

Het hart voor passende zorg

De juiste hartfalenzorg op je de juiste plek,
Zaans Medisch Centrum & Huisartsenzorg Zaanstreek Waterland
RTA hartfalen in de regio Zaanstreek



Juiste Hartzorg Op de Juiste Plek



Inhoud

Inhoud	2
Achtergrond	4
Inleiding	5
1. Diagnostiekfase	6
1.1 Acuut hartfalen.....	6
1.2 Poliklinische verwijzing.....	6
2. Begeleiding, diagnostiek en behandeling in de 2e lijn	8
3. Furosemide intraveneus in de thuissituatie.....	10
4. Multidisciplinaire overleggen in de 2 ^e lijn	12
5. eHealth, zorg op afstand ‘Luscii’	14
6. Toekomstvisie.....	15
7. Palliatief traject	17
8. Contactgegevens	19
Bijlage 1 - Herkennen en bevestigen diagnose hartfalen	20
Bijlage 2 - Diagnostiek en behandeling in de 2 ^e lijn	20
Bijlage 3 - Regionaal Protocol furosemide intraveneus thuis	21
Bijlage 4 - Protocol Luscii telemonitoring.....	28

**De regionale werkgroep
hartfalen bestaat uit:**

Zaans Medisch Centrum

- S. Ramawadhoebe,
cardioloog
075-6507370
- D. Verschure, cardioloog
075-6507172
- P. Butter, gespecialiseerd
verpleegkundige
075-6507890
- S. Asaiphilliah,
Verpleegkundig Specialist
075-6507890

Namens HZW

- R. van de Sande, huisarts,
transmuraal coördinator

Bereikbaarheid

- Dienstdoende Cardioloog
075-6507968
- Dienstdoende arts-
assistent
075-6501400
- Eerste Harthulp
075-6507272
- Secretaresse Cardiologie
075-6502206

Deelnemende partijen

De Regionale Transmurale Afspraak (RTA) wordt gedragen door:

1. HZW (Huisartsenzorg Zaanstreek Waterland) die de samenwerkings-
overeenkomst getekend heeft.
2. Ziekenhuis Zaans Medisch Centrum die de samenwerkingsovereenkomst
getekend heeft.

Doelstelling

Het doel van de RTA is het uniformeren van afspraken tussen de eerste en tweede/derde lijn met betrekking tot de diagnostiek, behandeling, consultatie, (terug)verwijzing en berichtgeving. Deze RTA vormt de basis voor medisch inhoudelijke afspraken ten behoeve van samenwerking in de regio Zaanstreek en is onlosmakelijk verbonden met de samenwerkingsovereenkomst.

Deze RTA is gebaseerd op de Landelijke Transmurale Afspraak Hartfalen 2015, de ESC Guidelines for the treatment of acute and chronic heart failure 2021, de NHG standaard Hartfalen mei 2021 en de Leidraad Organisatie van intramurale hartfalenzorg van de NVVC 2022.

Handtekeningen

Datum: 10-02-2025

Namens Raad van Bestuur ZMC

Namens bestuur/directie HZW

Achtergrond

Achtergrond NVVC Connect

Hart- en vaatziekten zijn een belangrijke doodsoorzaak in Nederland. Het aantal patiënten met chronische hart- en vaatziekten neemt toe. De cardioloog richt zich op de behandeling van patiënten met hart- en vaatziekten en zal gezien het maatschappelijk belang hiervan een centrale rol blijven spelen. De Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) is in april 2012 het NVVC Connect programma gestart om regionaal de organisatie rondom patiënten met hart- en vaatziekten te verbeteren. Elke 2 jaar zal een ander onderwerp m.b.t hart- en vaatziekten behandeld worden. NVVC Connect gaat uit van een regionale aanpak. De patiënt staat centraal en wordt betrokken bij het aanbieden van cardiologische zorg in netwerkstructuren. In 2014 is het NVVC Connect Hartfalen project opgezet. Voor patiënten met hartfalen is het aanbieden van de zorg in regionale netwerken van groot belang.

Achtergrond NVVC Connect Hartfalen

Op initiatief van Zorginstituut Nederland (ZiN) is juli 2013 een landelijke werkgroep transmurale zorg bij hartfalen opgericht om de organisatie van hartfalenzorg te optimaliseren. De werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van de NVVC, NHG, De Hart&Vaatgroep, NVHVV en Zorgverzekeraars Nederland. Zij hebben de Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) hartfalen opgericht. Het algemene doel van het project is goede transmurale zorg bij hartfalen. De volgende subdoelen worden onderscheiden:

- Regionale implementatie van de landelijke transmurale afspraak (LTA)
- Regionale implementatie van het individueel zorgplan met de patiënt
- Elke regio stelt ten minste 1 regionaal speerpunt op
- Gezamenlijke nascholing organiseren op het gebied van zorg aan hartfalen patiënten voor huisartsen, praktijkondersteuners huisartsen, overige zorgverleners

Achtergrond Juiste zorg op de juiste plek

Gezondheid is het grootste goed van mensen. Wat men kan, staat voorop, en dit principe is het leidende principe voor de inrichting van ondersteuning en zorg, zoals aangegeven door de Taskforce “De juiste zorg op de juiste plek”. Het lichamelijke, psychische en sociale functioneren van de mens moet het vertrekpunt zijn en het aanbod van preventie, zorg en welzijn moet hier omheen georganiseerd zijn. De patiënt moet in contact komen met de zorgverlener die op dat moment het beste bijdraagt aan zijn of haar zorgbehoefte. Zorgmanagement door de patiënt hoort hier ook bij.

Inleiding

Hartfalen is een veel voorkomende aandoening. In 2020 waren er 240.800 patiënten met hartfalen en werden er 36.410 nieuwe patiënten geïdentificeerd (RIVM, 2021). Tussen 20 en 30% van de bevolking krijgt te maken met hartfalen, meestal als zij ouder zijn dan 70 jaar. Over 10 jaar zal dit aantal door vergrijzing van de bevolking verder stijgen. De mortaliteit van hartfalen is hoog, hoger dan van darm-, borst- en prostaatkanker. De impact van de patiënt, de mantelzorgers en het zorgstelsel is groot.

Hartfalen ontstaat doordat de pompfunctie van het hart tekort schiet. Dit leidt ertoe dat mensen kortademig worden bij (geringe) inspanning, eerder moe zijn, minder fysieke inspanningen aankunnen en 's nachts kortademig kunnen zijn. Vooral in de laatste levensjaren kan de kwaliteit van leven hierdoor sterk verminderen. Effectieve behandeling, begeleiding en monitoring kunnen de klachten verminderen en hanteerbaar maken.

Uitgangspunten zorgprogramma Hartfalen (Regionale Transmurale Afspraak, RTA)

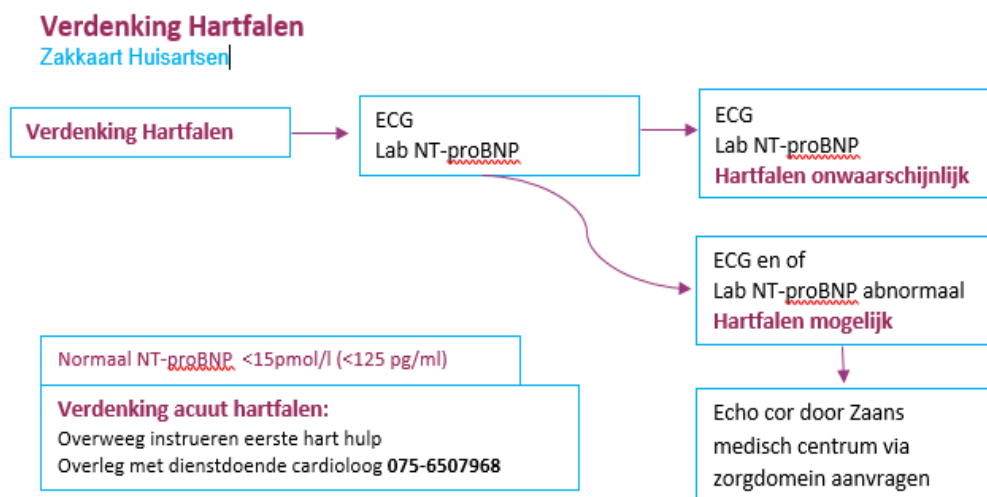
Het zorgprogramma bestaat uit behandeling en begeleiding van patiënten met hartfalen in de eerste lijn en is een samenwerking tussen het Zaans Medisch Centrum en de huisartsenpraktijken.

Het zorgprogramma is gebaseerd op de NHG standaard "Hartfalen" en de LTA.

Nieuwe afspraken ten opzichte van de huidige zorg

- Diagnostiek in de eerste lijn en automatische verwijzen bij de diagnose hartfalen
- Verwijs- en terugverwijsafspraken
- Samenwerkingsafspraken met de afdeling cardiologie Zaans Medisch Centrum
- Afspraken over palliatieve zorg in de eerste lijn

Zakkaart Huisartsen



1. Diagnostiekfase

1.1 Acut hartfalen

In geval van verdenking op acut ernstig hartfalen (NYHA IV), instabiele patiënt of astma cardiale: schakel ambulance in en verwijst patiënt naar de EHH.

Informatieoverdracht van huisarts naar specialist

- De huisarts draagt de patiënt mondeling en schriftelijk over aan ambulancepersoneel.
- De huisarts schrijft verwijsbrief aan cardioloog met: personalia, aard/duur van de klachten, voorgeschiedenis, actuele medicatie, reeds gegeven medicatie en effect daarvan, bevindingen bij lichamelijk onderzoek, stuurt de brief via ZorgDomein.

Informatieoverdracht van specialist naar huisarts

De cardioloog informeert de huisarts binnen twee werkdagen na ontslag over:

- Diagnose
- Behandeling, het verloop, complicaties
- Actuele medicatie
- Recente echo cor
- Verder behandelplan
- Tele/digitale begeleiding.
- Advies over beleid bij toename van klachten

Vervolg na acute opname

Tijdens de opname worden patiënten uitgebreid geïnformeerd over hun diagnose en het vervolgtraject. Voordat zij met ontslag gaan, maken zij kennis met de hartfalenverpleegkundige of verpleegkundige specialist hartfalen, die als vast aanspreekpunt fungeert.

Na ontslag worden patiënten binnen twee weken op de hartfalenpoli gezien voor een klinische herbeoordeling. Tijdens deze afspraak worden het klinisch beloop, de medicatie en andere relevante aspecten geëvalueerd. Voor patiënten die tijdens de opname hemodynamisch instabiel waren, wordt vaak binnen een week een telefonisch consult gepland. Dit biedt de mogelijkheid om het herstel nauwgezet te monitoren en eventuele vragen of onduidelijkheden te bespreken.

Dit gestructureerde nazorgproces is erop gericht om de continuïteit van zorg te waarborgen, complicaties te voorkomen en patiënten optimaal te ondersteunen in hun herstel.

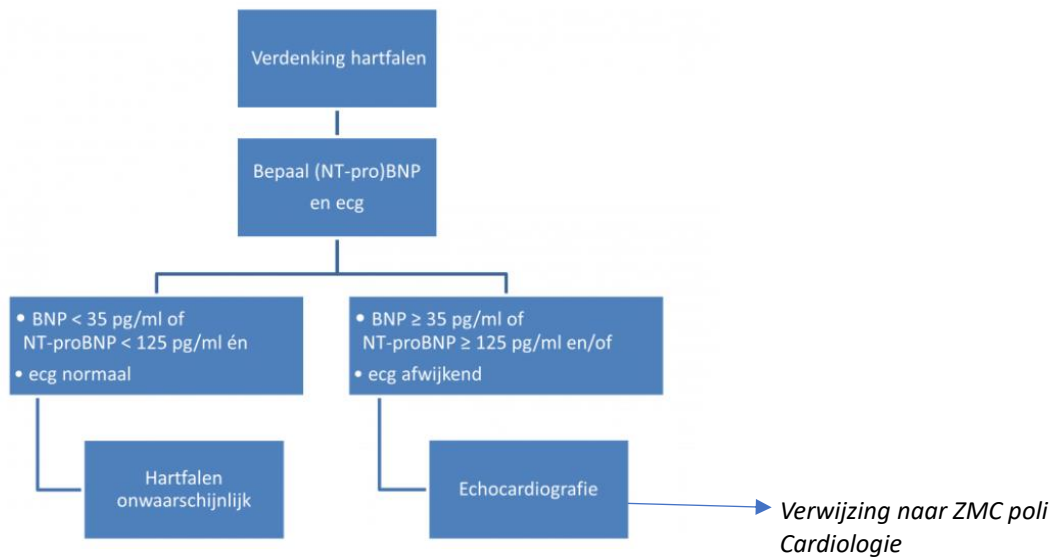
1.2 Poliklinische verwijzing

Denk aan hartfalen bij:

- Aspecifieke klachten, zoals kortademigheid, verminderd inspanningsvermogen en vermoeidheid
- Risicofactoren voor hartfalen, zoals hoge leeftijd, hypertensie of doorgemaakt myocardinfarct

Bij verdenking hartfalen op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek verricht aanvullend onderzoek in de vorm van:

- ECG: elke huisartspraktijk zorgt ervoor dat het ECG zelf beoordeeld kan worden en/of beschikt over mogelijkheid om ECG door te sturen naar cardioloog ter beoordeling.
- Lab NT-proBNP, Hb, CRP, Na, K, kreatinine, ureum, TSH, glucose, lipiden.
- Overweeg een X-thorax



Bij afwijkend ECG en/of verhoogd NT-proBNP (≥ 125 pg/ml) :

- Altijd verwijzen, tenzij weinig vitale patiënt, waarbij diagnostiek/behandeling in 2^e lijn niet bijdragend is, overweeg dan meekijkconsult
- Bij hoge verdenking op hartfalen: leefregels (dagelijks wegen, vochtbeperking, zoutbeperking, lichaamsbeweging) en start medicatie (ip diuretica en/of ACE-remmer/ARB en/of bètablokker) conform NHG-standaard Hartfalen.
- Starten van SGLT2, en Sacubutril/valsartan in het kader van hartfalen uitsluitend op de hartfalenpoli en poli cardiologie (zie [bijlage 2](#)).

Voorkeursmiddelen

- ACE-I: lisinopril, startdosering: 1 dd 2,5 mg
- ARB: Valsartan, startdosering: 1 dd 40 mg
- SGLT2i: Dapaglifozine, startdosering: 1 dd 10 mg
- SGLT2i: Empaglifozine, startdosering: 1 dd 10 mg
- Bètablokker: metoprolol ZOC , startdosering: 1 dd 25 mg
- MRA: Spironolacton, startdosering: 1 dd 12,5 mg

Informatieoverdracht van huisarts naar specialist

De huisarts schrijft verwijsbrief aan cardioloog met: personalia, aard/duur van de klachten, voorgeschiedenis, actuele medicatie, reeds gegeven medicatie en effect daarvan, bevindingen bij lichamelijk onderzoek, ECG, lab uitslagen en stuurt de brief via ZorgDomein.

Acties cardioloog

- Patiënt krijgt poli-afspraak met echo binnen 2 weken.
- Indien geen hartfalen of significante andere cardiale problematiek: retour huisarts.

2. Begeleiding, diagnostiek en behandeling in de 2e lijn

Hartfalenpolikliniek eerste bezoek

- NYHA klasse
- ECG
- Echo: Verslag bevat LVEF bepaling en beschrijving diastolische functie
- Medicamenteus behandelplan
- Diagnostisch plan bepalen en bespreken met patiënt
- Indicatie voor diagnostiek conform ESC richtlijn hartfalen
- Additioneel laboratoriumonderzoek: bloedbeeld, nierfunctie, schildklierfunctie, cholesterolspectrum en ijzerstatus
- Leefstijladviezen, educatie (o.a. bereikbaarheid binnen/buiten kantoortijden, herkennen achteruitgang), begeleiding bij optitreren medicatie.
- Eventueel aanmelden voor de telemonitoring Luscii
- Verslaglegging naar huisarts van eerste bezoek hartfalenpolikliniek binnen 5 werkdagen. Daarbij classificeren:
 - HFpEF: hartfalen met behouden (*preserved*) LVEF ($\geq 50\%$)
 - HFmrEF: hartfalen met matige (*midrange*) LVEF (40-49%)
 - HFrEF: hartfalen met verminderde (*reduced*) LVEF ($< 40\%$)

Eventueel vervolg bezoeken hartfalen polikliniek

- Verder optitreren hartfalenmedicatie op geleide van klachten, bloeddruk/hartfrequentie, vullingsstatus en nierfunctie/elektrolyten
- Bezoeken aan hartfalenpolikliniek worden indien nodig nabesproken met cardioloog
- Iedere week vindt er overleg plaats met de hartfalen team die bestaat uit: Hartfalen Cardiologen; hartfalen VS en gespecialiseerd VPK hartfalen; op maandag middag en dinsdag middag
- Beoordelen of patiënt geschikt is voor zorg op afstand, waarbij we Luscii app gebruiken
- Verslaglegging naar huisarts van beloop gedurende eerste 3 maanden behandeling Hartfalen poli

Vervolg bezoek cardioloog binnen 8 weken na opname, minimaal 1x/jaar bezoek aan de cardioloog

- Beoordeling voortgang t.a.v. optitreren medicatie
- Beoordeling voortgang t.a.v. diagnostisch plan
- Herbeoordelen NYHA klasse
- Echocardiogram, incl. beschrijving LVEF
- Minimaal 1 x per jaar bezoek aan de Cardioloog
- Genetisch onderzoek (idiopathische dilaterende CMP en hypertrofische CMP)
- Evalueren doelen:
 - Medicatie optimaal?
 - Etiologie vastgesteld?

Indien patiënt zich gedurende behandeling hartfalen poli bij huisarts meldt i.v.m. toename klachten

- Patiënten worden door de hartfalen poli geïnstrueerd hoe te handelen bij klachten en om bij klachten contact op te nemen met de hartfalen poli
- Huisarts of patiënt neemt zo spoedig mogelijk contact op met de hartfalenpolikliniek bereikbaar van 8:30-16:30 uur op telefoonnummer: 075 – 650 7890. In de avond en nachtdienst de EHH bereikbaar op: 075-6507272.
- Mogelijke acties:

- Aanpassen medicatie, eventueel ophogen diuretica
- Extra bloedonderzoek ((NT-pro)BNP, nierfunctie, elektrolyten)
- Extra bezoek hartfalenpolikliniek
- Insturen EHH/SEH

3. Furosemide intraveneus in de thuissituatie

Indien de chronische hartfalen patiënten niet euvolemisch te krijgen zijn met oraal diuretica kan ervoor gekozen om de patiënt thuis te behandelen met 24 uur diuretica intraveneus. In de palliatieve fase kan eventueel furosemide i.v. gecontinueerd worden als symptoombestrijding.

Voorwaarden voor thuisbehandeling

- De thuisbehandeling dient medisch verantwoord te zijn.
- Bij de patiënt dient de wens te bestaan om thuis behandeld te worden.
- Alle betrokken hulpverleners dienen geïnformeerd te zijn over de inhoud van de thuisbehandeling, de nodige interventies, de nodige materialen en de zorgorganisatie.
- Hartfalen poli is door de weeks bereikbaar onder kantoortijden.
- In de avonden en nachturen is de Eerste harthulp bereikbaar op nummer 075-6507272
- Team Thuiszorgtechnologie Evean (TT) is 24 uur bereikbaar:
07:00 – 23:00 uur: 0299 – 39 49 21
23:00 – 07:00 uur: 0900 – 98 97

Behandeling van hartfalen

Inclusiecriteria

- Rechtsdecompensatie met hooguit dyspnoe NYHA klasse III
- EF < 40%, HFpEF
- Ziekenhuisopnames in het verleden i.v.m. decompensatio cordis, minimaal één keer
- Goede reactie op intraveneuze furosemide
- Optimale orale hartfalen medicatie
- Patiënt is in staat om zelf toestemming te geven voor de behandeling
- Patiënt heeft voldoende mantelzorg
- Patiënt is gemotiveerd
- Patiënt is therapietrouw
- Patiënt heeft ziekte-inzicht

Exclusiecriteria

- Patiënt heeft moeite met naleven dieet en controle op gewicht
- Patiënt heeft nog niet eerder een intraveneuze toediening gehad met furosemide
- Patiënt is niet therapietrouw.
- Patiënt heeft geen ziekte-inzicht
- Cognitieve beperkingen

Vervolg Poliklinisch

De Hartfalen poli vervolgt de patiënten met intraveneuze behandeling. Daarbij wordt regelmatig laboratoriumonderzoek uitgevoerd om de nierfunctie te monitoren en mogelijke bijwerkingen of complicaties tijdig te signaleren. Indien mogelijk worden patiënten opgenomen in telemonitoring programma via Luscii App. Dit biedt de mogelijkheid om vitale parameters en symptomen op afstand nauwgezet te volgen, waardoor vroegtijdige interventies kunnen worden verricht en de zorg verder wordt gepersonaliseerd.

Aanpassingen in medicatiedoseringen worden zorgvuldig afgestemd met de hoofdbehandelaar, om een veilige en optimale therapie te waarborgen. Het technische thuiszorgteam werkt hierbij nauw samen met de hartfalenpoli. Bij afwijkende bevindingen of zorgen over de toestand van de patiënt wordt direct contact opgenomen met de poli, wat bijdraagt aan een geïntegreerd en patiëntgericht zorgmodel.

Palliatieve behandeling

Inclusiecriteria

- Eindstadium Hartfalen
- Rechtsdecompensatie met hooguit dyspnoe NYHA klasse III
- Ziekenhuisopnames in het verleden i.v.m. decompensatio cordis, minimaal één keer
- Goede reactie op intraveneuze furosemide
- Optimale orale hartfalen medicatie
- Patiënt is in staat om zelf toestemming te geven voor de behandeling
- Patiënt heeft voldoende mantelzorg
- Patiënt is gemotiveerd
- Patiënt is therapietrouw
- Patiënt heeft ziekte-inzicht

Exclusiecriteria

- Cognitieve beperkingen
- Patiënt is niet therapietrouw
- Patiënt heeft geen ziekte-inzicht

Vervolg palliatief behandeling

In de kliniek wordt een slecht nieuws gesprek gevoerd en eventueel TOPZ team betrokken. Bij patiënten in de palliatieve fase van hartfalen kan intraveneuze toediening van furosemide worden ingezet om symptomen zoals vochtretentie, dyspneu en oedeem te verlichten. Het doel is om het comfort van de patiënt te verbeteren en de kwaliteit van leven te verhogen. De patiënt en de familie worden goed ingelicht over het vervolg en het doel van de behandeling.

De huisarts wordt mondeling en schriftelijk op de hoogte gebracht. De zorg wordt overgedragen aan de huisarts. De Hartfalen poli blijft op afstand monitoren. Hierbij wordt regelmatig denierfuncties gecontroleerd en indien nodig dosering aangepast in samenspraak met de hartfalen cardiologen. De Hartfalenpoli is het aanspreekpunt voor het technisch thuiszorg team. Bij verdere verslechtering en achteruitgang worden de patiënten en het technisch thuiszorg team geïnstrueerd om de huisarts te bellen.

4. Multidisciplinaire overleggen in de 2^e lijn

MDO Cardiologie-Recura

Werkwijze:

- MDO vindt wekelijks op dinsdag plaats om 15 uur
- Deelnemers: Specialist ouderengeneeskunde van Recura (Astrid Bakkum), Cardioloog (Shanti Ramawadhoebe), transferverpleegkundige en hartfalenverpleegkundige

Besprekonderwerpen:

- Hartfalen patiënten bij Recura. Deze worden door de specialist ouderengeneeskunde ingebracht in het overleg middels de bespreeklijst in HIX
- Afdelingspatiënten cardiologie. Deze worden door de hartfalenverpleegkundige en cardioloog ingebracht middels de bespreeklijst in HIX
- Hartfalen verpleegkundige houdt verslag van bespreking bij in de bespreeklijst

MDO Cardio-renaal

Werkwijze:

- Om de week op maandag
- Deelnemers: Nefroloog (Han-Yo Ie), Cardioloog (Derk Verschure), hypertensieverpleegkundige en hartfalenverpleegkundige.

Besprekonderwerpen:

- Hartfalen patiënten met nierinsufficiëntie
- Hartfalen verpleegkundige houdt verslag van bespreking bij in de bespreeklijst

MDO TOPZ

Werkwijze

- MDO vindt wekelijks op dinsdag plaats om 13 uur.
- Deelnemers: Longarts-oncoloog, Cardioloog, Anesthesioloog/pijnspecialist, Klinisch geriater, Internist-oncoloog, Internist-hematoloog, Verpleegkundig specialist Long, Verpleegkundig specialist Hartfalen, Verpleegkundig specialist palliatieve zorg, Verpleegkundig Specialist palliatieve zorg Evean, Geriatrie verpleegkundige, Geestelijk verzorger, GZ psycholoog, Huisarts / kaderarts palliatieve zorg, Palliatief consulent en oncologieverpleegkundige

Consult TOPZ

Een TOPZ consult kan worden aangevraagd wanneer er vragen of problemen zijn op gebied van één of meerdere palliatieve zorg domeinen (somatisch, psychisch, sociaal & omgeving). De focus ligt op patiënten met een ongeneeslijke of levensbedreigende ziekte, of patiënten waarvan we niet verbaasd zouden zijn als zij binnen een jaar zouden overlijden (Surprise Question). Denk hierbij aan vragen of meedenken over:

- Symptoommanagement (pijn, dyspnoe, angst, onrust, etc)
- Ondersteuning bij palliatieve sedatie
- Complexe (te verwachten) multiproblematiek (symptomen, verwerkingsproblematiek, draagkracht mantelzorg, etc)
- organisatie van zorg, overbelasting van de mantelzorg, sociale kaart
- Verschuiving doel van de behandeling (curatief -> palliatief / ziektegericht -> symptoomgericht / palliatief -> terminaal)
- Voorkomen van crisisonname door maken van proactief stappenplan bij te verwachten problemen (ACP)

- Geven van voorlichting (bijv. over palliatieve sedatie of vocht en voeding in de laatste levensfase)
- Gesprek over wensen rondom behandeling of levenseinde

Het TOPZ werkt op consultatie basis. Na de consult aanvraag komt één van de leden van het team langs om de patiënt in kaart te brengen, dit gesprek kan indien wenselijk ook gezamenlijk met naasten worden gevoerd. De patiënt wordt vervolgens besproken in het MDO en dan wordt er een advies teruggekoppeld aan de consultvrager. TOPZ neemt niet de behandeling over, de hoofdbehandelaar blijft verantwoordelijk voor de patiënt.

Consulten kunnen zowel klinisch als poliklinisch worden aangevraagd en TOPZ heeft de mogelijkheid patiënten te vervolgen indien dat wenselijk is. Consultvragers worden aangemoedigd aan te sluiten bij het MDO (dinsdagmiddag 13u), waar nodig kan ook de huisarts van de patiënt (digitaal) aansluiten.

5. eHealth, zorg op afstand' Home monitoring' via App

Effectieve behandeling, begeleiding en monitoring kunnen de klachten verlichten en hanteerbaar maken. De patiënt heeft hierin een belangrijke rol door zijn eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot het inpassen van leefregels in zijn leven en het vroegtijdig signaleren van symptomen van verslechtering van hartfalen en hier acties op ondernemen. Hiermee krijgen patiënten met hartfalen de middelen aangereikt om het breed gedragen concept van zelfmanagement te vergroten. Hartfalenverpleegkundige of verpleegkundig specialist hartfalen meldt de patiënten aan voor Telemonitoring in thuis situatie. Hierbij wordt er gekeken of de patiënt baat heeft bij zorg op afstand, bijvoorbeeld bij de patiënten die herhaaldelijk worden opgenomen met DC. Hierbij is het hebben van digitale vaardigheden en van een bloeddruk apparaat van belang. De hartfalen poli kijkt er elke werkdag naar de afwijkende meldingen. Indien de leden van hartfalen poli niet aanwezig zijn dan kijkt er een extern bureau naar de meldingen.

6. Toekomstvisie

De toekomst van hartfalenzorg ligt in een nauwe, proactieve samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Door middel van kennisdeling, efficiënte communicatie en toegankelijke ondersteuning vanuit de 2^e lijn naar de 1^e lijn waarbij het uitgangspunt is om de zorg dichtbij de patiënt te organiseren. Met als doel minder ziekenhuisopname, kwaliteit van leven voor de patiënt met hartfalen, meer zorg op afstand en nauwe samenwerking in de keten; de huisarts, POH, thuiszorgmedewerkers en mantelzorgers.

Toekomstvisie voor hartfalen zorg in de Zaanstreek

- Meekijkconsulten: in de toekomst zal er mogelijkheid zijn om meekijkconsultanten aan te vragen voor vragen of advies met betrekking tot patiënten die terugverwezen zijn naar de eerste lijn
- Hartfalen Lounge: de Huisarts kan patiënten doorverwijzen voor hartfalen lounge om patiënten kortdurend te ontwateren middels diuretica IV.
- Structurele Nascholingen: ook zullen er jaarlijks nascholingen worden georganiseerd voor de huisartsen en praktijkondersteuners, initieel zal intensieve nascholing meerdere keren per jaar geboden worden.
- Integratie van consultaties op locatie: consultatie op locatie danwel via Teams/telefonisch door verpleegkundig specialist hartfalen één keer per twee weken.

Toekomstvisie terugverwijzing naar 1^e lijn

- Kwetsbare ouderen met hartfalen met beperkte levensverwachting, waarbij poliklinisch zorg te belastend is en geen toegevoegde waarde heeft voor het kwaliteit van leven: behandeling en follow-up via huisarts. Huisarts kan zo nodig overleggen met hartfalenpoli of cardioloog
- Palliatief traject
- Stabiele HFpEF patiënten
- Stabiele (≥ 1 jaar) HFrEF patiënten (NYHA I-II) met een verbeterde LV ejectie fractie (LVEF) naar tenminste redelijke functie (indien LVEF beschikbaar: $> 40\%$) met geoptimaliseerde HF therapie komen in aanmerking voor terug verwijzing naar de 1e lijn, indien er geen sprake is van de onderstaande criteria.

Patiënten die niet worden terugverwezen

- $LVEF \leq 40\%$, kwalitatief beoordeelde systolische LV functie als matig of slecht
- Aanwezigheid van cardiale devices
- Matig/ernstig kleplijden
- Niet gerevasculariseerd obstructief coronairlijden
- Ritmestoornissen waarvoor anti-aritmica en/of evaluatie voor ablatie en/of device
- Matig of slechte systolische RV functie.

Informatieoverdracht bij terugverwijzen van de tweede naar de eerste lijn

- Binnen een week na polikliniekbezoek bij de cardioloog/hartfalenpolikliniek ontvangt de huisarts de ontslagbrief met daarin:
- Huidig gewicht, recent lab, laatste echo (incl.. systolische en diastolische LV functie), termijn gewenste controle
- De diagnose, de verrichte behandeling, belangrijke nevendiagnosen
- Een overzicht van de ingezette niet-medicamenteuze behandeling: hartrevalidatie
- Een overzicht van de medicatie met de indicatie daarvoor en de gebruiksduur
- Eventuele gebleken intoleranties voor medicatie/stopredenen
- Indien van toepassing: resultaat hartrevalidatie volgt via een aparte brief
- Indien van toepassing: de behandelbeperkingen

- Bij terugverwijzing van palliatieve of kwetsbare patiënt zal bij voorkeur een telefonische overdracht plaats vinden

NHG controles in de stabiele fase

- Controleer patiënten die de maximaal verdragen dosering van de medicatie hebben bereikt na 3 en na 6 maanden en daarna jaarlijks zo lang het hartfalen stabiel is
- Controleer op indicatie vaker, bijvoorbeeld bij variatie in klachten, bij ernstige nierfunctiestoornis (eGFR < 30 ml/min/1,73 m²), bij kwetsbare ouderen en bij patiënten met in het verleden nierfunctie- of elektrolytenafwijkingen door deze medicatie
- Vraag naar klachten, onder andere inspanningsvermogen
- Informeer naar therapietrouw en mogelijke bijwerkingen van de medicatie
- Meet bloeddruk, pols en gewicht
- Bepaal eGFR plus kreatinine, natrium en kalium en eventueel NT-proBNP
- Wees alert op (langzame) verergering van het hartfalen. Pas zo nodig de medicatie aan volgens het Stappenplan hartfalenmedicatie of overleg met de cardioloog

Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn

- De huisarts roept patiënt op voor het CVRM spreekuur binnen de door de cardioloog aangegeven termijn na ontvangst van de ontslagbrief (na einde policonroles)
- Vervolg controle via de huisarts vindt, afhankelijk van de situatie, 1 keer per 3-12 maanden plaats. Wij adviseren om in het 1e jaar patiënten om de 3 maanden te zien
- Herhaalreceptuur van medicatie die geïnitieerd is door de cardioloog kan worden verzorgd door de huisarts, waarbij de keuze van de medicatie onderbouwd is (zie informatieoverdracht)

7. Palliatief traject

Zie ook NHG standaard gepubliceerd mei 2021

Stappenplan palliatieve fase hartfalen

1. Patiënt met eindstadium hartfalen (NYHA III-IV).
2. Gezamenlijke besluitvorming: patiënt en naaste(n), cardioloog, hartfalenpolikliniek en huisarts. Cardioloog en/of verpleegkundig specialist voert slecht nieuwsgesprek met patiënt. In huisartspraktijk volgt dan een schakelconsult met bespreking van hoe thuis verder ondersteuning ingericht kan worden.
3. Besluitvorming: in principe geen ZH-opname
 - Medische overdracht naar huisarts
 - Verpleegkundige overdracht ZH naar verpleegkundige / POH
 - Patiënten informatie Terminaal Hartfalen: www.heartfailurematters.org
 - Indien nog geen deactivatie heeft plaatsgevonden: toelichting uitschakelen ICD shockfunctiePatiëntfolder Implanteerbare Cardioverter Defibrillator (ICD) en het levenseinde
4. Regie behandeling overgenomen door HA
 - Consultatie cardioloog/ hartfalen polikliniek
 - Consultatie palliatief team
 - Indien de patiënt met furosemide IV is overgedragen aan de eerste lijn in kader van palliatieve zorg zal het Zaans Medisch Centrum bereikbaar zijn voor overleg
5. Aandachtspunten zorgplan
 - 5.1 Zorgplan opstellen/aanpassen tijdens huisbezoek
Folder 'Wensen voor het leven in de laatste fase'. Website: www.heartfailurematters.org
 - 5.2 Bespreken en vastleggen wensen levenseinde:
 - Reanimatie
 - Palliatieve sedatie
 - Euthanasie
 - Existentiële vragen
 - Plaats van overlijden
 - 5.3 Actueel medicatieoverzicht/noodmedicatie
 - 5.4 Zo nodig inschakelen en overdracht naar andere disciplines:
 - Specialistisch verpleegkundig team
 - Wijkverpleegkundige
 - Fysiotherapie
 - Diëtist
 - Geestelijk verzorger
 - 5.5 Informatie noteren in zorgdossier
 - 5.6 Overdracht huisarts naar huisartsenpost. Met duidelijke beleidslijnen
6. Patiënt overleden
 - Nazorg familie

Aandachtspunten

- PICC-Lijn: In overleg met cardioloog/hartfalenpolikliniek

- ICD (de implanteerbare defibrillator) kan op verzoek (in de thuissituatie) uitgezet worden; daartoe kunt u contact opnemen met het ICD implanterend centrum. Op het ICD -PM pasje van de patiënt vindt u informatie of het ICD of een pacemaker betreft, tevens staat de naam van het ziekenhuis en de firmanaam op dit pasje.
 - Indien de patiënt onder controle is in het ZMC kan de ICD in overleg met de behandelend cardioloog worden uitgezet
 - De ICD met pacemaker functie kan naar behoren van de functie worden aangepast

8. Contactgegevens

Contactadressen Zaans Medisch Centrum

Voor inhoudelijke vragen (klachten, medicatiewijziging) van destijds bekende patiënten in ziekenhuis

Hartfalen poli: 075 – 650 7890

- Sindhuya Asaipilliah, verpleegkundig specialist hartfalen (asaipilliah.s@zaansmc.nl)
 - Petra Butter, hartfalenverpleegkundige (butter.p@zaansmc.nl)
 - Shanti Ramawadhoebe (075 – 650 7370, ramawadhoebe.s@zaansmc.nl)
 - Derk Verschure (075 – 650 7172, verschure.d@zaansmc.nl)
-
- Dienstdoende Cardioloog 075 – 650 7968
 - Verpleegafdeling Secretaresse cardiologie 075 – 650 2206
 - Eerste Harthulp (EHH) 075 – 650 7272
 - Poli Hart-Vaatcentrum 075 – 650 7532

Bereikbaarheidslijst betrokken instellingen

Zaans Medisch Centrum

Buiten werktijd: Dienstdoende cardioloog via Receptie Zaans Medisch Centrum: 075 – 650 29 11 (24 uur)

Verpleegkundige Team thuiszorgtechnologie EVEAN

07:00 – 23:00 uur: 0299 – 39 49 21

23:00 – 07:00 uur: 0900 – 98 97

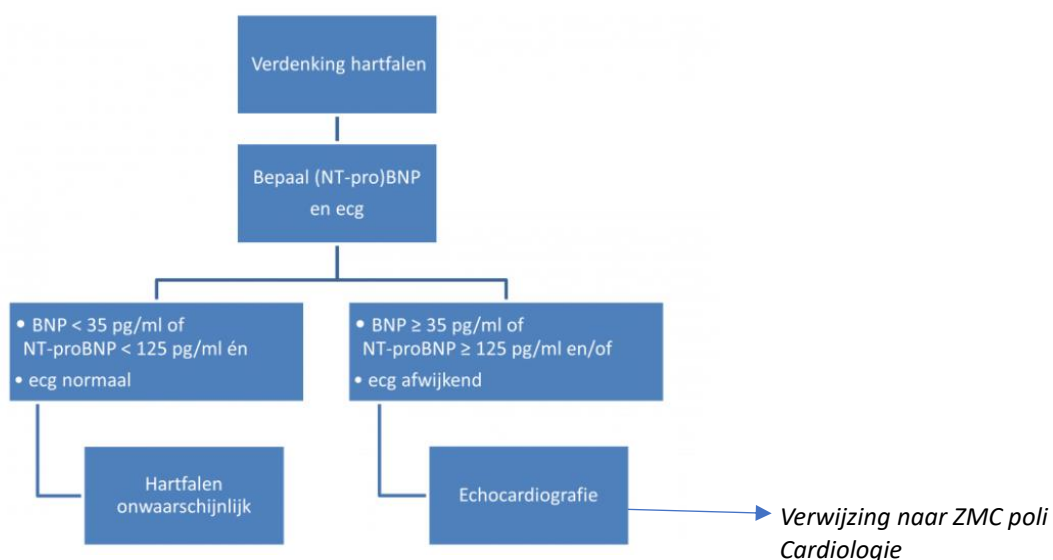
Apotheek Zaans Medisch Centrum

Dienstdoende apotheker of coördinerend assistente bereidingen

08:30 – 17:00 uur: 075 – 650 2305

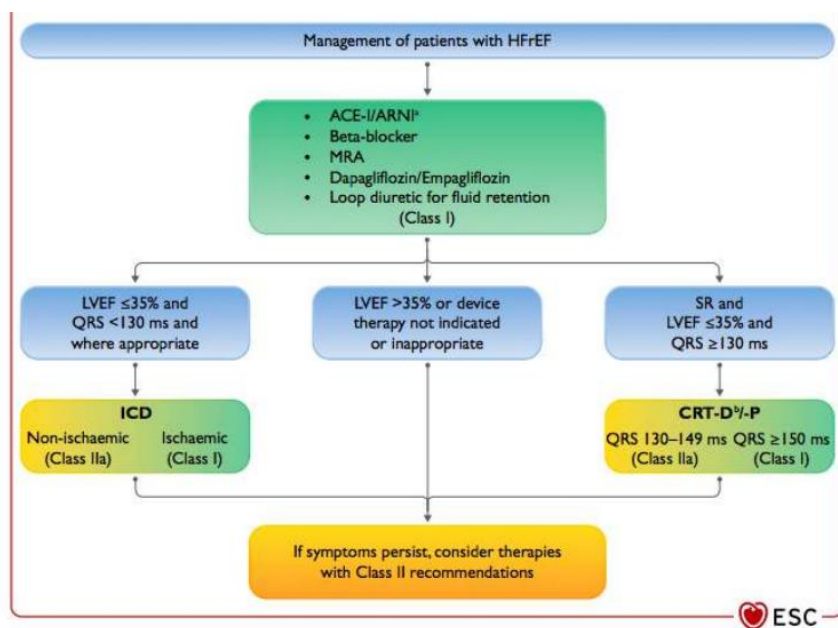
ANW: dienstdoende apotheker via receptie Zaans Medisch Centrum: 075 - 650 2911 (24 uur)

Bijlage 1 - Herkennen en bevestigen diagnose hartfalen



Bron NHG hartfalen

Bijlage 2 - Diagnostiek en behandeling in de 2^e lijn



ACE-I: ACE-remmer, ARNI: angiotensin receptor neprilysin inhibitor, MRA: mineralocorticoidreceptor antagonist

Bron ESC guideline 2021

Bijlage 3 - Regionaal Protocol furosemide intraveneus thuis

Zaans Medisch Centrum Furosemide i.v. in de thuissituatie



Hospital at home

Zaans Medisch Centrum

Voorwoord

Dit protocol is tot stand gekomen naar aanleiding van het project “Furosemide i.v. in de thuissituatie”. Het protocol is bedoeld als leidraad voor alle verantwoordelijkheden, handelingen en communicatie betreffende het behandelen met intraveneuze furosemide van patiënten met chronisch hartfalen in de thuissituatie. Dit protocol is opgesteld in samenwerking met alle betrokken zorgverleners.

Achtergrondinformatie

De doelstellingen van de thuisbehandeling van patiënten met chronisch hartfalen met furosemide zijn:

- Reduceren van aantal heropnames op de cardiologische afdeling;
- Stabiliseren van de klachten van patiënten met hartfalen c.q. voorkomen van verergering van de symptomen;
- Aantonen dat een dergelijke thuisbehandeling in onze regio logistiek en medisch verantwoord kan functioneren;
- Het verhogen van de kwaliteit van leven van de behandelde patiënten;

Voorwaarden voor hospital at home behandeling

Hartfalen team stelt de indicatie voor thuisbehandeling

- De thuisbehandeling dient medisch verantwoord te zijn.
- Thuisbehandeling is een shared decision besluit
- Technische Thuiszorg kan gerealiseerd worden
- De patiënt heeft een PICC-lijn
- De patiënt dient door de behandelend cardioloog of het hartfalenteam van het ZMC zo zorgvuldig mogelijk geïnformeerd te worden over de risico's van de behandeling (zoals bv hypokaliëmie met bijkomende ritmestoornissen), over de eventuele complicaties die bij de thuisbehandeling kunnen optreden (zoals bijvoorbeeld problemen met het infuus) en over de voorwaarden waaronder thuisbehandeling verantwoord kan plaatsvinden.
- Alle betrokken hulpverleners dienen geïnformeerd te zijn over de inhoud van de thuisbehandeling, de nodige interventies, de nodige materialen en de zorgorganisatie.
- De intraveneuze toediening van furosemide dient plaats te vinden met behulp van een cassette.
- Alle betrokken hulpverleners garanderen een telefonische 24-uurs bereikbaarheid; zie contact gegevens

Inclusiecriteria

Chronische Decompensatio Cordis waarbij geen stabiele euvolemische toestand gehandhaafd kan worden met orale diuretica.

- Ziekenhuisopnames in het verleden i.v.m. decompensatio cordis, minimaal één keer.
- Goede reactie op intraveneuze furosemide.
- Optimale orale hartfalen medicatie.
- Patiënt is in staat om zelf toestemming te geven voor de behandeling.
- Patiënt heeft voldoende mantelzorg.
- Patiënt is gemotiveerd.
- Patiënt is therapietrouw.
- Patiënt heeft ziekte-inzicht.

Exclusiecriteria

- Patiënt heeft moeite met naleven dieet en controle op gewicht.
- Patiënt heeft nog niet eerder een intraveneuze toediening gehad met furosemide.
- Patiënt is niet therapietrouw.
- Patiënt heeft geen ziekte-inzicht.

Deelprotocol cardioloog

- De cardioloog stelt (samen met de hartfalenverpleegkundige/verpleegkundig specialist) vast of de patiënt in aanmerking komt voor de behandeling volgens de selectie criteria.
- De cardioloog en/of hartfalenverpleegkundige/ verpleegkundig specialist bespreekt met de patiënt de mogelijkheden van thuisbehandeling en informeert de patiënt zo zorgvuldig mogelijk over de behandeling, daarmee samenhangende risico's, complicaties en de voorwaarden waaronder de thuisbehandeling verantwoord kan plaatsvinden.
- Wanneer de patiënt instemt met de behandeling neemt de cardioloog contact op met de hartfalenverpleegkundige/verpleegkundig specialist.
- Regelt het plaatsen van de PICC via de afdeling radiologie
- De cardioloog e/o verpleegkundig specialist schrijft recept furosemide intraveneus voor.
- De overige medicatie wordt door de cardioloog e/o hartfalen team vastgesteld.
- De cardioloog/verpleegkundig specialist/hartfalenverpleegkundige zorgt voor medische overdracht naar de huisarts; ' warme overdracht'
- De cardioloog blijft hoofdbehandelaar wat betreft de furosemide i.v. behandeling en de controles en garandeert een 24 uurs bereikbaarheid; zie contactgegevens

Richtlijnen voor parameters

Het gewicht van de patiënt wordt gemonitord. Afhankelijk van de situatie/ toestand van de patient dagelijks, of 3 x per week. De hartfalenpoli wordt gebeld indien het gewicht meer dan 2 kg stijgt of bij perifeer oedeem of toename dyspnoe klachten.

Leefregels hartfalen

Vochtbeperking is 1500 cc tenzij anders afgesproken door de cardioloog.
Natrium arm dieet, maximale zout intake van 6 gram

Deelprotocol verpleegkundig specialist/hartfalenverpleegkundige

- Vervult een coördinerende taak tijdens het initiëren van de behandeling met furosemide i.v.
- Informeert de patiënt /mantelzorger bij vragen over de mogelijkheden van thuisbehandeling.
- Meldt de patiënt aan bij het verpleegkundigen team thuiszorg technologie van Evean voor behandeling thuis bij voorkeur 24 uur voor aanvang van de therapie.
- Maakt afspraak met de verpleegkundige van het team thuiszorgtechnologie waar de patiënt wordt aangesloten op het infuus (thuis of In het Zwaans Medisch Centrum)
- Zorgt ervoor dat het recept wordt geschreven/getekend door de cardioloog.
- Meldt de patiënt aan bij de ziekenhuisapotheek Zaanapotheek.
- Maakt met de patiënt een afspraak voor het volgende polibezzoek/belafsprak.
- Verpleegkundige team is de spil in de communicatie met thuiszorgteam , de ziekenhuisapotheek en de patiënt.
- Bloedafname voor controle in de thuissituatie via SALT; Nierfunctie met electrolyten.
- Verpleegkundige hartfalen team is verantwoordelijk voor het monitoren van de bloedsuikers en past zo nodig de dosering aan van de furosemide i.v.

De huisarts

De huisarts wordt op de hoogte gesteld door de behandelend cardioloog/verpleegkundig specialist/hartfalenverpleegkundige

De huisarts stelt de huisartsenpost of vervangend huisarts op de hoogte van de behandeling.

Deelprotocol ziekenhuisapotheek

De aanvraag van de furosemide i.v. geschiedt bij voorkeur 24 uur voor aanvang van de therapie.

Wanneer snellere start wenselijk is wordt overlegd met de coördinerend assistente bereidingen (7372).

- De furosemide i.v. wordt tijdig door apotheek afgeleverd bij patient.
- Zaan apotheek is verantwoordelijk voor aflevering van de furosemide i.v. dosering. Zoals voorgeschreven door de cardioloog/VS in cassette aan de patient thuis.

Opmerkingen let op;

Bij de thuisbehandeling vraagt de bereiding en levering van de furosemide speciale aandacht.

Furosemide is na oplossing beperkt houdbaar. Voor de situatie buiten kantooruren wordt de dienstdoende apotheker ingeschakeld.

Stappenplan thuisbehandeling met furosemide intraveneus

Actie	Aktor
Stap 1 Indicatie stellen of patiënt in aanmerking komt voor furosemide i.v. thuisbehandeling; zie criteria	Hartfalenteam ZMC
Stap 2 Recept voor furosemide i.v. dosering vaststellen, doorsturen naar Zaan apotheek	Hartfalenteam ZMC
Stap 3 Shared decision making samen met de patiënt/mantelzorger over de behandelvoorstel en de mogelijkheid van thuisbehandeling. Indien akkoord patiënt zie stap 4.	Hartfalenteam ZMC
Stap 4 Initieren behandeling furosemide i.v. thuis - PICC lijnplaatsing - persoonsgegevens - streefwaardes patiënt vaststellen - aanvraagformulier voor thuiszorgteam - Medische overdracht huisarts; altijd telefonisch en per document - Dienstdoende cardioloog inlichten	Hartfalenteam ZMC
Stap 5 Organisatie thuisbehandeling - Cardioloog/VS stuurt recept naar Zaan apotheek - Invullen formulier voor risicovolle verpleegkundige handelingen - Patiënt aanmelden bij thuiszorg instelling en SALT - Infuusbenodigdheden aanvragen en laten bezorgen - Vervolg afspraken op voor poliklinische follow up	Hartfalenteam ZMC
Stap 6 Coördinatie bereiding en aflevering furosemide cassette.	Zaanapotheek
Stap 7 Activiteiten in de thuissituatie 1x daags bloeddruk, gewicht en invullen in klantenmap - Signaleren van mogelijke problemen. Eventueel contact opnemen met hartfalen poli zie contactgegevens - Controle en verzorging toedieningsweg volgens protocol	VTT
Stap 8 bloed afnemen Initieel; wekelijks en afhankelijk van klinisch beloop frequentie bepalen nierfunctie controle nadien op indicatie door behandelteam	SALT
Stap 9 Controle klinische data en bloedsuitslagen - Beoordeling uitslagen en overlegt met behandelteam - Samenwerking coördinatie met TT en hartfalenteam	Hartfalenteam

Zaans Medisch Centrum

Ma, wo, vr 09:00 – 17:00 Hartfalenverpleegkundige 075 – 6507890

08:30 – 17:00: Dienstdoende cardioloog 075 - 650 79 68

Buiten werktijd: Dienstdoende cardioloog via Receptie Zaans Medisch Centrum: 075 – 650 29 11 (24 uur)

Verpleegkundige Team thuiszorg technologie EVEAN

07:00 – 23:00: 0299 – 39 49 21

23:00 – 07:00: 0900 – 9897

Apotheek Zaans Medisch Centrum

Dienstdoende apotheker of coördinerend assistente bereidingen

08:30 – 17:00; apotheek Tel: 075-6502305

Buiten werktijd: dienstdoende apotheker via receptie Zaans Medisch Centrum: 075 – 650 29 11 (24 uur)

Bijlage 4 - Protocol telemonitoring via App

Protocol Telemonitoring Hartfalen

Hartfalenpoli, Zaans Medisch Centrum



1.0 Algemeen

Doel

Dit protocol beschrijft voor Telemonitoring Hartfalen:

- Inclusie en exclusie criteria van patiënten
- Het aanmeldproces van patiënten
- Het afhandelen van meldingen

Benodigdheden

- Inlog in Luscii voor zorgverleners
- Toegang tot patiëntgegevens in het EPD/HIX
- De drempelwaardes worden per patiënt vastgesteld en ingevoerd
- Inlog in klantportaal van Lusci t.b.v. hardware

Bevoegdheden

Onderstaande bevoegdheden vallen allemaal onder de gespecialiseerd verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten van de poli hartfalen van Zaans medisch Centrum. In dit document bedoelen we met hartfalenverpleegkundige, de verpleegkundig specialist, de gespecialiseerd verpleegkundige en de leerling-verpleegkundig specialist.

- Inclusie nieuwe patiënten
- Vaststellen drempelwaarden / aanpassen drempelwaarden
- Afhandeling melding
- Aanpassen medicatie volgens protocol
- Voorschrijven medicatie door verpleegkundig specialist
- Extra meting toevoegen

2.0 Aanmelden patiënten

Inclusieproces

- Een patiënt wordt vanuit poliklinische situatie geïnccludeerd door de hartfalen verpleegkundige van de polikliniek cardiologie.
- Tijdens de eerste fase van optitreren worden de patiënten nog maandelijks poliklinisch gezien, naast het gebruik van telemonitoring. Indien hier er behoefte aan is.
- Tijdens het gebruik van telemonitoring komt de patiënt minimaal 1x per jaar bij cardioloog voor consult en minimaal 1x per jaar bij hartfalen verpleegkundige voor consult.

Inclusiecriteria:

- Patiënten met de diagnose hartfalen (NYHA 2, 3 en 4) met poliklinische opvolging.
- Patiënten in optitreer fase.
- Instabiele patiënten/ draaideur patiënten.

Exclusiecriteria:

- De patiënt is de Nederlandse taal niet machtig en/of heeft geen mantelzorger die de Nederlandse taal spreekt.
- De patiënt heeft een cognitieve beperking en geen ondersteuning van een mantelzorger.
- De patiënt beschikt niet over internet en enige digitale kennis.
- Niet gemotiveerde patiënten.

Ontslagcriteria:

- Na optitreren hartfalen medicatie en indien stabiel.
- Indien patiënt herstelt naar klasse NYHA I.
- Indien patiënt een terminale fase ingaat.
- Indien patiënt niet actief is.

Meetmomenten “Instabiele patiënten/optitratie”

- Patiënten voeren hun metingen vóór 11:00 uur ‘s ochtend in.
- De metingen worden dezelfde dag voor 14.00 uur door de hartfalen verpleegkundige uitgelezen.
- Iedere dag wordt de bloeddruk inclusief hartfrequentie gemeten.
- Iedere dag wordt het gewicht gemeten.
- De frequentie van de meetmomenten wordt, indien nodig, aangepast in overleg met de patiënt.
- De vragenlijst wordt bij aanvang telemonitoring aangeboden, na 6 maanden wordt het weer herhaald.

Meetmomenten “Stabiele patiënten”

- Patiënten voeren hun metingen vóór 11:00 uur ‘s ochtend in, behalve in het weekend. Op indicatie in het weekend meten.
- De metingen worden dezelfde dag voor 14.00 uur door de hartfalen verpleegkundige uitgelezen.
- Iedere woensdag wordt de bloeddruk inclusief hartfrequentie gemeten.
- Iedere zondag/dinsdag/donderdag het gewicht meten.
- De frequentie van de meetmomenten wordt, indien nodig, aangepast in overleg met de patiënt.
- De vragenlijst wordt bij aanvang telemonitoring aangeboden, na 6 maanden wordt het weer herhaald.

Drempelwaarden

Er zijn twee soorten waarden waar een melding uit gegenereerd kan worden. Een sprong en een drempelwaarde.

- De sprong die wordt ingesteld voor het gemeten gewicht is voor iedereen standaard ingesteld op 2 kg.
- De drempelwaarde wordt per patiënt vastgesteld.
 - De drempelwaarde van de bloeddruk en van de hartslag wordt gebaseerd op de gemeten waarde in de thuissituatie.
 - De drempelwaarde van het gewicht wordt gebaseerd op de gemeten waarde in de thuissituatie.
- De drempelwaardes kunnen in de loop van de tijd worden aangepast.

Aanmeldproces

Een patiënt wordt vanuit poliklinische situatie geïncludeerd.

Verantwoordelijke: hartfalenverpleegkundige

Benodigde informatie:

- Patiëntgegevens
- Meetmomenten
- Drempelwaardes die ingevoerd dienen te worden voor patiënt

Acties
Uitgeven informatiebrief
Aanmelden voor informatiebijeenkomst
Invoeren van patiëntgegevens, meetmomenten en drempelwaardes
Check door collega of meetmomenten en drempelwaardes correct zijn ingevoerd
Invoeren in EPD (voorblad/aandachtspunten) dat patiënt meedoet met telemonitoring inclusief drempelwaardes
Versturen standaard brief via HIX naar huisarts over deelname telemonitoring

3.0 Afhandelen van meldingen

Verantwoordelijk voor het uitlezen van meldingen

- Hartfalenverpleegkundige
- Er vindt jaarlijks een check plaats

Dagen en tijdstippen wanneer Lusci wordt uitgelezen

- Maandag tot en met vrijdag voor 14.00 uur
- De meldingen worden alleen uitgelezen binnen de ICT-werkomgeving

Achterwacht in vakantie en bij ziekte

- Minimaal 3x per week worden de metingen uitgelezen, **Buro helder**

Soorten meldingen

- Grijs melding n.a.v. een vergeten meting
- Grijs melding n.a.v. een opmerking die door een patiënt is geplaatst bij een meting
- Rode melding n.a.v. een sprong t.o.v. vorige meting
- Rode melding n.a.v. overschrijding van de drempelwaarde

Grijs – Vergeten meting

Indien een patiënt een aantal keren metingen vergeet, dan wordt er mondeling overlegd met de patiënt over de reden van het vergeten (technisch, motivatie, etc.).

Grijs – Opmerking

Indien een patiënt een opmerking plaatst en er wordt geen grenswaarde overschreden, dan wordt afhankelijk van de melding telefonisch contact opgenomen met de patiënt.

Rood – Sprong

Bij rode meldingen zal er telefonisch contact worden opgenomen met de patiënt door de hartfalenverpleegkundige. Dit geldt voor zowel de meldingen n.a.v. een sprong, als n.a.v. een overschrijding van de drempelwaarde. Hier kan naar inzicht van worden afgeweken.

Rood – Overschrijding drempelwaarde

Bij rode meldingen zal er telefonisch contact worden opgenomen met de patiënt door de hartfalenverpleegkundige. Dit geldt voor zowel de meldingen n.a.v. een sprong, als n.a.v. een overschrijding van de drempelwaarde. Hier kan naar inzicht van worden afgeweken.

Wanneer een rode melding wordt gegenereerd, is het van belang dat er naar eigen inzicht van de hartfalenverpleegkundige en het geldende protocol, zoals vermeld in HIX, wordt gehandeld. Denk hierbij aan medicatie-aanpassingen en of, bij acute verslechtingen, contact met de cardioloog / huisarts / huisartsenpost / ambulance.

Storingen

Medewerkers

- Bij storingen de patiënt vragen te bellen met de servicedesk van Lusci (030-6927050) of een bericht sturen naar FocusCura (service@focuscura.nl) om contact op te nemen met de patiënt ter ondersteuning. Het betreffende consult dient dan telefonisch plaats te vinden.

Tijdelijke stop

Indien de patiënt is opgenomen in het ziekenhuis of op vakantie is kunnen de metingen tijdelijk stopgezet worden. Dit kan de patiënt zelf in zijn app invullen. Indien de verpleegkundige hiervan op de hoogte is kan dit ook in het zorgverlener portaal aangepast worden.

Indien een stop in Lusci wordt ingevoerd door de verpleegkundige dient dit ook in het EPD te worden aangegeven (stop- en startdatum).