventie, Erasmus MC

Dr. Joan Meeder

cardioloog, VieCuri

Prof. dr. Jolien Roos

hoogleraar Cardiologie Erasmus MC, Managing Director Dutch CardioVascular Alliance

Marja Ho-dac

directeur Nierstichting

Pieter Glijnis

voorzitter Stichting PLN

Wij spreken onze waardering uit voor PwC Strategy& Nederland voor de samenwerking en gastvrijheid.

Bronvermelding

1. Hartstichting. National Cardiovascular Agenda [Internet]. 2024 Oct 9 [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: <https://hartstichting.nl/agenda>
2. Putting heart and vascular health on the political agenda [Internet]. 2023 Aug 23 [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: <https://dcvalliance.nl/putting-heart-and-vascular-health-on-the-political-agenda/>
3. VZinfo. Hart- en vaatziekten [Internet]. 2024 [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: <https://www.vzinfo.nl/hart-en-vaatziekten>
4. Zorginstituut Nederland. Hart voor Vaten – Signalement passende zorg voor mensen met hart- en vaatziekten. 2023 Aug 31 [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2023/08/29/signalement-passende-zorg-voor-mensen-met-hart--en-vaatziekten/Hart+voor+Vaten++Signalement+passende+zorg+voor+mensen+met+hart--en+vaatziekten.pdf>
5. VZinfo. Cholesterol [Internet]. [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: <https://www.vzinfo.nl/cholesterol>
6. Galbraith M, Drossart I. Disparity in diagnosis and treatment of cardiovascular disease in women: a call to joint action from the European Society of Cardiology Patient Forum. Eur Heart J. 2024;45:79-80. [geciteerd 2025 Nov 27]. Beschikbaar via: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/eha480>.
7. Dal Canto E, Onland-Moret NC, Peters SAE, et al. Women's heart disease research in the Netherlands: angina with non-obstructive coronary artery disease and beyond. Neth Heart J. 2025;33:395-403. [geciteerd 2025 Nov 27]. Beschikbaar via: <https://doi.org/10.1007/s12471-025-01997-6>.
8. Rijksoverheid. Nationaal Preventieakkoord. 2018 Nov 23 [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord>
9. Rijksoverheid. Integraal Zorgakkoord: samen werken aan gezonde zorg. 2022 Sep 16 [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
10. Rijksoverheid. GALA: Gezond en Actief Leven Akkoord. 2023 Jan 31 [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-e8e739b2e77bf92b7bfed78d4569ae4ecbce8dac/pdf>
11. Rijksoverheid. Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord: onderhandelaarsakkoord. 2025 Jul 3 [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: <https://open.overheid.nl/documenten/52fcdec1-71d5-4695-87bf-e4c46c73d730/file>
12. Zorginstituut Nederland. Appropriate care in the Netherlands [Internet]. [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: <https://english.zorginstituutnederland.nl/about-us/healthcare-in-the-netherlands/appropriate-care>

13. DCV Alliance. Our mission [Internet]. Utrecht: Dutch CardioVascular Alliance; [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: <https://dcvalliance.nl/our-mission/>
14. World Health Organization. Hypertension country profile: Netherlands. 2023 [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/hypertension/hypertension-2023/hypertension_nld_2023.pdf
15. Van der Ende MY, van den Akker M, van der Meer P, et al. Cardiovascular risk management in the Netherlands: the 2022 update. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023;20(6):5040 [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/6/5040>
16. Webb CM, George M, Collins P. The 2024 European Society of Cardiology guidelines for chronic coronary syndromes: good news for angina and non-obstructive coronary artery (ANOCA)/ischaemia and non-obstructive coronary artery (INOCA) patients? *Eur Heart J Open*. 2025;5(2):oeaf016. [geciteerd 2025 Nov 27]. Beschikbaar via: <https://doi.org/10.1093/ehjopen/oeaf016>.
17. Kerkar A, Manzo-Silberman S, Sutton NR, Banerjee S. Nonatherosclerotic cardiovascular diseases in women: reviewing the clinical presentation, pathophysiology, diagnostic pathway, and treatment of MINOCA, SCAD, and microvascular dysfunction in female patients. *Cardiac Interventions Today*. 2023 Jan-Feb;17(1):46-50. [geciteerd 2025 Nov 27]. Beschikbaar via: <https://citoday.com/articles/2023-jan-feb/nonatherosclerotic-cardiovascular-diseases-in-women>
18. Nederlands Huisartsen Genootschap. Standaard Cardiovasculair risicomanagement [Internet]. [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/cardiovasculair-risicomanagement>
19. Hartstichting. Hartcheckpunt [Internet]. Utrecht: [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://professionals.hartstichting.nl/onze-missie/eerder-opsporen/hartcheckpunten>
20. Nederlands Huisartsen Genootschap. Medische check-ups bij mensen zonder klachten [Internet]. [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: <https://richtlijnen.nhg.org/medisch-inhoudelijke-nhg-standpunten/medische-check-ups-bij-mensen-zonder-klachten>
21. Van der Velden AW, Pijpers EJ, van der Meer V, et al. Cardiovascular risk management in Dutch general practice: a cross-sectional study. *BJGP Open* [Internet]. 2024;8(3):BJGPO.2023.0213 [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: <https://bjgpopen.org/content/bjgpoa/8/3/BJGPO.2023.0213.full.pdf>
22. Lashkarinia SS, Lee AWC, Baptiste TMG, Barrows RK, Sillett CP, Rodero C, et al. Representation of women in cardiovascular disease management: a systematic analysis of ESC guidelines. *Open Heart*. 2025;12:e003320. [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://doi.org/10.1136/openhrt-2025-003320>.
23. Van der Ende MY, van den Akker M, van der Meer P, et al. Early detection of cardiovascular disease in the Netherlands: a population-based study. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2023;58:101964 [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(23\)00039-1/fulltext#fig1](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(23)00039-1/fulltext#fig1)

24. Vintges MMO, Brewster LM, van Dijk L, Horikx A, van den Muijsenbergh METC. Etnische en sociaaleconomische verschillen bij hart- en vaatziekten. MFM - Tijdschrift over praktijkgerichte farmacotherapie. 2013;3(2):6-11 [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: <https://postprint.nivel.nl/PPpp5083.pdf>
25. Wang LYT, Chiang GSH, Wee CF, et al. Preventing ischemic heart disease in women: a systematic review of global directives and policies. npj Womens Health. 2024;2:36. [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://doi.org/10.1038/s44294-024-00040-0>.
26. Van Apeldoorn JAN, Hageman SHJ, Harskamp RE, Agyemang C, Van Den Born BJH, Van Dalen JW, et al. Adding ethnicity to cardiovascular risk prediction: external validation and model updating of SCORE2 using data from the multiethnic HELIUS population cohort. Eur Heart J. 2024;45(Suppl 1) [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: https://academic.oup.com/eurheartj/article/45/Supplement_1/ehae666.2700/7835264
27. Perini W, Snijder MB, Agyemang C, Peters RJG, Kunst AE, van Valkengoed IGM. Eligibility for cardiovascular risk screening among different ethnic groups: The HELIUS study. Eur J Prev Cardiol. 2020;27(11) [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: <https://pure.amsterdamumc.nl/ws/portalfiles/portal/142086326/Eligibility-for-cardiovascular-risk-screening-among-different-ethnic-groups-the-helius-study.pdf>
28. Abma-Schouten RY, van Bavel JJA, Wilde AAM. Co-creation of a national action plan to increase heart health in The Netherlands: the Dutch cardiovascular agenda. Eur Heart J. 2025;46(34):3322-3324. [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf376>.
29. Magnani JW, Mujahid MS, Aronow HD, Cené CW, Dickson VV, Havranek E, Morgenstern LB, Paasche-Orlow MK, Pollak A, Willey JZ; on behalf of the American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Peripheral Vascular Disease; Council on Quality of Care and Outcomes Research; and Stroke Council. Health literacy and cardiovascular disease: Fundamental relevance to primary and secondary prevention: A scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2018;138(2). Beschikbaar via: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000579>
30. Magi CE, El Aoufy K, Amato C, Bambi S, Rasero L, Vellone E, et al. The relationship between health literacy and self-care in cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis. Eur J Cardiovasc Nurs. 2025;24(Suppl_1):zvaf122.046. [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaf122.046>.
31. Nederlandse Vereniging voor Cardiologie. Regio's - NVVC Connect [Internet]. [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: <https://www.nvvcconnect.nl/regios/>
32. De Koeijer RJ, de Geest ME, Hajer GR, Martens FMAC. Regional integrated cardiovascular risk management care pathway in the Netherlands: benefits and working mechanisms. Int J Integr Care. 2025 Jul 1;25:1 [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.8654>
33. Marchal S, Hollander M, Schoenmakers M, et al. Design of the ZWOT-CASE study: an observational study on the effectiveness of an integrated programme for cardiovascular risk management compared to usual care in general practice. BMC Fam Pract. 2019;20:149. [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1039-z>.

34. Dekker LRC, Van Veghel D, Theunissen LJH, Janssen JHP, Burg MP, Van De Pol JAA, Cremers HP. Insights into a regional collaboration for improving heart care across the complete care chain. Eur Heart J. 2021 Oct;42(Suppl 1):ehab724.3143 [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab724.3143>
35. Heart Failure Policy Network. New country profile highlights urgent need for national heart failure strategy in the Netherlands [Internet]. London: Heart Failure Policy Network; 2025 [geciteerd 2025 Dec 2]. Beschikbaar via: <https://www.hfpolicynetwork.org/new-country-profile-highlights-urgent-need-for-national-heart-failure-strategy-in-the-netherlands/>
36. Nederlands Hart Netwerk [Internet]. Beschikbaar via: <https://nederlandshartnetwerk.nl/>
37. Dekker LRC, Van Veghel D, Theunissen LJH, Janssen JHP, Burg MP, Van De Pol JAA, Cremers HP. Insights into a regional collaboration for improving heart care across the complete care chain. Eur Heart J. 2021 Oct;42(Suppl 1):ehab724.3143 [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab724.3143>.
38. Netherlands Heart Network. Value-Based Health Care Prize. [Internet]. Beschikbaar via: <https://vbhcprize.com/netherlands-heart-network/> [geciteerd 2025 Dec 3].
39. Leao DLL, Moers LAM, Cremers HP, Van Veghel D, Groot W, Pavlova M. Facilitating and inhibiting factors affecting the Netherlands Heart Network. J Public Health. 2024 [geciteerd 2025 Dec 3]. Advance online publication. Beschikbaar via: <https://doi.org/10.1007/s10389-024-02385-x>
40. Leao DLL, van Veghel D, Moers LAM, Groot W, Pavlova M. Barriers and strategies for inclusion of value-based healthcare in contract negotiations in the Netherlands: Study among hospital and insurer executives. Health Policy. 2025 [geciteerd 2025 Dec 3]. Advance online publication. Beschikbaar via: <https://doi.org/10.1002/hpm.70003>
41. OECD. Towards an integrated health information system in the Netherlands [Internet]. 2022 Feb 13 [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: <https://www.rivm.nl/sites/default/files/2022-02/OECD%20-%20Health%20Information%20System%20NL%20-%202017feb2022.pdf>
42. Jansen C, Otterspoor LC, van Pol PEJ, Ijff GC, Sinkeler SJ, van den Heuvel M, Jansen MEP, Scholten M, van Zutphen K, Verstappen CCAG, Hermanides N, Joosen IA, Heinen S, Valk JG, Vollenbroek-Hutten MMR, Schuurung MJ, van Hout GPJ. Structuring telemonitoring in heart failure care in the Netherlands: Design and operational protocol of a nationwide initiative. Eur Heart J Digit Health. 2025; ztaf130. Beschikbaar via: <https://doi.org/10.1093/ehjdh/ztaf130>
43. Blood Pressure UK. Know Your Numbers Week [Internet]. Blood Pressure UK; [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://www.bloodpressureuk.org/know-your-numbers/know-your-numbers-week/>
44. Leefstijlcoalitie. Leefstijlzorgloketten [Internet]. Leefstijlcoalitie; [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://leefstijlcoalitie.nl/suggesties-voor-implementatie/leefstijlzorgloketten/>
45. Zorginstituut Nederland. Stoppen met roken Zvw [Internet]. Zorginstituut Nederland; [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekerde-zorg/s/stoppen-met-roken-zvw>

46. Wang M, Jiang S, Li B, et al. Synthesized economic evidence on the cost-effectiveness of screening familial hypercholesterolemia. Glob Health Res Policy. 2024;9:38. Beschikbaar via: <https://doi.org/10.1186/s41256-024-00382-x>
47. Richtlijndatabase. Kosteneffectiviteit van FH-screening [Internet]. Richtlijndatabase; [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/erfelijke_dyslipidemie_in_de_2e_en_3e_lijn/kosteneffectiviteit_van_fh-screening.html
48. NHG. Diagnostiek en behandeling van familiale hypercholesterolemie [Internet]. NHG; [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://richtlijnen.nhg.org/medisch-inhoudelijke-nhg-standpunten/diagnostiek-en-behandeling-van-familiaire-hypercholesterolemie>
49. Dutch CardioVascular Alliance (DCVA). LEEFH consortium [Internet]. DCVA; [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://dcvalliance.nl/our-consortia/leefh/>
50. Amsterdam UMC. Hartinfarct zonder verstopping van de bloedvaten door slagaderverkalking (MINOCA) [Internet]. Amsterdam UMC; [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://www.amsterdamumc.nl/nl/patienteninformatie/hartinfarct-zonder-verstopping-van-de-bloedvaten-door-slagaderverkalking-minoca.htm>
51. ETZ. Vrouwen met niet-onderkende hartklachten [Internet]. ETZ; [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://www.etz.nl/we-care/vrouwen-met-niet-onderkende-hartklachten/>
52. SCAD Nederland. SCAD expertise [Internet]. SCAD Nederland; [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://www.scadnederland.nl/scad-expertise>
53. Vartiainen E. The North Karelia Project: Cardiovascular disease prevention in Finland. Glob Cardiol Sci Pract. 2018 Jun 30;2018(2):13 [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://doi.org/10.21542/gcsp.2018.13>
54. Hartstichting. Grootschalig onderzoek naar mogelijke thuistest om hart- en vaatziekten, nierziekte en diabetes type 2 op te sporen [Internet]. [geciteerd 2025 Nov 17]. Beschikbaar via: <https://professionals.hartstichting.nl/actualiteiten/grootschalig-onderzoek-naar-mogelijke-thuistest-om-hart-en-vaatziekten-nierziekte-en-diabetes-type-2-op-te-sporen>
55. Hartstichting. Wetenschappelijk onderzoek naar de Hartstichting Checkpunten [Internet]. Hartstichting; [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://professionals.hartstichting.nl/actualiteiten/wetenschappelijk-onderzoek-naar-de-hartstichting-checkpunten>
56. Gezondheidsnet. Hartstichting opent eerste gratis Hartcheckpunt [Internet]. Gezondheidsnet; [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://www.gezondheidsnet.nl/hart-en-vaatziekten/hartstichting-opent-eerste-gratis-hartcheckpunt>
57. Check@Home [Internet]. Beschikbaar via: <https://checkathome.nl>

58. Dros J, van Dijk CE, Verheij R, Bos I, Meijboom B. Healthcare utilization and costs for cardiovascular diseases across different levels of bundled payment adoption in general practice: A data linkage study. *Health Policy*. 2026 Jan;163:105476. doi:10.1016/j.healthpol.2025.105476. [Geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105476>
59. World Health Organization. Shared-savings model of integrated care in southwest Germany: promoting patient self-management [Internet]. 2023 Nov 18 [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: https://wkc.who.int/docs/librariesprovider24/wkc-projects-documents/germany_case_study_policy_brief.pdf?sfvrsn=9aef2d1b_3&download=true
60. Heart Data Hub [Internet]. Beschikbaar via: <https://heartdatahub.nl/>
61. Netherlands Heart Registration [Internet]. Beschikbaar via: <https://nhr.nl/home/home-english/>
62. Netherlands Heart Institute – National Registry [Internet]. Beschikbaar via: <https://heart-institute.nl/services/national-registry/>
63. Erlinge D. Post-market clinical follow-up and registries [Internet]. European Society of Cardiology; [geciteerd 2025 Nov 13]. Beschikbaar via: https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Advocacy/Documents/David%20Erlinge_Post-market%20clinical%20follow-up%20and%20registries.pdf
64. Cardiologie Centra Nederland. Hartwacht [Internet] [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://www.cardiologiecentra.nl/patient/meer-zorg/hartwacht>
65. Dutch CardioVascular Alliance. DCVA Implementation Committee Prevention [Internet]. DCVA; [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://dcvalliance.nl/dcva-implementation-committee-prevention/>
66. Dutch CardioVascular Alliance. IMPRESS [Internet]. DCVA; [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://dcvalliance.nl/our-consortia/impress/>
67. European Society of Cardiology. Women and Cardiovascular Disease [Internet]. ESC; [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://www.escardio.org/The-ESC/Advocacy/women-and-cardiovascular-disease>
68. Kizilkilic SE, Ramakers W, Falter M, Scherrenberg M, Bonneux C, Pieters Z, Milani M, Hansen D, De Pauw M, Coninx K, Dendale P. A digitally supported shared decision-making approach for patients during cardiac rehabilitation: a randomized controlled trial [Internet]. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2025; zwaf537. [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwaf537>
69. ZonMw. 2-Decide: effectiviteit van beslisondersteuning voor CVRM bij mensen met hart- en vaatziekten [Internet] [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/2-decide-effectiviteit-van-beslisondersteuning-voor-cvrm-bij-mensen-met-hart-en-vaatziekten>

70. American College of Cardiology. Patient Navigator Team Successful in Improving Patient Outcomes [Internet]. 2019 Feb 14 [geciteerd 2025 Nov 17]. Beschikbaar via: <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2019/02/14/12/06/patient-navigator-team-successful-in-improving-patient-outcomes>
71. Eurostat. Cardiovascular diseases statistics [Internet]. [geciteerd 2025 Nov 17]. Beschikbaar via: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cardiovascular_diseases_statistics
72. European Commission. Healthier Together – EU Non-Communicable Diseases Initiative [Internet]. [geciteerd 2025 Nov 17]. Beschikbaar via: https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/healthier-together-eu-non-communicable-diseases-initiative_en
73. European Commission. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on an EU cardiovascular health plan: the Safe Hearts Plan (COM(2025) 1024 final) [Internet]. [geciteerd 2026 Jan 6]. Beschikbaar via: https://health.ec.europa.eu/document/download/dfb60cde-21a5-426d-8616-e394a326abc2_en?filename=ncd_com-2025-1024_act_en.pdf
74. World Heart Federation. A milestone for cardiovascular health in Europe: the EU Safe Hearts Plan [Internet]. [geciteerd 2026 Jan 6]. Beschikbaar via: <https://world-heart-federation.org/news/a-milestone-for-cardiovascular-health-in-europe-the-eu-safe-hearts-plan/>
75. European Society of Cardiology. EU health ministers adopt landmark Council conclusions on cardiovascular health [Internet]. Sophia Antipolis: ESC; [geciteerd 2025 Nov 17]. Beschikbaar via: <https://www.escardio.org/The-ESC/Press-Office/Press-releases/eu-health-ministers-adopt-landmark-council-conclusions-on-cardiovascular-health>
76. European Heart Network. EHN priorities for an EU cardiovascular health plan [Internet]. [geciteerd 2025 Nov 17]. Beschikbaar via: <https://ehnheart.org/about-cvd/ehn-priorities-for-an-eu-cardiovascular-health-plan/>
77. The Health Policy Partnership. Secondary prevention of heart attack and stroke in Europe: Netherlands [Internet]. The Health Policy Partnership; [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://www.healthpolicypartnership.com/app/uploads/Secondary-prevention-of-heart-attack-and-stroke-in-Europe-Netherlands.pdf>
78. Council of the European Union. Conclusions on the improvement of cardiovascular health in the European Union [Internet]. Brussels: Council of the European Union; 2024 Nov 14 [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-15315-2024-INIT/en/p>
79. UK National Screening Committee. Going Dutch to strengthen international collaboration on screening: Challenges and opportunities [Internet]. 2025 Nov 6 [geciteerd 2025 Nov 17]. Beschikbaar via: <https://nationalscreening.blog.gov.uk/2025/11/06/going-dutch-to-strengthen-international-collaboration-on-screening-challenges-and-opportunities/>
80. Lindholt JS, Søgaard R, Rasmussen LM, Mejdahl A, Lambrechtsen J, Steffensen FH, Frost L, Egstrup K, Urbanavicienie G, Busk M, Diederichsen ACP. Five-Year Outcomes of the Danish Cardiovascular Screening (DANCAVAS) Trial. *N Engl J Med*. 2022;387(23) [geciteerd 2025 Nov 17]. Beschikbaar via: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2208681>

81. Béliard S, et al. Familial hypercholesterolemia detection strategies in France. Eur J Prev Cardiol [Internet]. 2024 [geciteerd 2025 Nov 17]. Beschikbaar via: <https://academic.oup.com/eurjpc/advance-article-abstract/doi/10.1093/eurjpc/zwaf234/8125662?redirectedFrom=fulltext>
82. European Society of Cardiology. EuroHeartPath project launched to transform cardiovascular care across Europe [Internet]. Sophia Antipolis: ESC; [geciteerd 2025 Nov 17]. Beschikbaar via: <https://www.escardio.org/The-ESC/Press-Office/Press-releases/euroheartpath-project-launched-to-transform-cardiovascular-care-across-europe>
83. European Commission. EuroHeart project [Internet]. Brussels: CORDIS; [geciteerd 2025 Nov 17]. Beschikbaar via: <https://cordis.europa.eu/project/id/334323>
84. World Action on Salt. Portugal salt reduction project [Internet]. London: WASH; [geciteerd 2025 Nov 17]. Beschikbaar via: <https://www.worldactiononsalt.com/projects/portugal/>
85. NHS. NHS Health Check [Internet]. London: NHS; [geciteerd 2025 Nov 17]. Beschikbaar via: <https://www.nhs.uk/tests-and-treatments/nhs-health-check/>
86. Abildstrøm SZ, Kruse M, Rasmussen S, Madsen JK, Nielsen PH, Madsen M. Dansk Hjerteregeister: en klinisk database [Internet]. Ugeskrift for læger. 2008;170(7):532-6. [geciteerd 2025 Dec 3]. Beschikbaar via: <https://researchprofiles.ku.dk/en/publications/dansk-hjerteregeister-en-klinisk-database/>
87. European Society of Cardiology. EuroHeart research platform [Internet]. Sophia Antipolis: ESC; [geciteerd 2025 Nov 17]. Beschikbaar via: <https://www.escardio.org/Research/euroheart>
88. European Commission. Proposal for a regulation of the European Parliament and of the Council on establishing the European Competitiveness Fund ('ECF'), including the specific programme for defence research and innovation activities, repealing Regulations (EU) 2021/522, (EU) 2021/694, (EU) 2021/697, (EU) 2021/783, repealing provisions of Regulations (EU) 2021/696, (EU) 2023/588, and amending Regulation (EU) [EDIP] (COM(2025) 555 final) [Internet]. [geciteerd 2026 Jan 6]. Beschikbaar via: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52025PC0555>
89. PAREA. EU health funding reshaped under new competitiveness-driven budget proposal [Internet]. [geciteerd 2025 Nov 17]. Beschikbaar via: <https://parea.eu/newsletter-blog/eu-health-funding-reshaped-under-new-competitiveness-driven-budget-proposal>
90. Groeneweg JA, van Dalen BM, Cox MPGJ, Heymans S, Braam RL, Michels M, Asselbergs FW. 2023 European Society of Cardiology guidelines on the management of cardiomyopathies: Statement of endorsement by the NIVC. Neth Heart J. 2025 May;33(5):148-156 [geciteerd 2025 Dec 12]. Beschikbaar via: <https://doi.org/10.1007/s12471-025-01955-2>

Over PwC

Bij PwC is ons doel om vertrouwen in de samenleving op te bouwen en belangrijke problemen op te lossen. Wij zijn een netwerk van kantoren in 149 landen met meer dan 370.000 professionals, toegewijd aan het leveren van kwaliteit in assurance-, advies- en belastingdiensten.

PwC Nederland maakt deel uit van dit wereldwijde netwerk en telt ruim 5.500 medewerkers verspreid over meerdere vestigingen, waaronder Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Eindhoven. Wij werken samen met klanten in uiteenlopende sectoren om complexe vraagstukken op te lossen en duurzame waarde te creëren.

Meer informatie vind je op www.pwc.nl.

Contactpersonen

Als u de inhoud van dit rapport wilt bespreken, neem dan contact op met een van onze experts. Met een wereldwijd netwerk van gespecialiseerde beloningsprofessionals in meer dan 50 landen kunnen wij u de expertise bieden die u nodig hebt. Als u hulp nodig hebt van een expert in een ander land, kan ons team u in contact brengen met een internationale collega op het gebied van beloningen.

**Dominik Hotz**

Partner
EMEA Health Industries Leader
PwC Switzerland
dominik.hotz@pwc.ch

**Sander Visser**

Partner
Strategy& Healthcare Practice
Strategy& Netherlands
sander.visser@pwc.com

**Claudia Vittori, PhD MPH**

Director
Advisory Health Industries
PwC Switzerland
claudia.vittori@pwc.ch

www.pwc.ch/pharma

Deze publicatie bevat informatie die is verkregen of afgeleid van diverse openbaar beschikbare bronnen en deskundige meningen. PricewaterhouseCoopers AG heeft niet geprobeerd de betrouwbaarheid van deze bronnen vast te stellen of dergelijke informatie te verifiëren. PricewaterhouseCoopers AG geeft geen enkele verklaring of garantie (uitdrukkelijk of impliciet) over de juistheid of volledigheid van de informatie in deze publicatie. Deze publicatie is uitsluitend opgesteld voor algemene informatie- en discussiedoeleinden. Niets in deze publicatie mag worden opgevat als advies om een project op te zetten dat verband houdt met het onderwerp. Ontvangers van deze publicatie moeten hun eigen beoordeling uitvoeren. Dienovereenkomstig, ongeacht de vorm van actie, hetzij contractueel, onrechtmatig of anderszins, en voor zover toegestaan door de toepasselijke wetgeving, aanvaarden of nemen PricewaterhouseCoopers AG, haar leden, medewerkers en agenten geen enkele aansprakelijkheid, verantwoordelijkheid of zorgplicht voor gevolgen van handelen of nalaten op basis van de informatie in deze publicatie of voor enige beslissing die daarop is gebaseerd.

