



KLANTREIS

CHRONISCH HARTFALEN

VitaValley

Coalitie Vitaal Thuis:
Ziekenhuiszorg Thuis

KLANTREIS CHRONISCH HARTFALEN

DE JUISTE ZORG OP DE FIJNSTE PLEK
VitaValley



JACOB, 61



MANTELZORG



HUISARTS



VRAGENLIJST



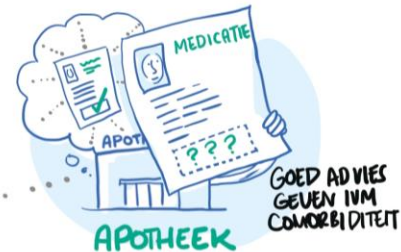
CARDIOLOOG



PRAKTYKVERPLEEGKUNDIGE



GESPECIALISEERD VERPLEEGKUNDIGE
VAN DE ZORGCENTRALE



APOTHEEK

PRIMA, MAAR WEL
FINANCIËEL & JURIDISCH
GEREGELD



ZIEKENHUIS

ZORG VOOR IEDEREEN,
VAN GOEDE KWALITEIT &
BETAALBAAR. MAAR HOE?



ZORGVERZEKERAARS

Ontwikkeling klantreizen

Vanuit de Werkgroep Inbedding in de zorg is het doel om klantreizen te ontwikkelen voor de ziekenhuiszorg thuis toepassingen waar de coalitie zich op richt. Dit zijn COPD (GOLD 3 en GOLD 4), chronisch hartfalen, chemotherapie thuis, thuisdialyse en monitoring van risicozwangerschappen.

De klantreizen geven vanuit verschillende perspectieven inzicht in de complexe organisatie van de zorg voor de doelgroep. Ze laten de situatie van één enkele patiënt zien, al kunnen de situatie en omstandigheden van deze patiëntengroep natuurlijk breed uiteenlopend zijn. Denk bijvoorbeeld aan woonsituatie, mantelzorg mogelijkheden, culturele achtergrond of bestaande comorbiditeiten.

Het uitgangspunt is om alles wat samen opgepakt kan worden, ook daadwerkelijk samen op te pakken. Geen allesomvattend beeld voor alle patiënten, zorgprofessionals of organisaties in alle situaties. Gezamenlijk leggen we een basis neer. Ervaring van de werkgroep is dat bijna iedere organisatie op enig moment behoefte heeft aan een klantreis bij een bepaalde zorginnovatie. Zij besteden hier vaak zelf tijd en geld aan. Deze gemene deler hebben we daarom vastgelegd in voorliggende klantreizen.

Ontwikkeling klantreizen

De klantreis is een document dat:

- levend is en regelmatig herzien wordt op basis van ontwikkelingen en nieuwe inzichten;
- als uitgangspunt kan dienen bij innoveren naar 'juiste zorg op de juiste plek' arrangementen
- dient als basis voor het verder inkleuren met een 'couleur locale'.



Het maken van een klantreis is vaak pas de eerste stap in de ontwikkeling van een nieuw zorgpad, zo ook voor de coalitie Vitaal Thuis: Ziekenhuiszorg Thuis. De volgende stap waar we ons op richten, gebaseerd op de principes van design thinking, is de ontwikkeling van bijpassende Service Blue Prints.

EEN SPECIFIEKE DOELGROEP

De gevolgen van een ziekenhuisopname voor kwetsbare ouderen

Een ziekenhuisopname is een ingrijpende gebeurtenis voor ouderen. Niet alleen vanwege de acute ziekte, maar ook door het ontstaan van een delier, bedrust, een slechte voedingstoestand of toegenomen afhankelijkheid. Ziekenhuisopname kan hierdoor leiden tot functieverlies (achteruitgang in de activiteiten van het dagelijks leven: ADL). Daarnaast is er vaak sprake van grote onzekerheid, veroorzaakt doordat er (ineens) sprake is van een chronische ziekte. Door deze onzekerheid kan het welzijn van de klant achteruitgaan.

De huidige zorg voor ouderen in het ziekenhuis concentreert zich echter voornamelijk op de ziekte waarvoor de patiënt is opgenomen, bijvoorbeeld een longexacerbatie of plotseling sterk verslechterde situatie bij chronisch hartfalen. Er is dan niet altijd voldoende aandacht voor andere (potentiële) problemen die spelen, terwijl comorbiditeiten in deze patiëntengroepen bijna altijd aanwezig zijn.

Jaarlijks wordt in Nederland 14 procent van de 65-plussers (acuut) opgenomen in het ziekenhuis.

SUBGROEP

Coalitie Vitaal Thuis: Ziekenhuiszorg Thuis onderscheidt de subgroep van de COPD en chronisch hartfalen patiëntengroepen. Het zijn de patiënten van 70 jaar en ouder die acuut worden opgenomen in het ziekenhuis. Door middel van een VMS-test wordt hun 'kwetsbaarheid' gemeten.

EEN SPECIFIEKE DOELGROEP

De overgang naar huis is vaak onvoldoende gecoördineerd, zie het kader hiernaast. Belangrijk is dat ook de psychosociale kant van het ziek zijn meegenomen wordt, zoals de onzekerheid en het 'alleen voelen met de ziekte' van chronisch zieke patiënten.

De gevolgen van een acute ziekenhuisopname voor ouderen zijn groot. Een groot deel van de ouderen overlijdt binnen drie maanden na de acute ziekenhuisopname. Van de groep die nog in leven is krijgt een groot deel te maken met (blijvend) functieverlies. Het gebruik van (in)formele zorg neemt toe na een acute ziekenhuisopname. Bovendien wordt ruim 20 procent van de ouderen binnen korte tijd opnieuw opgenomen. Dit worden ook wel draaideurpatiënten genoemd. Soms kan het zo zijn dat ondanks een revalidatietraject een patiënt niet meer kan terugkeren naar de eigen woning en moet verhuizen naar een verpleeghuis.

Problemen na ontslag:

- **Tijdige ontslagplanning ontbreekt, waardoor behoefte aan zorg onvoldoende is geïnventariseerd**
- **Veranderingen in het medicatiegebruik worden onvoldoende besproken, waardoor de patiënt thuis niet goed weet welke medicatie te gebruiken.**
- **Oudere patiënten onthouden informatie die mondeling wordt overgebracht niet voldoende**
- **Huisarts krijgt veelal te laat informatie, waarbij tevens zorgbehoefte van de patiënt ontbreekt**

VOORKOMEN VAN ZIEKENHUISOPNAMEN EN DE NEGATIEVE GEVOLGEN

Idealiter voorkomen we dus een ziekenhuisopname, omdat we weten dat de gevolgen hiervan voor ouderen vaak gepaard gaan met een sterk verminderde kwaliteit van leven. De behandeling van zowel COPD patiënten als chronisch hartfalen patiënten is dan ook altijd gericht op het vergroten van de kwaliteit van leven en het voorkomen van verslechtingen.

Indien een patiënt toch dient te worden opgenomen in het ziekenhuis is het heel belangrijk om proactieve, toekomstbestendige zorg te bieden zodat patiënten thuis de draad weer op kunnen pakken. Uit diverse onderzoeken blijkt dat deze zorg goede effecten heeft op het functioneren van ouderen na een ziekenhuisopname. Toch is dit type zorg in Nederland nog niet de standaard

VOORBEELDEN

- Project '[Transmurale Zorg tussen eerste en tweede lijn](#)' van Prof. dr. S.E.J.A. de Rooij en dr. B.M. Buurman. Zij hebben o.a. een praktische [handleiding](#) ontwikkelt om de Transmurale Zorgbrug in eigen regio in te richten, met de casus beschreven van Mevrouw Bundel-Katz.
- Het [Hospital@Home programma](#) in het UMCG onder leiding van Prof. dr. S.E.J.A. de Rooij. Een grote groep partners slaat een voor Nederland uniek zorgpad. Hun hoofddoel is 'Ziekenhuiszorg Thuis' voor de meest kwetsbare oudere patiënten en hun naasten. Het [Verhaal van Piet en Rosa](#) geeft een mooi inkijkje.
- COPD en Hartfalen InBeeld. Een ketensamenwerking tussen het Slingeland Ziekenhuis, thuiszorgorganisatie Sensire en het Medisch Service Center van Sensire. De volgende twee filmpjes ([1](#), [2](#)) geven meer inzicht in veranderde manier van samenwerking in de keten.
- Proeftuin '[Gezonde zorg, gezonde regio](#)' poogt medicatie incidenten bij kwetsbare ouderen te voorkomen. Ze concluderen dat met name vóóordat een incident plaatsvindt (bijvoorbeeld vallen of medicatie incident), de keten nog aan alle kanten rammelt. Ze verwijzen naar pakketten om opschaling in andere regio's te bevorderen.

Stakeholder

VRAGEN

Patiënt

Krijg ik dezelfde kwaliteit zorg? Wat moet en kan ik zelf? Is het veilig? Wat gebeurt er als ik toch een aanval krijg? Prettig als ik minder vaak naar het ziekenhuis hoef.

Mantelzorger

Krijgt mijn man dezelfde kwaliteit zorg? Ik hoop dat mijn man even nauwkeurig om blijft gaan met haar ziekte. Hoeveel tijd kost de begeleiding mij elke dag?

Zorgprofessional

Hoe lever ik op afstand de juiste zorg? Kost het mij meer tijd? Wat is precies mijn rol? Wie is op wanneer verantwoordelijk? Hoe maken we samen goede afspraken?

Organisatie

Hoe regelen we de kosten met de zorgverzekeraar? Levert dit productieverlies? Zo ja, hoe gaan we hier mee om? Hoe zorg ik voor draagvlak in de organisatie?

Financiers

Hoe maken we goede afspraken over budgetten en doelmatigheid van de zorg?

Patiënt

Jacobs gezondheid is slecht. Hij heeft suikerziekte en heeft kortgeleden een hartaanval gehad. Dat was een hele onprettige ervaring. Sinds de aanval heeft Jacob last van hartfalen en voelt hij zich kortademig en vermoeid. Hij heeft nieuwe medicijnen gekregen voor zijn hartklachten, maar daardoor zijn ook zijn suikerwaarden ontregelt. De cardioloog heeft Jacob allerlei adviezen gegeven. Meer bewegen, stoppen met roken, minder drinken en allerlei dieet aanpassingen. De combinatie van nieuwe medicatie, adviezen voor de diabetes en zijn vermoeidheid is hem teveel. Waar moet hij beginnen?! De verschillende artsen (cardioloog, internist, huisarts) en verpleegkundigen willen hem graag helpen, maar hun adviezen lijken tegenstrijdig en niet aangepast aan zijn huidige gezondheidstoestand.

Enige maanden later heeft Jacob een betere balans gevonden. Met name Annet, de praktijk ondersteuner van zijn huisarts, en zijn vrouw Liza hebben hem goed ondersteund. Samen hebben ze gewerkt aan het nieuwe dagritme van Jacob. Jacob en Liza gaan nu elke dag even wandelen en eten gezonder. Jacob rookt nog wel eens een sigaretje, maar al een stuk minder. En alleen in het weekend drinkt hij nu een biertje.



JACOB – 61 JAAR
Woont samen met
zijn vrouw Liza al
jaren in Rotterdam.

Patiënt

Telemonitoring

Jacob heeft altijd gewerkt met techniek. Hij was meteen enthousiast toen de cardioloog hem telemonitoring voorstelde. Jacob meet nu een paar keer per week thuis zijn gewicht en bloeddruk en vult een vragenlijst in. Deze gegevens worden naar het ziekenhuis doorgestuurd via een app op zijn smartphone. Als hieruit blijkt dat zijn situatie verslechtert, videobelt Jacob met een verpleegkundige of cardioloog. Zij beoordelen of er iets aan de medicatie moet worden veranderd. Dankzij telemonitoring hoeft Jacob minder vaak naar het ziekenhuis, wat hem een stukje vrijheid teruggeeft. Hij vindt het heel prettig dat hij op afstand goed in de gaten wordt gehouden. Ook houdt hij zelf zijn suikerwaarden bij via een app.

Jacob hoorde laatst dat er gewerkt wordt aan een Persoonlijke Gezondheids-Omgeving. Dat klonk hem als muziek in de oren. Al zijn medische gegevens en medicatiegebruik staan dan op één plek en zijn inzichtelijk. De wekelijkse metingen voor zijn hart en suikerziekte komen daar dan in te staan. En Jacob kan zelf aangeven welke zorgprofessionals die informatie kunnen inzien.

“Het zou zo fijn zijn als alle zorgverleners altijd op de hoogte zouden zijn van de actuele gezondheidsstatus. Dat de cardioloog mijn laatste suikermetingen kan zien, als ik toch plotseling in het ziekenhuis zou belanden. En wanneer ik dan terug ben bij de huisarts, ze daar mijn laatste hartmetingen kennen. Dan is een actuele medicatielijst is ook geen probleem meer!”

Mantelzorger



Liza is 58 en werkt 3 dagen in de week als juf op een basisschool. Ze is al vele jaren samen met Jacob en ze dromen regelmatig over hun toekomst als zij straks ook stopt met werken.

Zeker sinds de hartfalenklachten gaat het slecht met Jacobs gezondheid. Liza maakt zich zorgen en wil hem graag helpen, maar soms lijkt het wel alsof hij niet geholpen wil worden. De vele adviezen voor het aanpassen van hun levensstijl zijn ook lastig. Jacob is erg gesteld op roken en drinkt bij het eten graag een biertje. Ook kijkt hij liever naar sport, dan dat hij zelf in actie komt. Gelukkig heeft Liza nooit gerookt en fietst zij elke dag naar haar werk.

Na enige maanden hebben ze samen met Annet veel veranderd. Liza vindt het heel gezellig om elke dag een stukje te wandelen met Jacob. Ze probeert ook wat gezonder te koken. Hierdoor gaat het beter met Jacob. Helaas weet Liza dat de klachten van zijn hartfalen alleen maar erger gaan worden. Dromen over de toekomst durft ze niet meer. Worden ze echt wel samen oud?

Mantelzorger

Wel gelooft Liza dat telemonitoring Jacob helpt. De technologie snapt ze niet echt, maar Jacob houdt nu heel regelmatig allerlei gegevens bij. Soms helpt Liza hem bij het bloeddruk meten en luistert ze mee als er beeldcontact is. Omdat Jacob dit fijn vindt, is Liza er ook blij mee. Het geeft een veilig gevoel dat hij zo goed in de gaten wordt gehouden en altijd kan bellen met de medische zorgcentrale als het nodig is.

Aandachtspunt: Hoe zorg je voor het veiligheidsgevoel en vertrouwen bij de mantelzorger?

Mantelzorger in huis

In dit voorbeeld in de mantelzorger de partner van de patiënt. De mantelzorger kan ook een (druk bezet) kind of ander familielid/naaste zijn. Zij vliegen in en weer uit bij de patiënt. Dat betekent dat er steeds momenten zijn waarop deze mantelzorgers de afweging maken: laat ik pa/ma/... zo achter? Bij hartfalen is het van belang dat ook deze mantelzorgers vertrouwen in de behandeling en zorg kunnen hebben. Een sterk verslechterde situatie kan immers de reden zijn voor een acute ziekenhuisopname, met daarna vaak een sterk verminderde kwaliteit van leven. Het is belangrijk dat we ook oog hebben voor de eigen dynamiek rond mantelzorgers die niet bij de patiënt thuis wonen.

Zorgprofessional



Cardioloog Dr. Rijtsma:

“Chronisch hartfalen is een dodelijke ziekte, 50% van de patiënten overlijdt binnen 5 jaar na diagnose. Omdat de ziekte niet te genezen is, ligt de focus van de behandeling vooral op het verbeteren of behouden van de kwaliteit van leven en het voorkomen van verslechtingen. Mijn beleid bestaat altijd uit medicatie voorschrijven en advisering en begeleiding van leefstijlveranderingen. De zorg rondom CHF patiënten is complex. De situatie is voor elke patiënt anders en vaak spelen andere ziekten ook een rol. De zorg is daarom vaak gefragmenteerd.

Ik ben van mening dat de regierol hiervoor bij de huisarts ligt. Helaas is de huisarts niet altijd op de hoogte van alle ontwikkelingen of is niet in staat goede ondersteuning te geven aan CHF patiënten. Goede data uitwisseling is echt een uitdaging. Daarnaast moeten patiënten zelf actief aan de slag om hun gezondheid te verbeteren. Zij zien vaak niet dat hun levensstijl de oorzaak is van hun gezondheidssituatie. We proberen daarom in een bepaalde doelgroep mensen steeds meer zelf verantwoordelijkheid te laten nemen over hun ziekte”

Zorgprofessional



Cardioloog Dr. Rijtsma: “Dit kan bijvoorbeeld door telemonitoring, waarbij we de CHF patiënt op afstand kunnen volgen. Eén van mijn patiënten, Jacob, is hier recent mee gestart. Door hem wekelijks actief een aantal parameters te laten meten, krijgt hij zelf ook steeds meer inzicht in zijn gezondheidssituatie. Als we zijn situatie alsnog zien verslechteren kunnen we gelijk ingrijpen en is het niet bij een ‘toevallige’ poli controle. Het inregelen van telemonitoring als dienst bij ons was wel ingewikkeld. We moesten over zoveel verschillende dingen afspraken maken; wanneer zijn de waarden afwijkend en plannen we een videoconsult in; financiële afspraken met de zorgcentrale en de zorgverzekeraar; en de samenwerking met de huisarts en POH. Ook de veiligheid van de technologie voor de zorg thuis was een belangrijk aspect. We hebben nu een leverancier uitgekozen die met zijn technologie voldoet aan de eisen gesteld in de NEN8028 norm. Wat wel erg prettig is, is dat mijn poli nu niet meer vol zit met CHF patiënten bij wie eigenlijk niks veranderd is. Deze zorg wordt nu geleverd via de telemonitoring zorgcentrale. Alleen de patiënten die echt een zorgvraag hebben, komen nu op het spreekuur. Dat maakt mijn werk ook nuttiger.”

Zorgprofessional

Longverpleegkundige Maria: “Bij de aanpak van COPD moeten mensen zelf verantwoordelijkheid nemen en in actie komen. Makkelijker gezegd dan gedaan. Voor mij is de uitdaging om de patiënt te bereiken en de juiste toon en aanpak te vinden. Het kan heel demotiverend zijn als dat niet lukt. Vaak is een longaanval, hoe vervelend ook, een goed moment om deze motivatie bij de patiënt te vinden. Een vertrouwensrelatie is dan essentieel. De longarts heeft meestal niet zoveel tijd. Veel van de reguliere zorg en ondersteuning uit het Individuele Zorgplan pak ik samen met de patiënt op. Bij klachten ben ik de eerste contactpersoon voor een patiënt.



Zorgprofessional

Longverpleegkundige Maria: “Zo ben ik ook de longverpleegkundige van Ria. Sinds kort werken we met Zorg Op Afstand. De eerste signalering wordt verzorgd door de medische zorgcentrale. Ik neem via videobellen contact op met de patiënt. Best even wennen voor mij om de patiënt niet ‘echt’ te zien, maar het is wel erg prettig dat je patiënten gelijk thuis al kunt begeleiden bij het ondernemen van actie en het gebruik van de juiste medicatie. Mochten de klachten niet verbeteren, dan komen patiënten uiteraard naar het ziekenhuis. Ik zie veel positieve resultaten met dit programma. Patiënten krijgen meer inzicht in hun ziekte en leren er zo beter mee omgaan. Ria is hier een mooi voorbeeld van. De, vaak complexere, patiënten die de reguliere zorg in het ziekenhuis krijgen, kan ik nu meer aandacht geven.



Zorgprofessional



Huisarts

“De begeleiding van CHF patiënten is ingewikkeld. Het kost tijd om de situatie helemaal in kaart te brengen en op basis daarvan de juiste zorg te verlenen. Die tijd heb ik niet altijd. Daarom werk ik tegenwoordig met Annet, een zeer kundige praktijk-ondersteuner. Doordat zij meer tijd heeft voor de patiënt kan ze een vertrouwensrelatie opbouwen. Ze werkt samen met de patiënt aan een plan om de leefstijl te verbeteren. Ze probeert hierbij ook het overzicht te houden over het hele ziektebeeld van de patiënt, maar dat is echt niet makkelijk. Sommige informatie komt pas na weken of helemaal niet bij ons binnen. Dat is vervelend voor ons én de patiënt, die voelt zich dan niet gehoord of begrepen. Het schaadt de vertrouwensrelatie.”

Zorgprofessional

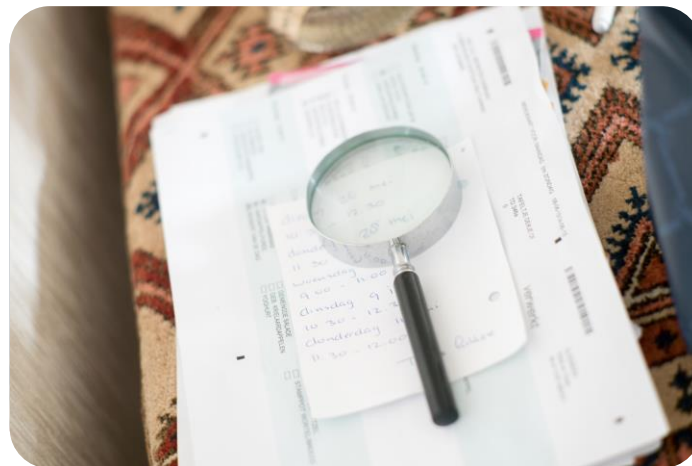
Praktijkondersteuner Annet: Ik adviseer en begeleidt onze CHF patiënten zo goed mogelijk in leefstijlaanpassingen. Dat is een hele uitdaging. Bij elke patiënt moet je de goede toon en aard van advisering en begeleiding vinden. Recent zijn een aantal patiënten vanuit het ziekenhuis gestart met telemonitoring voor hun CHF klachten. De zorgcentrale signaleert nu veranderingen in de gezondheidstoestand van de patiënt. Als het nodig is, videobelt de patiënt met mij of de cardioloog. Ik moest even wennen om de patiënt niet meer fysiek in mijn spreekkamer te zien, maar de patiënten vinden het prettig. Als nu een patiënt wel bij mij is kan ik direct korte vragen beantwoorden door een videoconsult met de cardioloog te doen. Dan hoeft de patiënt niet te wachten en kunnen we gelijk de behandeling in de goede richting aanpassen.



Zorgprofessional

Gespecialiseerd verpleegkundige medische zorgcentrale

“Met telemonitoring bij CHF patiënten kunnen wij de patiënt op afstand volgen. Wanneer de uitkomsten van de metingen en vragenlijsten een afwijkend patroon geven, dan kijken wij hiernaar. Door onze inzet kan de opvang centraal en goedkoper, maar toch met behoudt van kwaliteit van zorg. Indien nodig schakel ik de POH of cardioloog in om contact op te nemen, maar soms kunnen wij op afstand ook al de eerste hulp bieden. Ook voor acute vragen komen de patiënten direct bij ons terecht. Aan het begin is het vaak even wennen voor patiënten maar na enige tijd zie ik dat veel patiënten zelf echt beter met hun ziekte leren omgaan. Dat is heel fijn om te zien.”



Zorgprofessional

(Ziekenhuis)Apotheker

“Patiënten met CHF hebben vaak comorbiditeiten en gebruiken meerdere geneesmiddelen tegelijk. De medicatie is afgestemd op de patiënt met zijn patiëntkenmerken, laboratoriumuitslagen en andere relevante gegevens uit het medicatiedossier. De apotheker adviseert de voorschrijver over de beste geneesmiddelkeuze. Een actueel medicatieoverzicht, waarop staat welke medicatie de patiënt gebruikt is cruciaal. Dit actuele medicatieoverzicht is nog niet op elk gewenst moment en elke plaats beschikbaar. Apothekers en andere zorgprofessionals werken aan de richtlijn Medicatieoverdracht en de implementatie hiervan om zo medicatieveiligheid voor de patiënt te vergroten.

Overige disciplines

De zorg rondom CHF patiënten is complex, vaak omdat zij kampen met verschillende comorbiditeiten. Om met alle zorgprofessionals goed te kunnen samenwerken zijn niet alleen heldere afspraken nodig, maar dienen communicatie en data uitwisseling goed ondersteund te zijn. Dit is nu niet altijd het geval. Idealiter wordt er gewerkt met een Persoonlijke GezondheidsOmgeving (PGO) waarin de patiënt alle informatie bij elkaar heeft en aan kan geven welke zorgverleners kunnen beschikken over zijn of haar zorg-informatie.

Organisatie

Ziekenhuis

“Onze organisatie wil graag mee blijven gaan met de nieuwste ontwikkelingen. Ehealth en innovatie zijn belangrijke speerpunten voor ons.”

“Wij zijn recent gestart met telemonitoring voor CHF patiënten, maar dit heeft veel van ons gevraagd qua organisatie en het creëren van draagvlak. We moesten goede afspraken maken met de zorgcentrale over de indicatiestelling en opvolging van de uitkomsten. Tevens over een aantal juridische en administratieve zaken. Daarnaast hebben we ook diepgaande gesprekken gevoerd met onze preferente zorgverzekeraar over de bekostiging van deze zorg en natuurlijk met de cardiologen en de RvB. Door telemonitoring loopt de productie van het ziekenhuis immers terug en komt een deel hiervan bij de zorgcentrale terecht. In de contractering hebben we hierover afspraken gemaakt. Ook afspraken over de rapportages en KPI's zijn hierin opgenomen. Daarnaast zijn we de samenwerking gestart met een leverancier voor het te leveren telemonitoring-product met bijbehorende ICT voorzieningen. Dat vraagt ook om afspraken rondom de technologie en data uitwisseling ten aanzien van betrouwbaarheid, veiligheid en aansluiting op de bestaande zorgprotocollen.”

Organisatie

Telemonitoring zorgcentrale

“De ontwikkelingen in de zorg maken het mogelijk dat steeds meer ziekenhuiszorg thuis gegeven kan worden. Door eHealth kunnen we patiënten thuis monitoren en hoeven zij minder vaak naar het (dure) ziekenhuis toe. In onze medische zorgcentrale bieden wij 24x7 zorg op afstand aan, waarbij er altijd contact mogelijk is met een gespecialiseerd verpleegkundige. Indien nodig schakelen wij een specialist of de ambulancedienst in. Dit betekent dat wij met veel verschillende ziekenhuizen in Nederland afspraken maken. Dat is soms best ingewikkeld, maar we staan open voor nieuwe concepten en business modellen. In ons informatiesysteem kunnen wij altijd zien wie er belt en welke afspraken hiervoor gelden. We hebben inzicht in zijn/haar medische gegevens, volgens alle geldende wet- en regelgeving.”



Financiers

Zorgverzekeraars

“Het uitgangspunt voor ons is dat zorg voor iedereen bereikbaar moet zijn. Wij hebben onder meer de rol van aanjager van de marktwerking zowel op prijs, volume als kwaliteit van de zorg. Maar om de zorg ook in de toekomst betaalbaar te houden moeten we gezamenlijk werken aan de juiste zorg op de juiste plaats. Soms kan daarvoor ziekenhuiszorg thuis een geschikte manier zijn.

Bij de contractering van telemonitoring voor CHF patiënten zijn een aantal aspecten heel belangrijk. We moeten goede afspraken maken over de budgetten en bijbehorende doelmatigheid van de zorg.

We willen dezelfde of verbeterde kwaliteit van zorg, tegen verminderde kosten per patiënt

Oftewel, we willen zorg die bijdraagt aan de triple aim doelstelling. Daarbij maken we afspraken over de indicatoren die we hierbij gebruiken en hoe we deze indicatoren gaan meten.”

BELANGRIJKSTE BRONNEN



Patient journey uit [visiedocument Werkgroep Zorg 2025](#)

Ervaringen van patiënten en zorgverleners in de zorg voor diabetes, COPD en CHF – Zorg binnen bereik

Gesprekken met en input door partners

[Website](#) Hartwacht

[Website](#) Hartstichting

