

Verpleegkundige Hartzorg op Afstand voor mensen met hartfalen

ZonMw Programma Verpleging en
Verzorging:
Beschrijven goede voorbeelden





COLOFON

Titel: Verpleegkundige Hartzorg op Afstand voor mensen met hartfalen – Goede voorbeelden: Verpleegkundige hartzorg op afstand.

Datum: 24-09-2021

Auteurs: Loes Bulle-Smid, Annemarie van Hout

Meer informatie:

www.verpleegkundigehartzorgopafstand.nl

Dit is een uitgave van het lectoraat ICT-innovaties in de Zorg van Christelijke Hogeschool Windesheim
Campus 2-6 | Postbus 10090 | 8000 GB Zwolle | 088 469 99 11 | .

www.windesheim.nl/lectoraat-ict-innovaties-in-de-zorg

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.



Deze publicatie van Windesheim valt onder een Creative Commons Naamsvermelding 4.0 Internationaal-licentie. Dit betekent dat de kennis uit deze publicatie hergebruikt mag worden als basis voor de ontwikkeling van nieuwe kennis mits de naam van de auteurs en/of Windesheim hierbij vermeld wordt. Deze licentie geldt niet voor de gebruikte afbeeldingen, daar zit copyright op.



Inhoud

1. Inleiding	5
2. Zorg op de hartfalenpolikliniek	6
3. Zorg op afstand – een nieuwe zorgpraktijk.....	8
Literatuur om verder te lezen	10
4. Referenties	11



1. Inleiding

Hartzorg op afstand zoals uitgevoerd door de Isala is een innovatieve manier van zorg verlenen aan patiënten met hartfalen die in de thuissituatie werken aan hun herstel. De zorg is in de praktijk ontwikkeld en wordt door zowel zorgprofessionals als patiënten bijzonder gewaardeerd. Dit goede voorbeeld van verpleegkundige zorg is beschreven op de website www.verpleegkundigehartzorgopafstand.nl.

Als onderdeel van dit goede voorbeeld is deze 'state of the art' beschreven. De 'state of the art' is gericht op de verpleegkundige hartzorg op afstand en beschrijft een aantal kenmerkende onderdelen van de dagelijkse praktijk van de (verpleegkundige) zorg op de hartfalenpolikliniek. In het tweede deel wordt de invloed van technologie in de dagelijkse zorgpraktijk beschreven. Hierin worden een aantal opvallende veranderingen uiteengezet en hoe zorgprofessionals en patiënten daar in de praktijk mee omgaan.

Hartfalen is een veel voorkomende chronische aandoening. Twintig tot dertig procent van de mensen ouder dan 70 krijgt hiermee te maken (Bui, Horwich & Fonarow, 2011). De complexiteit van hartfalen wordt steeds groter en veel van de patiënten hebben comorbiditeit. De prognose van hartfalen is moeilijk aan te geven door het grillige en onvoorspelbare beloop, maar de gemiddelde overlevingskansen liggen op vijftig procent na vijf jaar. Mede hierdoor heeft de ziekte een grote invloed op de kwaliteit van leven van de patiënt (Jonkers, 2016) Patiënten moeten zich houden aan strenge leefregels en worden regelmatig opgenomen in het ziekenhuis bij een exacerbatie. De behandeling van hartfalen is gericht op het voorkomen van exacerbaties en het ondersteunen bij het naleven van de leefregels (Eurlings e.a., 2018).



2. Zorg op de hartfalenpolikliniek

Het verlenen van zorg op de hartfalenpolikliniek en hartzorg op afstand wordt verzorgd vanuit zowel het medische als het verpleegkundige domein. Een aantal kenmerkende onderdelen van deze dagelijkse praktijk worden besproken.

De gespecialiseerde verpleegkundige

De behandeling van een patiënt met hartfalen vindt plaats in een multidisciplinair team. Waar het team lang enkel uit specialisten bestond, zijn sinds eind jaren negentig hartfalenverpleegkundigen en meer recent ook verpleegkundig specialisten en physician assistants, betrokken bij de poliklinische zorg voor de patiënt met hartfalen (Jaarsma & Van der Wal, 2015). De cardioloog is eindverantwoordelijk in de behandeling van de patiënt. De samenstelling van het multidisciplinaire team en de invulling van de taken van de verschillende disciplines kan per hartcentrum, ziekenhuis en regio verschillen. Om de eenheid in taal in de tekst te bewaken worden deze disciplines allen aangeduid als (verpleegkundige) zorgprofessional als verzamelterm voor de professionals met een verpleegkundige (specialisatie/master) werkzaam op de hartfalenpolikliniek.

‘De hartfalenverpleegkundige is een gespecialiseerde verpleegkundigen die de opleiding tot hart- en vaatverpleegkundigen met uitstroomprofiel hartfalen heeft gevolgd of is een verpleegkundige met ruime ervaring in de hartfalen zorg die zich gespecialiseerd heeft door training on-the-job. De verpleegkundig specialist is een masteropgeleide verpleegkundige met als aandachtsgebied chronische aandoeningen. De rol van de hartfalenverpleegkundige is veelzijdig en omvat educatie en begeleiding van de patiënten en zijn naasten ondersteuning van de zelfzorg, follow-up na ontslag en optimalisatie van de medische behandeling zoals het instellen op optimale medicatie. In de loop van de tijd en met het toenemen van de scholingsmogelijkheden zijn de taken van een hartfalenverpleegkundige uitgebreid met het uitvoeren van lichamelijk onderzoek en het voorschrijven van medicatie door de verpleegkundig specialist verpleegkundig specialist werkt zelfstandig en heeft op de afdeling soms de rol van afdelingsarts’ (Jaarsma & Van der Wal, 2015).

De specialisaties zorgen voor een differentiatie in het verpleegkundige beroep. Een geselecteerde groep kan in de ‘verlengde arm’ constructie van de specialist fungeren. Hierdoor wordt niet alleen het verpleegkundige domein, maar ook het medische domein uitgevoerd door deze professional. Dit zijn niet alleen vervolgopleidingen voor verpleegkundigen zoals de verpleegkundig specialist en de nurse practitioner, maar ook de physician assistent die wel een zorg gerelateerde vooropleiding heeft maar niet verpleegkundige hoeft te zijn. Deze laatste groep zorgt ervoor dat er aandacht moet zijn voor de inhoud van de werkzaamheden en het gebruik van termen zoals het verpleegkundig domein.

De hartfalenpolikliniek

De zorg voor patiënten vanuit de hartfalenpolikliniek is gericht op het leveren van optimale zorg waarbij de patiënt centraal staat. De behandeldoelen van de hartfalenpolikliniek zijn gericht op het optitreren van medicatie; het komen tot een optimale dosis van medicatie waarbij de patiënt zo min mogelijk bijwerkingen ervaart en het hart zoveel mogelijk ontlast wordt. Als tweede op het voorkomen van exacerbaties; door het geven van voorlichting over leefregels, behandeling, revalidatie en consequenties van hartfalen voor het dagelijkse leven. En als laatste op langdurige begeleiding bij de chronische aandoening hartfalen (Jaarsma & Van der Wal 2015; Van Til & Lamfers, 2018; Bellersen,



Baltussen & Verdijk, 2020). Er wordt gestreefd naar het maken van regionale samenwerkingsafspraken tussen de eerste, tweede en derde lijn om zo de zorg voor de patiënt zo optimaal te kunnen laten verlopen (LTA hartfalen, 2015).

De hartfalenpolikliniek en de rol van de (verpleegkundige) zorgprofessional

De (verpleegkundige) zorgprofessional coördineert de zorg van de individuele patiënt bij de hartfalenpolikliniek. Tijdens de poli's ziet zij de patiënten en probeert de patiënt zo goed mogelijk in te stellen op medicatie (optitreren). Hiervoor wordt onder andere lichamelijk onderzoek uitgevoerd om de vullingsstatus te bepalen. Verder is de (verpleegkundige) zorgprofessional een intermediair voor specifieke problemen rond hartfalen, zoals met de ICD (implanteerbare cardioverter defibrillator), CRT (cardiale resynchronisatietherapie) en indicatie voor steunhart en/of harttransplantatie. Tevens heeft de (verpleegkundige) zorgprofessional een nauwe samenwerking met multidisciplinaire professionals (Van Til & Lamfers, 2018). Om deze taken uit te kunnen voeren heeft de (verpleegkundige) zorgprofessional onder andere specifieke medische kennis nodig om te beslissen welke zorg de patiënt op dat moment nodig heeft (Chmielinski & Koons, 2017; Woolfe, 2020?). De (verpleegkundige) zorgprofessional die werkzaam is op de hartfalenpolikliniek heeft een vervolgopleiding gevolgd. Dit kan een specialisatie (hartfalenverpleegkundige) of master zijn (verpleegkundig specialist/physician assistant). Door het volgen van deze vervolgopleidingen krijgt de zorgprofessional meer specifieke kennis over de aandoening, maar bij het volgen van een master ook meer bevoegdheden, zoals het voorschrijven van medicatie. De (verpleegkundige) zorgprofessional levert daarom niet alleen verpleegkundige zorg, zoals bijvoorbeeld de begeleiding van patiënten bij het leren omgaan met de leefregels en ondersteuning van de zelfzorg. Maar ook 'typische' medische zorg zoals het voorschrijven van medicatie (Jaarsma & Van der Wal, 2015). De (verpleegkundige) zorgprofessionals hebben een belangrijk rol in de continuïteit van zorg. Zij zijn het gezicht en het aanspreekpunt voor de patiënt in het traject na de diagnose hartfalen, ontslag na (her)opname of exacerbatie ten gevolge van hartfalen totdat de (verpleegkundige) professional de patiënt doorverwijst naar de tweede lijn of de eerste lijn. Wederzijds vertrouwen tussen patiënt en de (verpleegkundige) zorgprofessional is de basis om de zorg te kunnen geven en ontvangen. Niet alleen op het moment dat zij zelf de zorg verlenen, maar ook in de overdracht naar de cardioloog en huisarts en thuiszorg, zodat de behandeling van de patiënt op ieder moment van de zorg gelijk blijft (Östman, Bäck-Pettersson, Sundler, Sandvik, 2020). In de zorg voor de patiënt probeert de (verpleegkundige) zorgprofessional de patiënt en zijn naasten om de diagnose en de gevolgen hiervan te laten begrijpen en hiermee om te gaan in het dagelijkse leven (Ponikowski et. al., 2016). Patiënten vinden het moeilijk om de gezondheidsinformatie te begrijpen, hier ligt een uitdaging voor de (verpleegkundige) zorgprofessional. Veelal geeft de (verpleegkundige) zorgprofessional voorlichting tijdens het bezoek van de patiënt aan polikliniek om de patiënt te informeren over de diagnose hartfalen en de bijbehorende leefregels. Echter naast kennis moet de patiënt vaardigheden hebben om te kunnen plannen, doelen te stellen en beslissingen te nemen en de vaardigheden om de leefregels toe te passen in het dagelijkse leven (Jaarsma, Cameron, Riegel, Stromberg, 2017)

De hartfalenpolikliniek en de dagelijkse praktijk

In de literatuur wordt veel beschreven over de zorg die de patiënten krijgen op de hartfalenpolikliniek. De dagelijkse praktijk laat zien dat de (verpleegkundige) zorgprofessionals schakelen tussen het medische en verpleegkundige domein. Dit is een uitdaging voor de (verpleegkundige) zorgprofessionals. Tijdens het contact met de patiënt wordt in eerste instantie ingezet op het



optitreren van de medicatie die de patiënt inneemt. Hiervoor moeten de (verpleegkundige) zorgprofessionals tijd nemen om de patiënt vragen te stellen en bij een fysiek consult lichamelijk onderzoek verrichten. Hierdoor is de tijd om aandacht te besteden aan de aspecten uit het verpleegkundige domein beperkt. De (verpleegkundige) zorgprofessional geeft voorlichting over leefstijladviezen en zet in op de ondersteuning van het zelfmanagement van de patiënt. Daarbij probeert de (verpleegkundige) zorgprofessional te achterhalen welke onderwerpen de patiënt juist wel of niet wil bespreken. Het leven met hartfalen is voor veel patiënten een uitdaging, om de adviezen en voorlichting op de juiste wijze in het dagelijks leven toe te passen. Het is daarom belangrijk aandacht te hebben en de tijd te bewaken om in het consult voldoende aandacht te behouden om deze onderwerpen te bespreken.

De hartfalenpolikliniek en hartzorg op afstand

Het gebruik van telemonitoring wordt ingezet bij het optitreren van medicatie. De patiënten die hiervoor in aanmerking komen krijgen een bloeddrukmeter en weegschaal thuis opgestuurd om daar op de voorgeschreven momenten de metingen uit te voeren. Deze metingen worden naar het ziekenhuis gestuurd en komen in het dossier van de patiënt. Hierdoor krijgen de professionals een overzicht van de metingen gedurende een langere periode. Op basis van deze metingen samen met het lichamelijk onderzoek en de anamnese komt de professional tot een conclusie voor een eventuele aanpassing van de medicatie. Ook kan het zijn dat de patiënt contact opneemt met de professional en aangeeft zich niet goed te voelen. De professional kan dan de medicatie aanpassen op basis van de informatie die ze ontvangt van de patiënt en de metingen die kan worden. Op het moment dat de patiënt op de juiste medicatie is ingesteld worden de meetapparatuur ingenomen door het ziekenhuis.

3. Zorg op afstand – een nieuwe zorgpraktijk

Door technologie te gebruiken om zorg te geven terwijl zorgvrager en zorgverlener niet in elkaars aanwezigheid zijn, verandert de zorgpraktijk, op verwachte en onverwachte manieren (Pols, 2012). Hier bespreken we een aantal van die veranderingen en hoe verpleegkundigen en patiënten daar in de praktijk mee omgaan.

Het delen van de ruimte

Er zijn een aantal voor de hand liggende veranderingen wanneer de verpleegkundige en de patiënt niet meer in dezelfde ruimte zijn tijdens een zorgmoment. Zo kan de verpleegkundige de patiënt niet lichamelijk verzorgen. Ook wanneer lichamelijke verzorging geen onderdeel is van de zorgvraag, kan het ontbreken van de mogelijkheid om de patiënt aan te raken gevolgen hebben voor de zorg. De spreekwoordelijke hand op de schouder tijdens een moeilijk gespreksmoment vervalt bijvoorbeeld ook. Dat hoeft geen probleem te zijn, maar soms kan dat wel als een gemis worden ervaren. Fysieke aanwezigheid speelt daarnaast soms ook een rol bij het geven van begeleiding en instructie. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld een medische handeling zelf leert uitvoeren, kan het een voorwaarde zijn om in de beginfase fysiek te ondersteunen. Het observeren van het lichaam van de patiënt is anders 'face-to-face' dan op afstand (Oudshoorn 2012; Milligan, Roberts & Mort 2011). Tot slot kan het delen van de ruimte extra informatie geven over de patiënt, zeker wanneer de verpleegkundige bij de patiënt in huis komt. De omgeving van de patiënt kan veel signalen afgeven over hoe het met de patiënt gaat.



Een steile trap om de woning te bereiken, een laag toilet of bed, een heel opgeruimd huis (of juist niet), een rokende buurman op bezoek – het zijn allemaal bronnen van informatie voor de verpleegkundige. Dit is echter ook een mooi voorbeeld van hoe zorg op afstand zowel winst als verlies kan opleveren. Als de wijkverpleegkundige niet meer thuis bij de patiënt komt, mist zij veel informatie die ze anders standaard wel kreeg. Zorg op afstand kan dan als verlies worden ervaren. Een gespecialiseerd verpleegkundige die poli's heeft in het ziekenhuis, kan door beeldzorg ineens veel meer zien – weliswaar niet de hele huis- of slaapkamer, maar toch zeker veel meer dan wanneer de patiënt bij haar op locatie komt. Zorg op afstand levert dan veel winst op.

Verwachtingen versus praktijk

Al gedurende langere tijd wordt over zorg op afstand gesproken als een belangrijke manier om druk op de gezondheidszorg te verlichten. Zorg op afstand maakt de zorg efficiënter en effectiever en past bovendien beter bij de zichzelf managende patiënt. Voorbeelden hiervan zijn het besparen van reistijd, de vaak wat korter durende consulten en de flexibelere planbaarheid. Winst hiervan ligt bij zowel de patiënt als de zorgprofessional. Voor veel patiënten met een ernstige, chronische aandoening is het bovendien beter om zo min mogelijk in het ziekenhuis te komen vanwege het risico op besmettingen. De praktijk van zorg op afstand is soms wel wat weerbarstiger. Wat wordt verwacht als een pluspunt blijkt in werkelijkheid soms anders uit te pakken. In de GGZ bijvoorbeeld is reistijd een belangrijk moment voor de zorgprofessional om te schakelen tussen patiënten. Bij verlies van reistijd en continue beschikbaarheid via beeldbellen komt de 'schakeltijd' (tijd om te schakelen tussen patiënten) in gedrang. Ook gedragen patiënten zich soms anders dan verwacht wanneer zij de technologie gaan gebruiken. Een praktijkvoorbeeld uit onderzoek leert ons dat patiënten technologie anders gebruiken en dat verpleegkundigen dan moeten bijsturen. In de oncologische thuiszorg bijvoorbeeld staat dat haaks op het principe dat de patiënt, in de laatste fase van hun leven, volgens de verpleegkundigen in regie van hun leven moeten zijn. In dat geval kan ook wat verpleegkundigen als goede zorg duiden, onder druk komen te staan (Van Hout, 2019).

Herkennen van mogelijkheden

Het is belangrijk om vanuit een aantal basisprincipes naar je eigen praktijk te kijken:

- *Wat voor de ene patiënt een pluspunt is, is voor de andere een nadeel.*

Niet alle voordelen gelden voor iedereen en dat geldt ook voor de nadelen. Op [deze site](#) kun je ervaringsverhalen lezen over hoe het voor patiënten is om hartzorg op afstand te krijgen. Die verhalen zijn uniek en dat geldt voor alle patiënten. Het is voor zorgprofessionals belangrijk om dit zorgvuldig in kaart te brengen. De patient journey en de persona maken zijn oefeningen op deze site die daarbij kunnen helpen.

- *Er zijn verwachte en onverwachte veranderingen die patiënten soms zelf ook niet herkennen.* Bespreek met patiënten wat zij verwachten van de zorg die ze ontvangen en in het bijzonder van de zorg op afstand. In de customer journey map elders op [deze site](#) zie je voorbeelden van bespreekpunten (issues) die kunnen optreden bij zorg op afstand
- *Door zorg op afstand te geven, kunnen taken verschuiven tussen zorgprofessionals.*

Het verzamelen van meetgegevens, deze interpreteren en er vervolgens naar handelen, kunnen extra taken opleveren voor zorgprofessionals (en soms zijn dat taken die eerst elders



lagen, bijvoorbeeld verschuiven van arts naar verpleegkundige). Wees hier alert op en maak het indien nodig bespreekbaar in het team.

- *Door het gebruik van technologie verandert ook het verpleegkundig beroepsprofiel.* Onderdeel van verpleegkundig leiderschap is het alert zijn op veranderingen in de zorgpraktijk en de gevolgen hiervan voor het verpleegkundig beroepsprofiel. Hieronder vind je tips voor verdiepende literatuur, onder andere over dit onderwerp.

Literatuur om verder te lezen

Koivunen, M. and K. Saranto (2018). Nursing professionals' experiences of the facilitators and barriers to the use of telehealth applications: a systematic review of qualitative studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32, pp. 24–44.

Locsin, R. and Barnard, A. (2007). Technological competency as caring: a model for nursing. In: Barnard, A. and Locsin, R. (eds). *Technology and nursing. Practice, concepts and issues*. New York: Palgrave Macmillan, pp. 16-28.

Nickelsen, N. (2018). The infrastructure of telecare: implications for nursing tasks and the nurse-doctor relationship. *Sociology of Health & Illness*, pp. 1–14. DOI: 10.1111/1467-9566.12781

Van Lettow. B., Wouters, M. & Sinnige, J. (2019). *E-Health, wat is dat?* Den Haag: Nictiz.

Windesheim, Saxion, Isala, HC@Home en Libereaux (2019). *Hartzorg op afstand. Patient journeys en professionele taken en rollen in kaart gebracht*. Onderzoeksrapport: <https://edu.nl/gynd6>



4. Referenties

- Bellersun, L., Baltussen, L., Verdijk, M., (2020) De hartfalenpolikliniek in de keten. *De Verpleegkundig Specialist*, (2), 26-29.
- Bui, A.L., Horwich, T.B., Fonarow, G.C. (2011). Epidemiology and risk profile of heart failure. *National Reviews Cardiology*. 8, (1), 30-41. doi:10.1038/nrcardio.2010.165
- Chmielinski, A., Koons, B., (2017), Nursing care for the patient with a left ventricular assist device. *Nursing*. 47 (5), 34-40
- Eurlings, C. G. M. J., Boyne, J. J., de Boer, R. A., & Brunner-La Rocca, H. P. (2019). Telemedicine in heart failure-more than nice to have? *Netherlands Heart Journal*, 27(1), 5-15.
<https://doi.org/10.1007/s12471-018-1202-5> Isala (z.d.)
- Jaarsma, T. & Van der wal, M. (Red.) (2015). *Zorg rondom hartfalen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jaarsma, T., Cameron, J., Riegel, B., & Stromberg, A. (2017). Factors Related to Self-Care in Heart Failure Patients According to the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness: a Literature Update. *Current Heart Failure Reports*, 14 (2), 71–77. doi:10.1007/s11897-017-0324-1
- Jonkers, A. (2016) Hartfalen: onderschatte sluipmoordenaar, *Nursing*. 22(12), 30-35. Doi: 10.1007/s41193-016-0203-2
- LTA Hartfalen, (2015). *Hartfalen Landelijke transmurale afspraken*. Geraadpleegd op 16 maart 2021 van https://richtlijnen.nhg.org/files/2020-05/lta_hartfalen_definitieve_versie.pdf
- NHG, NVVC, NIV, (2010). *Multidisciplinaire richtlijn hartfalen*. Geraadpleegd op 16 maart 2021 van https://richtlijnen.nhg.org/files/2020-05/hartfalen_0.pdf
- Milligan, C., Roberts C., Mort, M. (2011). Telecare and older people: Who cares where? *Social Science & Medicine*, 72(3), 347-354. Doi: 10.1016/j.socscimed.2010.08.014
- Östman, M., Bäck-Pettersson, A., Sundler, A.J., Sandvik, A. (2020). Nurses' experiences of continuity of care for patients with heart failure: A thematic analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 1-11. Doi: 10.1111/jocn.15547
- Oudshoorn, N. (2012). How places matter: telecare technologies and the changing spatial dimensions of healthcare. *Social studies of science*, 42(1), 121-142. Doi: 10.1177/0306312711431817
- Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., Falk, V., González-Juanatey, J. R., Harjola, V.-P., Jankowska, E. A., Jessup, M., Linde, C., Nihoyannopoulos, P., Parissis, J. T., Pieske, B., Riley, J. P., Rosano, G. M. C., Ruilope, L. M., Ruschitzka, F., Rutten, F.H., Van der Meer, P. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 37(27), 2129– 2200. <https://doi.org/10.1002/ehj.592>
- Pols, A.J. (2012), *Care at a distance. On the closeness of technology*. Amsterdam: Amsterdam University Press. doi: 10.26530/OAPEN_413032



Van Til, G., Lamfers, E.J.P. (2018) Monitoring van hartfalen in de eerste lijn; transmurale hartfalenzorg. *Bijblijven*, 34, 476 - 487

Van Hout, A. (2019). Understanding telecare construction work. An ethnography of nursing practices (Thesis).