



Blauwdruk voor het postinfarct traject

Uitgave

NVVC

Postbus 19192

3501 DD Utrecht

Tel: 030-2345000

Versie: 16 juni 2015

Opgesteld door drs. K. Westra

Projectcoördinator NVVC Connect

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
1. Inleiding	4
2. Empowerment en zelfmanagement.....	5
3. Doel	6
4. Randvoorwaarden	6
5. Stappen in het postinfarcttraject	7
6. Stroomschema.....	7
7. Uitvoering postinfarct polikliniek	8
7.1 Controles	8
7.2 Bespreekpunten met de patiënt	9
7.3 Websites/folders voor de patiënt	10
7.4 Registreren tijdens eerste polibezoek.....	10
7.5 Andere te nemen acties	11
7.6 Hartrevalidatie.....	11
8. Follow up na 12 maanden (telefonisch).....	11
Literatuur.....	12
Bijlage 1	14
Bijlage 2	15
Bijlage 3	17
Bijlage 4	17
Bijlage 5	18

Voorwoord

Hart- en vaatziekten zijn een belangrijke doodsoorzaak in Nederland. Het aantal patiënten met chronische hart- en vaatziekten neemt toe. Eind 2011 heeft de NVVC het kwaliteitsproject Connect opgericht om regionaal de organisatie rondom patiënten met hart- en vaatziekten te verbeteren. Dit door informatie te delen, te zorgen voor een goede registratie en door het geven van voorlichting. Als eerste thema is gekozen voor het Acuut Hartinfarct. In april 2012 is het project van start gegaan met een landelijke kick-off. Ondertussen lopen ook de nieuwe projecten Connect Atriumfibrilleren en Connect Hartfalen.

De NVVC als vereniging is actief bezig om allied professionals bij de vereniging te betrekken omdat zij een waardevolle toevoeging voor de cardiologie zijn. Allied professionals zijn verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA). De Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) stelt elk jaar kwaliteitsgelden beschikbaar aan de wetenschappelijke verenigingen voor het ontwikkelen, onderhouden en implementeren van het kwaliteitsbeleid van medisch specialisten. Bij de SKMS is het project “Connect blauwdruk voor post acute opname polikliniek (post ACS) door allied professionals” ingediend en goedgekeurd.

De NVVC wil, als onderdeel van Connect, een blauwdruk post-infarct polikliniek door allied professionals of een gespecialiseerd verpleegkundige opstellen. Doel hiervan is enerzijds de zorg ná het infarct te optimaliseren en anderzijds een betere registratie van kwaliteitsitems mogelijk te maken. Door deze professionals volgens de nieuwe procedure in te zetten wordt een systematische protocollaire aanpak verkregen die kwaliteit van zorg meetbaar kan weergeven. Daarnaast zal verwijzing naar hartrevalidatie verbeteren en krijgt het verhogen van kennis bij patiënten meer aandacht. We hebben bewust gekozen om naast de allied professional ook de gespecialiseerd verpleegkundige te noemen. Met name in kleine ziekenhuizen of in ziekenhuizen die een postinfarct polikliniek willen starten, is er vaak nog geen allied professional. Door ook de gespecialiseerd verpleegkundige te betrekken hopen we de weg te openen voor mensen die de opleiding willen gaan volgen en in de tussentijd willen starten met een post-infarctpolikliniek.

De NVVC heeft in juli 2014 een inventarisatie uitgevoerd. Deze vragenlijst is verstuurd naar alle Connect regio's om zo een beeld te verkrijgen van de mate waarin de post ACS zorg en de (regionale) samenwerking is georganiseerd. Aansluitend is op 3 oktober 2014 een kick-off voor het project “Connect blauwdruk voor post acute opname polikliniek door allied professionals” georganiseerd. Sprekers uit vier ziekenhuizen hebben tijdens deze bijeenkomst een beeld gegeven hoe de post-infarct poli's in hun ziekenhuizen zijn opgezet. Ook heeft De Hart&Vaatgroep een presentatie gehouden. Na de kick-off is een werkgroep samengesteld (zie bijlage 1). Deze is onder leiding van dr. Karin Arkenbout enkele malen bijeen gekomen en heeft dit document opgesteld.

Dit document is geschreven voor geïnteresseerden die het postinfarct traject vanuit hun ziekenhuis willen opzetten of optimaliseren. NVVC Connect heeft een blauwdruk opgezet, om zo een standaard opzet te creëren die voor iedereen toe te passen of aan te passen is.

1. Inleiding

Alhoewel de sterfte aan hart- en vaatziekten sterk is afgenomen de laatste decennia, overlijden een aanzienlijk aantal mensen aan hart- en vaatziekten: 39.000 mensen in 2012. Van hen stierf 6.195 als gevolg van een hartinfarct. In 2012 werden 29.678 mensen met een acuut hartinfarct opgenomen in het ziekenhuis te weten 20.025 mannen en 9.653 vrouwen. De gemiddelde leeftijd van mannen bij opname is 65 jaar en van vrouwen 71 jaar. Een hartinfarct is een levensbedreigende gebeurtenis. Deze gebeurtenis heeft in alle opzichten impact: lichamelijk, psychisch en sociaal. Driekwart van de hartpatiënten heeft last van psychische symptomen, symptomen van angst en symptomen van depressie. Hoe kan een patiënt weer vertrouwen krijgen in het leven en in zijn eigen lichaam? Hoe krijgt hij er weer grip op? Hoe kunnen patiënten zo goed mogelijk ondersteund worden? In deze blauwdruk is gekozen voor de inzet van een allie professional of een gespecialiseerd verpleegkundige die de rol op zich neemt van zorgcoördinator in het post-infarcttraject. Met allie professionals worden bedoeld: verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA). Zie ook bijlage 3 voor de positionering van de allie professional.

Ziekenhuizen doen veel om gedurende de korte opname de patiënt voor te bereiden op het naar huis gaan, het gebruik van medicijnen en indien van toepassing het gaan werken aan een gezonde leefstijl. Maar, zo kort na een acute gebeurtenis, is de patiënt nog niet zo ontvankelijk voor informatie. Hij wil naar huis en wil dat alles weer wordt als vanouds. Voorlichting, begeleiding en snelle doorverwijzing naar hartrevalidatie door een allie professional of gespecialiseerd verpleegkundige, is noodzakelijk na het ontslag. Zo wordt een eerste stap gezet naar empowerment en zelfmanagement.

Optimale afstemming in de zorg

De afstemming tussen zorgverleners kan volgens patiënten beter. Zo geeft bijna een derde aan soms of vaker tegenstrijdige informatie te ontvangen van verschillende zorgverleners en moet meer dan een kwart van de mensen vaak hetzelfde verhaal vertellen. Het is voor patiënten lang niet altijd duidelijk bij wie je moet zijn met welke vraag. Patiënten hebben behoefte aan een zorgverlener die functioneert als een spin in het web. Wat ook niet meehelpt, zijn de beperkte samenwerkingsafspraken tussen de eerste en tweede lijn. De allie professional als zorgcoördinator is hard nodig.

Kwaliteitsregistratie

Registratie van parameters ten behoeve van de kwaliteitsindicatoren is nog weinig ingebed in de cardiologische praktijk. Indicatoren zijn niet alleen voor de zorgprofessionals zelf van belang maar ook voor patiënten. Met indicatoren kan beoordeeld worden of kwaliteit wordt geleverd onder meer door zorgaanbieders onderling te vergelijken. Om een goede registratie te borgen zorgt de allie professional in dit project voor een volledige registratie van kwaliteit en uitkomstparameters. De allie professional draagt ook zorg voor de aanvoer van de gegevens naar de nationale databank NCDR en voor terugkoppeling van kwaliteitsanalyse naar de vakgroep (zie tevens bijlage 2).

Te weinig mensen volgen hartrevalidatie

Hartrevalidatie bij coronarialijden heeft veel gunstige effecten (Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie, 2011).

- afname van de cardiale mortaliteit
- toename van inspanningstolerantie
- toename van myocardiale oxygenatie
- verbetering van het cardiovasculaire risicoprofiel
- toename van het zelfvertrouwen
- afname van depressieve symptomen en angstsymptomen

Mede gezien deze effecten biedt hartrevalidatie een belangrijke basis voor de empowerment van patiënten. Uit een Nederlands observationeel onderzoek van de Vries kwam naar voren dat patiënten die hartrevalidatie kregen, gemiddeld een 35% lager risico hadden om binnen 4 jaar te overlijden. Dit effect trad op ongeacht leeftijd, diagnose, en type interventie. Het effect ligt aanmerkelijk hoger dan trials lieten zien (reductie van sterfte met 10-25%). Het is dus heel belangrijk dat patiënten hartrevalidatie volgen. De meeste mensen die een hartinfarct hebben gehad, komen in aanmerking voor hartrevalidatie. Uit onderzoek uitgevoerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg blijkt dat de instroom van geïndiceerde patiënten met een doorgemaakt hartinfarct bij ziekenhuizen met een eigen hartrevalidatieprogramma is toegenomen van 57% in 2009 naar 64% in 2012. De verwijzpercentages van ziekenhuizen zonder hartrevalidatieprogramma zijn ook gestegen van 66% in 2010 naar 70% in 2012 volgens het rapport van de IGZ. Dit percentage is nog te laag, vindt ook de Inspectie. De allied professional of gespecialiseerd verpleegkundige kan patiënten hiertoe extra motiveren en stimuleren.

2. Empowerment en zelfmanagement

Alhoewel er de afgelopen decennia veel over empowerment en zelfmanagement gesproken en verschenen is, gaat het in de praktijk moeizaam meldt het RVZ-rapport “de participerende patiënt”. Dat is ook herkenbaar in het NIVEL onderzoek door van Boheemen onder 600 hart- en vaatpatiënten. Patiënten vinden dat hun zorgverlener hen goed begrijpt en goed luistert. Echter, minder dan 40% van de patiënten geeft aan dat de zorgverlener hen uitdaagt om concreet en doelgericht mee te denken en te beslissen over de behandeling. Slechts 6% van de patiënten geeft aan een individueel zorgplan te hebben. Uit een onderzoek bij huisartsen in 2013 door van Dis is wel duidelijk een toename van het gebruik van een individueel zorgplan te zien vergeleken met 2010. De “Connect blauwdruk voor post acute opname polikliniek (post ACS)” geeft adviezen hoe empowerment en zelfmanagement op een haalbare manier ingepast kunnen worden in het post-infarcttraject en welke scholing daarvoor nodig is. Zie voor meer informatie de door De Hart&Vaatgroep geschreven bijlage 4.

3. Doel

Het doel van deze notitie is een leidraad te geven voor het opzetten van de gestandaardiseerde zorg postopname ACS met gepast gebruik van onderzoek, controles en medicatie met de nadruk op empowerment en cardiovasculair risicomangement. Eventueel is dit uit te breiden voor de doelgroep post CABG patiënten.

Te behalen resultaten:

- Verbeteren kwaliteit van zorg en informatievoorziening aan de patiënt.
- Aantal onnodige heropnames en/of contacten met CCU/EHH verminderen.
- Meer patiënten motiveren en verwijzen naar hartrevalidatie.
- Borgen van de overdracht naar de eerste lijn.
- Voldoen aan de criteria voor kwaliteitsregistratie VMS/ESC (zie bijlage 2).
 - ✓ Grace score
 - ✓ Door-to-balloon (DTB) tijden
 - ✓ Golden V medicatie
 - ✓ Hartrevalidatie

4. Randvoorwaarden

Voor het opzetten van een postinfarct polikliniek zijn een aantal randvoorwaarden relevant.

- Afspraken maken met polikliniek en functieafdeling cardiologie. Zie voorbeeld folder en voorbeeld uitnodigingsbrief.
- Bekendheid van de postinfarct polikliniek in het ziekenhuis vergroten door organiseren van themabijeenkomst voor personeel.
- Afspraak plannen tijdens klinische opname met folder/uitnodigingsbrief voor de postinfarct polikliniek. Zie hier voor voorbeeldfolder en voorbeeld van uitnodigingsbrief.
- De postinfarct polikliniek wordt uitgevoerd door allied professional of gespecialiseerd verpleegkundige.
- Duur 1^e consult 30-45 minuten.
- Een (inspannings)ECG.
- Follow up DBC 801/802 en DBC hartrevalidatie.
- Telefonische bereikbaarheid polikliniek en een aanspreekpunt (e-mail, telefonisch spreekuur).
- Nauwe samenwerking met/begeleiding en supervisie door cardioloog (cardioloog is eindverantwoordelijk), afhankelijk van lokale afspraken.

5. Stappen in het postinfarcttraject

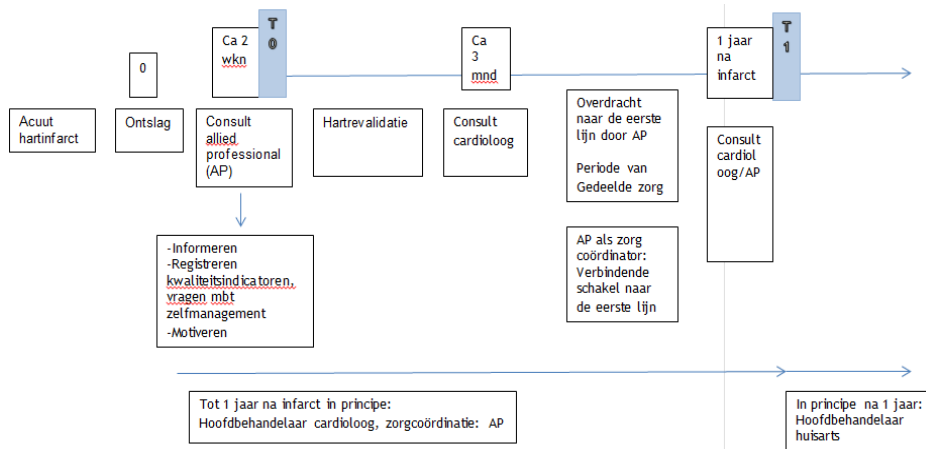
Een gewenst model voor het postinfarct traject staat hieronder beschreven:

1. Voorlichting in de kliniek, plannen afspraak en meegeven folder en eventueel patiënten portfolio.
2. Binnen 1-2 weken afspraak op de postinfarct polikliniek
3. Controleafspraak met de cardioloog (4 weken tot 3 maanden), afhankelijk van de infarctgrootte.
4. Verwijzing naar hartrevalidatie.
5. Na een jaar vindt follow-up plaats (zie hiervoor paragraaf 8).

6. Stroomschema

Het stroomschema voor het postinfarct traject ziet er zo uit:

0 weken	ontslag na ACS	info over polikliniek en hartrevalidatie
1-2 weken	postinfarct poli	communicatie huisarts
2-6 weken	hartrevalidatie 4-12 weken	
	preventie	
4-14 weken	follow up controle risicofactoren	eigen cardioloog, huisarts, preventiepoli
12 maanden	(telefonisch) evaluatiegesprek/eigen cardioloog	monitoren risicoprofiel resultaat interventie



NB: voor Allied Professional kunt u ook Gespecialiseerd Verpleegkundige lezen.

7. Uitvoering postinfarct polikliniek

Tijdens het polibezoek zijn er verschillende aspecten die aan bod dienen te komen. Deze worden in de volgende paragrafen uitgewerkt.

7.1 Controles

- Anamnese
- Inventarisatie risicofactoren
- Lichamelijk onderzoek/vitale functies
- Aanvullend onderzoek: ECG, aanvragen laboratoriumonderzoek, echocardiogram, ergometrie
- Check of de patiënt is aangemeld voor hartrevalidatie

7.2 Bespreekpunten met de patiënt

Tijdens het consult dienen de volgende punten te worden besproken (zie ook bijlage 4).

Bespreekpunt	Actie
Wat voor infarct heeft de patiënt gehad?	Uitleg d.m.v. praktijkatlas, voorlichtingsmateriaal farmaceutische bedrijven, filmpje, <u>PowerPointpresentatie</u> , voorbeeld medisch paspoort <u>1</u> , <u>2</u> , <u>3</u> . Zie ook bijlage 5.
Behandeling	<u>Stent</u> , DAPT, CABG, DEB, medicamenteus en verdere behandelingen/onderzoeken en het tijdspad
Medicatie	optimaliseren medicatie, Golden V, uitleg, bijwerkingen, therapietrouw
Risicofactoren	Vaststellen en het bespreken van verbeteringen en stellen van gezondheidsdoelen 1. gewicht (BMI<25, buikomvang ♀ 80 cm, ♂ 94 cm) 2. bloeddruk (< 140/90, >70 jaar <150, DM <130) 3. cholesterol (LDL<1.8)/voeding/alcohol 4. stoppen roken 5. beweging (matig intensief 30 min, 5 x per week)/sport 6. diabetes; goed gereguleerde bloedsuikers
Revalidatie	patiënt motiveren om deel te nemen en door te verwijzen. Zie <u>ook</u> .
Werkhervatting	afhankelijk van grootte infarct: groot infarct 6 weken beperkt NSTEMI 1-2 weken werkbelasting-stress in overleg met Arbodienst/bedrijfsarts
Autorijden	4 weken niet autorijden
Vliegen	in principe 4 weken niet, in overleg met cardioloog
Mentaal functioneren	angst voor herhaling, angst voor inspanning, symptomen van angst en depressie, toekomst
Seks	bij goede inspanningstolerantie

Bespreekpunt	Actie
Thuisituatie	steun/begrip partner bespreken, daarbij ook aandacht voor gevoelens partner stress
Alarmsymptomen	pijn op de borst, uitstraling instructies bij herkenbare klachten uitleg over aspecifieke klachten, psychische gevolgen, zie <u>voorbeeld</u> .
Gezondheidsdoelen	samen met de patiënt vaststellen. Als eerste aanzet voor een individueel zorgplan (bijlage 4 – punt 6).

Voor een voorbeeld folder voor de patiënt klik [hier](#).

7.3 Websites/folders voor de patiënt

Bij onderstaande organisaties is patiëntenvoorlichtingsmateriaal op te vragen of via hun website te downloaden. Voor een uitgebreid overzicht zie bijlage 5.

- Voorlichtingsmateriaal van de eigen organisatie
- [De Hartstichting](#)
- [De Hart&Vaatgroep](#)
- [Luchtsignaal](#)
- [Voedingscentrum](#)

7.4 Registreren tijdens eerste polibezoek

- Risicofactoren
- Voorgeschiedenis: eerder infarct/PCI of CABG
- Diabetes mellitus
- CVA
- Maligniteit
- Ontslagdiagnose
- Medicatie
- Grace score
- Hartrevalidatie

7.5 Andere te nemen acties

Andere acties die niet vergeten mogen worden zijn de communicatie naar zorgverlener/huisarts door middel van een brief. En uitleg aan de patiënt waar hij bij verdere vragen terecht kan.

7.6 Hartrevalidatie

Fase II hartrevalidatie kan bestaan uit informatie, leefstijl en/of beweegprogramma's in groepsverband of individueel. Uitgangspunt is dat iedereen deelneemt aan hartrevalidatie tenzij er ernstige comorbiditeit bestaat.

8. Follow up na 12 maanden (telefonisch)

- Events registreren: dood, myocardinfarct, opname, CABG, re-PCI (TVR, TLR) Major bloeding (> 2 punten Hb daling, interventie)
- BMI, buikomvang, LDL, roken, glucose, medicatie
- Zijn de gestelde doelen ten aanzien van risicofactoren behaald?
- Aandacht voor psychische symptomen

Zorg door de eerste lijn

Na 12 maanden zorg komt er zorg door de eerste lijn: huisarts en praktijkondersteuner huisarts (POH). Indien nodig gedeelde zorg met AP/cardioloog. Er wordt een individueel zorgplan opgesteld met afspraken over zorg en zelfmanagement. Zo is duidelijk waar naar toe gewerkt gaat worden en wat het aandeel is van de zorgverlener(s) en de patiënt zelf.

Literatuur

1. Arkesteijn S, Engels J et al. Wat wil de patiënt? Zelfmanagement. De POH maart 2013, pag. 28 en 29
2. Berra K. Does nurse case management improve implementation of guidelines for cardiovascular disease risk reduction? April 2011
3. Boheemen C van, Van Geffen ECG, Gilbert D, Bouvy M, Bos M, Van Dijk L. Vasculair risicomanagement vanuit patiëntenperspectief: volgens de zorgstandaard? Nulmeting patiënten. NIVEL, Utrecht, 2010.
4. Boshuizen D, Engels J et al. Persoonsgerichte zorg, White paper. Utrecht: Vilans, 2014
5. Boxer PhD H, Snyder MD S, Five Communication Strategies to Promote Self-Management of Chronic Illness, Fam Pract Manag. 2009 sep-Oct;16(5):12-16
6. CBO. Zorgmodule Zelfmanagement 1.0. Utrecht: CBO, 2014
7. Chouinard MC e.a. Case management and self-management support for frequent users with chronic disease in primary care: a pragmatic randomized controlled trial, BMC Health Services Research, 2013
8. Connect! Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, 2013.
9. Dis van I, Strijbis A, Spreeuwenberg C. Cardiovasculair risicomanagement in Nederland van 2009 tot 2013: the state of the art. Den Haag: De Hart&Vaatgroep/Hartstichting, 2014 (in ontwikkeling)
10. Erven AL van. Aanzet tot projectplan "inzet van een allied professionals binnen het post-infarcttraject met als doel om empowerment en zelfmanagement van de patiënt te vergroten. Januari 2014. In opdracht van De Hart&Vaatgroep/Hartstichting
11. De Hart&Vaatgroep, NVVC, Hartstichting. Projectvoorstel PIT!, Den Haag: De Hart&Vaatgroep, NVVC, Hartstichting 26 mei 2014.
12. De Hart&Vaatgroep, Zorgplan Vitale Vaten, Individueel zorgplan hart- en vaatziekten. Den Haag: De Hart&Vaatgroep 2013, Den Haag
13. Dis van I, Strijbis A, Spreeuwenberg C. Cardiovasculair risicomanagement in Nederland van 2009 tot 2013: the state of the art. Den Haag: De Hart&Vaatgroep/Hartstichting, 2014 (in ontwikkeling)
14. Engels J, Kistemaker W. Zelfmanagement helpt de zieke vooruit. Medisch Contact 2009; 50: 2094-2097
15. Erp J van, Vaardig door ontspanning, Hartstichting/De Hart&Vaatgroep, februari 2014
16. Erven AL van. Aanzet tot projectplan "inzet van een allied professionals binnen het post-infarcttraject met als doel om empowerment en zelfmanagement van de patiënt te vergroten. Januari 2014. In opdracht van De Hart&Vaatgroep/Hartstichting
17. Feijter C. de, V&VN magazine, special zelfmanagement: Samen oplossingen bedenken, maart 2014, pag. 4
18. Handreiking shared decision making. In Een/Hogeschool Zuyd/NHG/Universiteit Maastricht, 2015
19. Hendriks JML et al. Nurse-led care vs. usual care for patients with atrial fibrillation: results of a randomized trial of integrated chronic care vs. routine clinical care in ambulatory patients with atrial fibrillation. European Heart Journal Advance Access, March 27, 2012

20. Hendriks M, Plass AM, Heijmans M J, Rademakers J. Minder zelfmanagementvaardigheden, dus meer zorggebruik? Utrecht: NIVEL, 2013
21. Hickox-Vriens Drs. S.M.C. et al. Handboek Vasculair Risicomanagement door de Verpleegkundig Specialist, Uitgegeven onder beheer auteurs, Utrecht 2007
22. Houston Miller N, Berra K. Presentatie tijdens ESC Congres. Parijs: 2011
23. Idema K, Meer resultaat door begeleiding op maat, De Hart&Vaatgroep Den Haag: april 2013
24. Kiers B, Zorgvisie Transformatie 16 december 2014, jaargang 44, pag. 20 t/m 23
25. Loon L. van, Patiëntgericht communiceren, de POH september 2014, pag. 26 t/m 28
26. Maassen H, De dokter als coach, Medisch Contact 4 juli 2008, jaargang 63, pag. 1163 t/m 1167
27. MCA Gemini Groep, Medisch paspoort, Cardiologie
28. Platform Vitale Vaten, Zorgstandaard Cardiovasculair Risicomanagement (Deel I en II). Den Haag: Hartstichting, 2013
29. NVVC, Werkgroep Allied Professionals, Taakherschikking in het hart van de zorg, december 2012
30. Nyst E. Vernieuwde richtlijn hartrevalidatie beschrijft psychische en sociale doelen. Medisch Contact, 48, 2 dec 2011, 2942-2945
31. Rademakers J, Nijman J, Hoek L van der, Heijmans M, Rijken M. Measuring patient activation in the Netherlands: translation and validation of the American short form Patient Activation Measure (PAM13). BMC Public Health, 2012; 12:577. <http://www.insigniahealth.com>
32. Roos S, Idema K, et al. Cordiaal mei 2010, pag. 170 t/m 173
33. Snoeijls S, Strijbis A, Bos M, Van Dijk L. Vasculair risicomanagement in de tweede lijn: volgens de zorgstandaard? Meting tweede lijn. NIVEL, Utrecht, 2011
34. Silva Dr. D. de, Helping people help themselves, The health Foudation, mei 2011
35. Timmer S, Empowerment, het begrip ontleed. 2 mei 2010
36. Vaartjes I, Koopman C, van Dis I, Visseren FLJ, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland 2013, cijfers over leefstijl, risicofactoren, ziekte en sterfte. Den Haag: Hartstichting, 2013
37. Vervloet M, Brabers AEM, Bos M, Van Dijk L. Vasculair risicomanagement in de huisartspraktijk: volgens de zorgstandaard? Nulmeting eerste lijn. NIVEL, Utrecht, 2010
38. Vries H de. Wat levert het op? Mortaliteit en kosteneffectiviteit van de hartrevalidatie in Nederland. Presentatie hartrevalidatie congres 7-12-2012. Kenniscentrum Achmea en Research for Decisions
39. Waldmann B, Voorlichting op maat, Amsterdam: Vu medisch centrum, januari 2008
40. Waverijn G, Heijmans M. Ervaringen met de zorg en opvattingen over de eigen bijdrage aan de zorg van mensen met hart- en vaatziekten. Utrecht: Nivel, 2013. Mogelijk gemaakt door de Hartstichting/De Hart&Vaatgroep
41. Yamamoto L, Lucey C. Case management "within the walls": a glimpse into the future. Critical Care Nursing Quarterly 2005

Bijlage 1

Samenstelling werkgroep “Connect blauwdruk voor post acute opname polikliniek”

Karin Arkenbout, cardioloog AMC, Amsterdam en Tergooi, Hilversum

Joyce van Benthem-Ras, physician assistant cardiologie Maasstadziekenhuis, Rotterdam

Annet Bos-Schaap, verpleegkundig specialist cardiologie MCA, Alkmaar

Silvy Dekker, physician assistant cardiologie Maasstadziekenhuis, Rotterdam

Esther Dijkstra, gespecialiseerd verpleegkundige hartbewaking Tergooi, Hilversum

Jessica Fischer, gespecialiseerd verpleegkundige hartbewaking Tergooi, Hilversum

Anne-Margreet Strijbis, relatiemanager zorg De Hart&Vaatgroep/Hartstichting, Den Haag

Angela Nieuwveld, operationeel leidinggevende/verpleegkundig specialist Leef- en beweegcentrum Isala, Zwolle

Annemiek Vredenburg-Jimmink, verpleegkundig specialist MCA, Alkmaar

Karin Westra, projectcoördinator NVVC Connect, Utrecht

Eelkje Wolf, verpleegkundig specialist St. Antonius ziekenhuis, Nieuwegein

Bijlage 2

Acuut Coronair Syndroom is een veel voorkomende aandoening die ondanks enorme medische vooruitgang nog steeds veel sterfte veroorzaakt. Het programma 'Optimale zorg bij Acute Coronaire Syndromen' was een onderdeel van het landelijke VMS veiligheidsprogramma. Binnen dit programma zijn indicatoren ontwikkeld. De indicatoren zijn opgenomen in de ACS registratie van de NCDR*.

VMS Indicatoren:

- Bij 90% van de patiënten start binnen 90 minuten na eerste (para)medisch contact de PCI(dotter) behandeling.
- Bij ten minste 90% van de patiënten met IAP/NSTEMI is de Grace score gedocumenteerd.
- Ten minste 90% van de patiënten heeft de Golden V medicatie voorgeschreven gekregen bij ontslag: aantal patiënten met ACS dat bij ontslag alle vijf medicijnen uit de bundel voorgeschreven heeft gekregen.
- Alle patiënten met een hartinfarct die in aanmerking komen voor hartrevalidatie, volgen een revalidatieprogramma.

*De National Cardiovascular Data Registry (NCDR) is opgericht door de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie. De NCDR ziet het als haar taak om de kwaliteit van zorg voor de patiënt met hart- en vaatziekten te helpen verbeteren. Dit gebeurt door het opzetten, implementeren en beheren van landelijke databases. Deze databases bevatten gegevens over de incidentie en prevalentie van uiteenlopende cardiovasculaire aandoeningen. Daarnaast zijn de databases ingericht ten behoeve van het registreren van aantallen en uitkomsten van uiteenlopende procedures uitgevoerd in verband met deze cardiovasculaire aandoeningen

Bijlage 3

Positionering van de allied professional

De Verpleegkundig Specialist (VS) en Physician Assistant (PA) zijn zorgprofessionals die sinds 2012 wettelijk als (mede) behandelaar kunnen worden ingezet in trajecten zoals het ACS traject. Het NVVC document 'Taakherschikking in het hart van de zorg' doelt met de 'allied professional' op de VS en PA en stelt dat de cardioloog op elk gewenst moment beschikbaar dient te zijn voor overleg met de allied professional. De VS en PA functioneren als zelfstandig beroepsbeoefenaar binnen bevoegdheid en bekwaamheid. Waar (be)handelingen buiten de bekwaamheid vallen dient te allen tijde overlegd te worden met de cardioloog. Hierdoor wordt gezorgd dat kwaliteit van cardiologische zorg continu gegarandeerd kan worden. De allied professional is bevoegd zelfstandig voorbehouden handelingen te indiceren, verrichten en hiertoe opdracht te geven. Deze handelingen moeten een beperkte complexiteit hebben, routinematig zijn en uitgevoerd worden volgens de landelijk geldende richtlijnen. Bij voorbehouden handelingen moet er worden voldaan aan de volumenormen van de NVVC; dit geldt zowel voor de cardioloog als de allied professional. In opleidingsziekenhuizen mag de taakherschikking tevens niet ten koste gaan van het aantal procedures die de AIO (arts-assistent in opleiding) moet verrichten in het kader van zijn opleiding. Dit betekent dat per ziekenhuis beoordeeld moet worden of het mogelijk is om invasieve ingrepen door de allied professional te laten verrichten. Te allen tijde dient er duidelijkheid te zijn over de functie van de allied professional voor medewerkers in de gezondheidszorg maar ook voor de patiënt. Aan de patiënt zal altijd duidelijk de taak en functie van de allied professional moeten worden uitgelegd en de rolverdeling. Tevens is het van belang dat er duidelijkheid is over de rol van de cardioloog in het traject en de rol van de allied professional. Duidelijke afspraken dienen te worden gemaakt.

Polikliniek:

- a. Zorg voor specifieke patiëntencategorieën; bijvoorbeeld hartfalen, post-infarct, post-CABG, TVI-patiënten, atriumfibrilleren
- b. Nieuwe patiënten met een gespecificeerde klacht; bijvoorbeeld angina pectoris, palpitaties. Een protocol dient beschikbaar te zijn, zodat de allied professional volgens deze richtlijnen kan werken.

Afdeling:

- a. Zorg voor specifieke patiëntenpopulatie; bijvoorbeeld op de dagbehandeling de zorg voor patiënten, die komen voor hartkatheterisatie, PCI, EFO, ablatie.
- b. Zorg op de afdeling cardiologie (eerste harthulp, CCU, afdeling) voor specifieke patiënten categorieën, bijvoorbeeld postinfarct patiënten, patiënten die een pacemaker of ICD krijgen geïmplant. Echter ook de dagelijkse visite onder supervisie van de medisch specialist.

Financiën

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft per 1-1-2015 de regels aangepast en het aantal zorgverleners dat een DBC in rekening mag brengen uit te breiden met de physician assistant en de verpleegkundig specialist. Door de regelgeving rond de registratie en declaratie van DBC's uit te breiden met de betreffende beroepsgroepen sluit de registratie- en declaratieregelgeving aan bij de wijziging van de wet BIG, waarin per 1-1-2012 deze beroepsgroepen zelfstandig voorbehouden handelingen mogen indiceren en uitvoeren. Voor meer informatie klik [hier](#).

Bijlage 4

Empowerment en ondersteunen zelfmanagement

Empowerment is op te vatten als “een doorgaand versterkingsproces waarbij men vanuit erkenning van de eigen kwetsbaarheid gefocussed blijft op de eigen kracht en potentie”. Resultaat is dat de patiënt weer eigen regie krijgt over het leven en er dus een balans is gevonden tussen dat wat de ziekte vraagt en het leven dat hij/zij wil leiden. In de gezondheidszorg wordt vooral de term zelfmanagement gebruikt. Zelfmanagement is het zodanig omgaan met de chronische aandoening (symptomen, behandeling, lichamelijke, psychische en sociale consequenties en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven. De begrippen empowerment en zelfmanagement komen in principe voor patiënten op hetzelfde neer.

In de acute fase en kort daarna is er nog weinig ruimte voor empowerment en zelfmanagement. De patiënt focust op herstel (medisch) en bijkomen van de schrik (verwerking). In het post-infarcttraject kan echter een belangrijke basis gelegd worden door goede informatie en opvang. Zo wordt de patiënt toegerust en vertrouwd gemaakt met zijn rol als medebehandelaar én regisseur. Een rol die hij gaandeweg meer kan gaan oppakken: zoals in de hartrevalidatie en in de eerstelijnszorg. Uiteraard naar vermogen en wens van de patiënt. Hieronder volgt een opsomming van inzichten op het terrein van voorlichting en begeleiding ter ‘empowerment’ van de patiënt ¹.

Belangrijk bij het ‘empoweren’ van de patiënt

1. Attitude van de zorgverlener: gelijkwaardigheid, respect, vertrouwen
2. Maatwerk
3. Rekening houden met de fase in het aanpassingsproces
4. Zorgproces dat zelfmanagement bevordert: zoals samen agenda consult bepalen
5. Gedeelde besluitvorming (shared decision making)
6. Eerste aanzet naar individueel zorgplan
7. Wees duidelijk over de organisatie: wie hoofdbehandelaar, wie coördinator
8. Informeren over zorg die de 1^e lijn biedt
9. Effectieve voorlichting
10. Ask-tell-ask principe
11. De belangrijkste informatie op schrift meegeven

Voor empowerment en ondersteunen van zelfmanagement is goede scholing nodig, zoals motivational interviewing. Een jaarlijkse herhalings training motivational interviewing is aan te bevelen. In de scholingsagenda van VS en PA zijn verschillende aanbieders te vinden zijn met geaccrediteerde scholingen (Verpleegkundig Specialisten; Physician Assistants).

¹ Een uitgebreide versie van bijlage 4 geschreven door De Hart&Vaatgroep is [hier](#) te vinden en op de websites van de NVVC Connect en De Hart&Vaatgroep.

Bijlage 5

Brochures van de Hartstichting/De Hart&Vaatgroep
<p>AP/postinfarct <u>Angina pectoris</u> <u>Hartcatheterisatie</u> <u>Een hartinfarct en dan</u> <u>Bypass</u> <u>Dotter/stent</u> <u>Vrouwen en hart en vaatziekten</u> <u>Folder: Hartrevalidatie helpt!</u> <u>Brochure: Hartpatiënt? Blijf actief!</u> <u>Intimiteit en seksualiteit na een hartaandoening</u></p>
<p>Cardiovasculair risicomanagement <u>Eten naar hartenlust</u> <u>Bewegen doet wonderen</u> <u>Stoppen met roken (ook via http://www.rokeninfo.nl/publiek)</u> <u>Hoog cholesterol</u> <u>Hoge bloeddruk</u> <u>Overgewicht</u> <u>Diabetes</u> <u>Aanpak van risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Wat kunt u doen. Wie kunnen u helpen.</u> <u>(Patiënterversie van de zorgstandaard CVRM).</u> <u>Individueel zorgplan Vitale Vaten.</u> <u>Medicijnen</u></p>
<p><u>Leeft u met een hart- of vaatziekte of heeft u een hoog risico daarop?</u> <u>Zelfmanagement, meer regie: tips voor mensen met een hart- of vaataandoening</u> <u>Hart- en/of vaataandoeningen & zelfmanagement</u></p>
<p>Voor zorgverzekeraars, beleidsmakers en zorgverleners: De Hart&Vaatgroep heeft kwaliteitscriteria ontwikkeld onder meer op terrein van cardiovasculair risicomanagement en hartrevalidatie. Een compleet overzicht is <u>hier</u> te vinden. In 2015 worden kwaliteitscriteria ontwikkeld voor de zorg na een hartinfarct.</p>
<p>Reacties op brochures kunnen altijd gemaïld worden naar <u>reacties@hartstichting.nl</u></p>