

De multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie 2011

Jaap van Dijk

In 1966 werden in Nederland de eerste hartrevalidatiecentra opgericht. Centraal stonden fysieke reconditionering en werkhervatting. In 1988 constateerde Vermeulen¹ dat deze vorm van hartrevalidatie geen effect had op de werkhervatting en dat er een meer hierop gericht programma nodig was. Anno 2011 is dit geconcretiseerd in een multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie 2011.²

De eerste richtlijn voor hartrevalidatie werd door een multidisciplinaire werkgroep in 1995 gemaakt. Het ging hier al om 'revalidatie op maat'. De twee indicaties voor het aanbieden van hartrevalidatie waren een behoefte om de belastbaarheid te vergroten en een ongezonde leefstijl. In 2004 werd een nieuwe, wetenschappelijk onderbouwde, multidisciplinaire richtlijn opgesteld. Naast het grotere belang van secundaire preventie werd psychosociaal herstel een belangrijke doelstelling.

In mei 2011 heeft de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) een herziene multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie gepresenteerd, op basis van nieuw wetenschappelijk bewijs en aangepast aan de behoeften van hartrevalidatieteams en patiëntenorganisaties. Er is overtuigend bewijs dat hartrevalidatie de cardiale morbiditeit en mortaliteit verlaagt en de kwaliteit van leven verbetert. De hoofdstukken over psychosociaal herstel en sociale participatie, waaronder werkhervatting, zijn fors uitgebreid en vormen nu een wezenlijk onderdeel van de richtlijn. Om knelpunten in de werkhervatting tijdig op te sporen is, mede op basis van de NVAB-richtlijn, de HR-WERK-checklist ontwikkeld.

WAT IS HARTREVALIDATIE?

De definitie van de WHO is ook in Nederland de basis van de hartrevalidatie:

'Hartrevalidatie bestaat uit samenhangende langeter-

mijnprogramma's, omvattende screening ter formulering van revalidatiedoelen, voorgeschreven oefeningen, beïnvloeding van cardiale risicofactoren, geven van psychische counseling, voorlichting en advies. Deze programma's zijn ontworpen om de fysiologische en psychische gevolgen van de cardiale aandoening te beperken, het risico van plotselinge dood of nieuwe infarcten te verminderen, cardiale symptomen onder controle te houden, atherosclerotische processen te verminderen of ten minste te stabiliseren en ten slotte het psychosociale welbevinden en de deelname aan het arbeidsproces te bevorderen.'

De voorzieningen beginnen tijdens de opname in het ziekenhuis. Ze worden gevolgd door een programma tijdens de poliklinische fase in de daaropvolgende 3 tot 6 maanden. Dan volgt een fase van levenslang onderhoud waarin fysieke training en vermindering van risicofactoren worden bewerkstelligd (zonder of met minimale supervisie).

DE RICHTLIJN²

Structuur

De richtlijn onderscheidt drie fasen, beginnend bij het optreden van cardiale klachten.

Fase 1 is de (poli)klinische fase. Hierin verwijst de behandelend cardioloog de patiënt door naar hartrevalidatie.

Fase 2 is de eigenlijke hartrevalidatie met interventies op groeps- en individueel niveau. Deze fase dient zo snel mogelijk op fase 1 te volgen.

Fase 3 is de postrevalidatiefase: de nazorg die levenslang duurt.

Na doorverwijzing door de cardioloog in fase 1 begint het proces van indicatiestelling in fase 2. Per patiënt worden de doelen bepaald. Na een intakegesprek vindt screening plaats: met een beslisboom worden de interventies bepaald. In een multidisciplinair overleg wordt een interventieplan opgesteld (figuur 1).

Uitgangspunten

De uitgangspunten van de richtlijn Hartrevalidatie zijn:

1. zorg op maat;
2. meerwaarde van groepsverband;
3. meerwaarde van multi- en interdisciplinaire aanpak;

RICHTLIJN,
HARTREVALIDATIE,
WERKHERVATTING,
SECUNDAIRE
PREVENTIE

Drs. J. van Dijk is klinisch arbeidsgeneeskundige voor cardiologie bij de Polikliniek Mens en Arbeid van het NCvB in het AMC.

CORRESPONDENTIEADRES

De Bosporus 15, 1183 GD Amstelveen.

- afstemming met zorg binnen, buiten en na de hartrevalidatie.

Op grond van de individuele situatie en behoeften worden revalidatiedoelen opgesteld en wordt een individueel programma, bij voorkeur in groepsverband, aangeboden. Het delen van ervaringen met lotgenoten geeft patiënt en partner sociale ondersteuning en bevordert gezond gedrag. Gecoördineerde multidisciplinaire programma's hebben een groter effect dan de som van de afzonderlijke programma's. Het inschakelen van externe deskundigen, zoals de bedrijfsarts of een psychiater, verruimt het zorgaanbod en vergroot de kans op bestendiging van het resultaat van fase 2.

Doelstellingen

De doelstellingen van de hartrevalidatie zijn:

Fysieke doelen:

- I optimaliseren van het inspanningsvermogen;
- I overwinnen van angst voor inspanning;
- I leren kennen van eigen fysieke grenzen;
- I leren omgaan met fysieke beperkingen.

Als de belastbaarheid van de patiënt verbetert, kan hij weer functioneren op het gewenste of haalbare niveau in ADL, werk, sport en/of hobby. Vaak legt de patiënt door angst voor inspanning zichzelf onnodige beperkingen op. Dit kan het bereiken van de hartrevalidatiedoelen bemoeilijken. Door in de veilige omgeving van de hartrevalidatie zelf te ervaren dat fysieke inspanning mogelijk is, neemt de angst hiervoor af. De patiënt wordt geconfronteerd met de eigen fysieke grenzen, zodat hij hiermee in het dagelijkse leven in verschillende bewegings- en belastingsituaties leert omgaan. De acceptatie van de beperkingen is hierbij een voorwaarde.

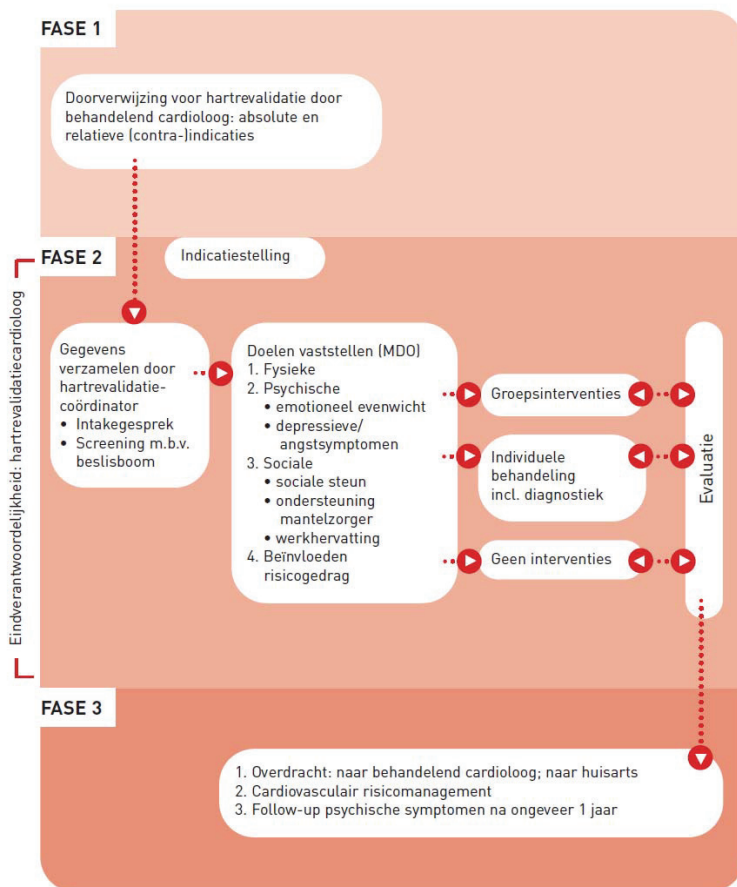
Psychische doelen:

- I overwinnen van angst voor inspanning;
- I herwinnen van het emotioneel evenwicht;
- I op een functionele manier omgaan met hartziekte.

Het overwinnen van de angst voor inspanning is zowel een fysiek als een psychisch doel. Na een cardiaal incident is het emotionele evenwicht vaak verstoord. Er worden drie niveaus van psychische symptomen onderscheiden:

- verstoord emotioneel evenwicht;
- depressieve symptomen en/of angstsymptomen;
- depressieve stoornis en/of angststoornis (DSM-IV-diagnose).

Model voor hartrevalidatie



Figuur 1. Model voor hartrevalidatie (MDO = multidisciplinair overleg).

In tabel 1 staan de consequenties voor de behandeling.

De meeste patiënten hebben steun nodig bij het hervinden van het emotioneel evenwicht. Tevens is een goed emotioneel evenwicht een randvoorwaarde om alle hartrevalidatiedoelen te bereiken. Effectieve behandeling geeft bovendien verbetering van de cardiale morbiditeit en mortaliteit en kwaliteit van leven.³ Bij het leren omgaan

- I Werkhervatting moet zo snel mogelijk plaatsvinden tijdens de hartrevalidatie.
- I Overleg tussen revalidatieteam en bedrijfsarts is essentieel.
- I Hartrevalidatie heeft alleen effect op werkhervatting als men specifieke aandacht geeft aan werk en werkomstandigheden.

Tabel 1

Aanbevolen interventies per patiëntengroep

Groep	Psychologische interventie	Bewegingsprogramma	Ontspanningsprogramma	Medicamenteuze therapie (SSRI)
1 Verstoord emotioneel evenwicht	Groepsinterventie	Groepsinterventie	Groepsinterventie	
2a Depressieve symptomen	Groepsinterventie of individuele behandeling	Groepsinterventie of individuele behandeling		
2b Angstsymptomen	Groepsinterventie of individuele behandeling	Groepsinterventie of individuele behandeling	Groepsinterventie of individuele behandeling	
3a Depressieve stoornis	Groepsinterventie of individuele behandeling	Groepsinterventie of individuele behandeling		Individuele behandeling
3b Angststoornis	Groepsinterventie of individuele behandeling	Groepsinterventie of individuele behandeling	Groepsinterventie of individuele behandeling	Individuele behandeling

met een hartaandoening leert de patiënt om rekening te houden met de ziekte zonder zichzelf onnodig te beperken. Overbezorgdheid en overschatting van de gevolgen van de hartziekte kunnen leiden tot onnodige beperkingen in functioneren en sociale participatie, met als gevolg een lagere kwaliteit van leven. Aan de andere kant kunnen ontkenning van de hartziekte en onderschatting van de gevolgen het herstel van het emotioneel evenwicht in de weg staan. Bovendien verslechtert dit de therapietrouw, met als gevolg een slechtere cardiovasculaire prognose.

Sociale doelen:

- ┃ optimale hervatting van de rol binnen relatie, gezin, sociale omgeving en werk;
- ┃ optimale hervatting van vrijetijdsbesteding;
- ┃ herwinnen van emotioneel evenwicht bij de mantelzorger om negatieve effecten op de gezondheid van patiënt te voorkomen.

Binnen de sociale doelen van hartrevalidatie is werkhervatting een expliciet aandachtspunt. Aandacht voor de mantelzorger is van belang. Steun van partner, gezin en sociale omgeving van de patiënt dragen in belangrijke mate bij aan het herstel.⁴

Doelen met betrekking tot het beïnvloeden van risicogedrag:

- ┃ bekendheid met de aard van de ziekte en de risicofactoren;
- ┃ stoppen met roken;
- ┃ ontwikkelen en onderhouden van een lichamelijke actieve leefstijl;
- ┃ ontwikkelen van een gezond voedingspatroon;

- ┃ ontwikkelen van therapietrouw voor medicijngebruik.

Risicoreductie begint met het in kaart brengen van de risicofactoren van de individuele patiënt. Vervolgens kan men samen met de patiënt bepalen welke acties haalbaar zijn om het risico – desgewenst in stappen – te verminderen en welke ondersteuning daarbij nodig is. Alle betrokken disciplines moeten uniform omgaan met de patiënt, bijvoorbeeld bij het aanmoedigen om het roken te staken of op een veilige manier de lichamelijke activiteit te verhogen. Interventies door gezondheidszorgprofessionals verhogen de kans op succes.

Screening

In fase 2, de eigenlijke hartrevalidatie, start men met een screening. Deze omvat vragen over de vier doelstellingen van de hartrevalidatie.

1. Screening met betrekking tot fysieke doelen.

Naast een risicostatificatie wordt een maximale inspanningstest geadviseerd waarbij de belastbaarheid wordt uitgedrukt in MET's. Deze wordt vergeleken met de inschatting die de patiënt heeft van zijn belastbaarheid. Bij hartfalenpatiënten wordt geadviseerd om directe zuurstofmeting te verrichten tijdens ergometrie.

2. Screening met betrekking tot psychische doelen.

Door middel van vragenlijsten en een interview screent men op de drie niveaus van psychische symptomen.

3. Screening met betrekking tot sociale doelen.

Hier screent men vooral op de mate van sociale steun, de aanwezigheid van een mantelzorger en – bij patiënten met een betaalde baan – of er knelpunten voor werkhervatting zijn.

De screening in het kader van werkhervatting bestaat uit een basale screening (tabel 2), het in kaart brengen van de cardiologische gegevens die een werkhervatting kunnen beïnvloeden (en doorgegeven moeten worden aan de bedrijfsarts), psychische en fysieke werkbelasting en overige factoren die de werkhervatting van hartpatiënten kunnen belemmeren, zoals depressieve symptomen. Deze screeningsinstrumenten vormen samen de HR-WERK-checklist. Ze zijn gebaseerd op systematisch literatuuronderzoek naar werkhervatting bij hartpatiënten en de NVAB-richtlijn 'Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met ischemische hartziekten'.⁵

Met betrekking tot 2 en 3 heeft een brede groep experts in aanvulling op de richtlijn adviezen uitgebracht over instrumenten en afkapwaarden (zie www.nvvc.nl/hr).

Indien men op grond van de basale screening problemen verwacht met de werkhervatting, vindt er een uitgebreidere screening plaats (tabel 3 en 4).

4. Screening met betrekking tot 'risicogedrag'.

Er wordt gescreend op het feitelijke risicogedrag en niet meer op de klassieke risicofactoren zelf.

Interventies

Als basis worden groepsinterventies aangeboden en op indicatie individuele begeleiding, inclusief medicatie bij depressieve stoornissen en angststoornissen. Bij werkhervatting vindt altijd individuele begeleiding plaats als de patiënt daar behoefte aan heeft of als men knelpunten verwacht.

De groepsinterventies zijn als volgt in te delen:

- l informatieprogramma's;
- l bewegingsprogramma's;
- l ontspanningsprogramma;
- l begeleiden van gedragsveranderingsprogramma's;
- l psychologische programma's.

Zowel aan de patiënt als aan de partner worden diverse informatiebijeenkomsten aangeboden. Bij de bewegingsprogramma's gaat het om het oefenen van functionele vaardigheden, het trainen van het aerobe en krachthuoudingsvermogen, het ontwikkelen van plezier in bewegen en het verminderen van risicofactoren. Ontspanningsoefeningen hebben een gunstig effect op de morbiditeit, mortaliteit en op werkhervatting.

Tabel 2

Basale screening werkhervatting

Om vast te stellen of er problemen te verwachten zijn met werkhervatting worden zes vragen gesteld:

1. Heeft u betaald werk verricht voorafgaande aan het hartprobleem?
2. Is het de bedoeling dat u weer gaat werken?
3. Welk werk verricht u?
4. Heeft u zich op het werk gestrest gevoeld in het afgelopen jaar?
5. Heeft u mogelijk te maken met lichamelijk zware of gevaarlijke werkomstandigheden?
6. Denkt u dat u op korte termijn zonder problemen kunt opstarten?

Tabel 3

Checklist werkbelasting. Aankruisen wat juist is

Heeft u zich op het werk gestrest gevoeld in het afgelopen jaar door één of meer van de volgende factoren?

- (alleen bij mannen) Hoge werkdruk, al dan niet in combinatie met weinig invloed op het werk (weinig beslissingsmogelijkheden)
- (alleen bij mannen) Disbalans tussen energie die de werknemer in werk steekt en beloningen die hieruit volgen
- Weinig steun van collega's en/of leidinggevenden: geen luisterend oor, informatie, instructie enzovoort
- Overige stressoren in relatie tot het werk: financiële tegenslagen of faillissement van werkgever, niet-gerealiseerde promotie, een toename dan wel afname van de verantwoordelijkheid, langdurige conflicten met de werkgever, veel deadlines, veel competitie op het werk, kritiek van leidinggevende en verandering van werkplek

Heeft u in uw werk te maken met één of meer van deze factoren?

- Schadelijke stoffen*
- Lawaai
- Ploegendienst
- Zittend werk
- Fysiek belastend werk
- Extreme temperaturen (koude en hitte)

* Stoffen waarvoor aanwijzingen zijn of bewezen is dat zij het risico op hartziekten vergroten zijn: koolmonoxide, zwavelkoolstof, nitraatesters, lood, arsenicum, kobalt, oplosmiddelen, fijnstof (o.a. beroepen in wegverkeer).

Conclusie werkgebonden risicofactoren voor recidief volgens informatie van de patiënt:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

De frequentie van angina pectoris (acht studies) daalde evenals het optreden van ritmestoornissen (drie studies). Het risico op cardiale dood of een nieuwe cardiale gebeurtenis daalt na ontspanningsinstructie (OR 0,39, 95% BI: 0,27-0,57) (zeven studies). Na 6 maanden was het aantal patiënten dat het werk had hervat in de groep die ontspanningsinstructie had gekregen, hoger dan in de controlegroep (OR 1,83, 95% BI: 1,18-2,81) (drie studies).² Gedragsveranderingsprogramma's omvatten het aanleren van zelfcontroletechnieken, het stoppen met roken, het ontwikkelen en onderhouden van een actieve leefstijl, het ontwikkelen van een gezond voedingspatroon (inclusief verstandig alcoholgebruik) en het bestrij-

Tabel 4

Checklist belemmeringen voor succesvolle werkhervatting. Aankruisen wat juist is

Is er in uw geval sprake van:

- Een laag opleidingsniveau
- U heeft weinig sociale contacten en/of ervaart weinig steun van uw familie, vrienden, kennissen

Ervaart u een van de volgende problemen ten aanzien van uw huidige gezondheid? (afstemmen met vragen naar inspanningstolerantie, verstoring psychisch functioneren, risicogedrag, status)

- Na de opname nog altijd angineuze klachten?
- Veel beperkingen in het dagelijks leven door de cardiale gezondheid?
- Een lage gemiddelde fysieke inspanning per dag?
- Overmatig alcoholgebruik
- Eerdere hart- en vaatziekten
- Andere gezondheidsproblemen, namelijk:.....

Is er sprake van één of meer psychosociale belemmeringen? (afstemmen met vragen naar verstoring psychisch functioneren)

- Depressieve symptomen en/of angstsymptomen of stoornis

Volgens inschatting professional:

- Slechte acceptatie ziekte
- Slecht ziekte-inzicht m.b.t. leefstijlinterventies, misconcepties
- Lage verwachtingen ten aanzien van herstel
- Gebrek aan zelfvertrouwen
- Gebrek aan motivatie voor werkhervatting

Conclusie belemmeringen succesvolle werkhervatting:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

den van overgewicht en adipositas. Psycho-educatie (hoe om te gaan met de hartziekte) omvat programma's voor behandeling van psychische symptomen. Bij ernstiger problematiek wordt er individuele begeleiding aangeboden en zo nodig medicatie.

Ten aanzien van begeleiding bij werkhervatting gelden de volgende vijf principes:

1. Na schriftelijke toestemming van de patiënt informeert de cardioloog de bedrijfsarts c.q. verzekeringsarts schriftelijk over de cardiaal-medische toestand van de patiënt.
2. De interventies gericht op werkhervatting aangeboden binnen de hartrevalidatie moeten altijd met de bedrijfs- c.q. verzekeringsarts worden afgestemd om overmaat of tegenstrijdigheid van interventies te voorkomen.
3. De interventies aangeboden vanuit de hartrevalidatie zijn afgestemd op de knelpunten uit de screening met de HR-WERK-checklist. De multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie 2011 bevat een tabel met per knelpunt de reguliere interventies binnen en buiten de hartrevalidatie. Het multidisciplinair overleg binnen de hartrevalidatie beslist, mede op

basis van de informatie van de bedrijfs- c.q. verzekeringsarts, over het aanbod.

4. Werkhervatting begint tijdens de hartrevalidatie. De patiënt bevindt zich dan in een veilige omgeving, waar overleg mogelijk is over zijn ervaringen. Aan het begin van fase 2 wordt een planning hiervoor gemaakt om zo snel mogelijk op te starten.
5. Begeleiding bij werkhervatting is integraal onderdeel van de hartrevalidatie. Dat betekent concreet dat ook de fysiotherapeut of verpleegkundige tijdens interventies werkhervatting ter sprake kan brengen en dat knelpunten met betrekking tot werkhervatting met het hele hartrevalidatieteam worden besproken.

Onderzoek naar interventies gericht op werkhervatting binnen de hartrevalidatie wijst uit dat interventies intensief genoeg moeten zijn om effect te sorteren.²

Nazorg

De nazorg (in fase 3) krijgt meer aandacht omdat er vaak sprake is van leefstijlterugval, verminderde therapietrouw en het pas later ontstaan van nieuwe psychische symptomen in relatie tot het initiële cardiale incident. Bij follow-up bleek dat 12 tot 21 maanden na het incident tot 30% van de patiënten nieuwe psychische (bijvoorbeeld depressieve) symptomen kreeg. Om deze reden beveelt de nieuwe richtlijn aan om een jaar na het incident nogmaals de screening met betrekking tot psychisch functioneren uit te voeren. Psychische problematiek kan leiden tot slechte leefstijl en therapietrouw.

Vaak zijn aanvullende bewegingsprogramma's aangewezen waarvoor men terecht kan bij eerstelijnsfysiotherapeuten. Voorts moet hartrevalidatie de patiënt stimuleren om contact te leggen met patiëntenorganisaties. De werkhervatting, die tijdens fase 2 al is opgestart, is nog niet altijd afgerond bij het afsluiten van de hartrevalidatie.

Ontbreken van hartrevalidatie

Een apart probleem waarmee bedrijfsartsen regelmatig worden geconfronteerd is het feit dat, ondanks indicatie, veel patiënten geen hartrevalidatie krijgen. Slechts 26% van de patiënten die ervoor in aanmerking komen, wordt doorverwezen (cijfers van Achmea, presentatie van Han de Vries op het Congres Hartrevalidatie anno 2010). Het heeft zin om deze groep alsnog te verwijzen.

WAT BETEKENT DEZE RICHTLIJN VOOR HET HANDELEN VAN DE BEDRIJFS- OF VERZEKERINGSARTS?

In deze herziene richtlijn heeft de werkhervatting een prominente plaats gekregen.

Dit heeft consequenties voor de positie van de bedrijfsarts als externe deskundige bij werkhervatting. Er wordt sterk geadviseerd om werkhervatting tijdens de hartrevalidatie te laten beginnen. Hieruit volgt dat communicatie en afstemming met de bedrijfsarts van groot belang is geworden. Dit overleg wordt daarom in deze nieuwe richtlijn duidelijk aanbevolen. Daar de NVAB-richtlijn Ischemische hartziekten⁵ voortkomt uit de richtlijn Hartrevalidatie 2004 is de verwachting dat de hartrevalidatieprofessionals en de bedrijfsarts dezelfde 'taal spreken'. Wel is de hartrevalidatie nog wat terughoudend voor wat betreft uitwisseling van informatie.

Hartrevalidatie heeft alleen dan effect op werkhervatting als er specifieke aandacht wordt gegeven aan werk en werkomstandigheden. Daarvoor is afstemming met de bedrijfsarts noodzakelijk. Doordat, zoals vermeld, slechts 26% van de patiënten hartrevalidatie krijgt, wordt de bedrijfsarts regelmatig geconfronteerd met hartpatiënten die vastlopen in de re-integratie en geen revalidatieprogramma hebben gehad. In de NVAB-richtlijn wordt geadviseerd om deze mensen alsnog te verwijzen. Dat kan nu niet meer rechtstreeks, maar wel via de cardioloog. De bedrijfsarts is ervoor verantwoordelijk om deze verwijzing te initiëren. Bij toetsing van het re-integratieproces kan de verzekeringarts het nalaten van een verwijzing naar de hartrevalidatie meewegen. De patiënt is niet optimaal behandeld indien er geen hartrevalidatie heeft plaatsgevonden. De verzekeringarts kan dan alsnog adviseren om te verwijzen naar de hartrevalidatie. De systematiek van de verzekeringsgeneeskundige protocollen Hartinfarct en Chronisch hartfalen loopt parallel met het screeningsproces van de hartrevalidatie. Zo kan de verzekeringarts veel informatie uit de hartrevalidatie benutten ter beoordeling van de (rest)capaciteit.

CONCLUSIE

De multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie 2011 is fors uitgebreid met informatie, screeningsinstrumenten en interventiemogelijkheden waar het gaat om werkhervatting en psychologische doelstellingen. Dit biedt de bedrijfsarts mogelijkheden om samen met het hartrevalidatieteam hartpatiënten optimaal te re-integreren. De prominente boodschap van de multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie 2011 is: laat de werkhervatting al tijdens de hartrevalidatie starten. Hiertoe moeten bedrijfsarts en hartrevalidatieteam overleggen en afstemmen.

Gedurende het implementatietraject van deze richtlijn zullen de diverse beroepsgroepen er hun eigen invulling aan geven. Voor de bedrijfsarts is dit vooral een impuls om de eigen NVAB-richtlijn te gaan gebruiken. Op termijn is het dan weer de beurt aan de NVAB om de eigen richtlijn aan te passen aan de nieuwste inzichten.

BELANGENVERSTRENGELING

Jaap van Dijk was projectleider van de NVAB-richtlijn Ischemische hartziekten en is sinds 2001 lid van de hartrevalidatiecommissie en tevens lid van de PAAHR-werkgroep die de nieuwe richtlijn Hartrevalidatie 2011 heeft gemaakt.

LITERATUUR

1. Vermeulen A. Ventricular ectopic activity during exercise testing in patients with myocardial infarction. The relation to severity of coronary artery disease and return to work. *Eur Heart J* 1988; 9 Suppl L: 95-102.
2. Revalidatiecommissie Nederlandse Vereniging voor Cardiologie/Nederlandse Hartstichting/projectgroep PAAHR. Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie 2011. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, 2011, te downloaden en bestellen via: www.nvvc.nl/hr.
3. Whalley B, Rees K, Davies P, et al. Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, Issue 8. Art. No.: CD002902. DOI: 10.1002/14651858.CD002902.pub3.
4. Nissen NK, Madsen M, Olsen AD, et al. Health service interventions targeting relatives of heart patients: a review of the literature. *Scand J Public Health* 2008; 36(8): 818-826.
5. Dijk JL van, Bekedam MA, Brouwer W, et al. NVAB-richtlijn 'Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met ischemische hartziekten'. Utrecht, NVAB, Geautoriseerde richtlijn: 2007. Te downloaden via <http://nvab.artsennet.nl/home.htm>.