

Zorgprogramma hartfalen in de huisartsenpraktijk



hadoks

Zorgprogramma hartfalen

Hartfalen (HF) ontstaat doordat de pompfunctie (slagvolume) van het hart tekortschiet. Dit leidt ertoe dat mensen kortademig worden bij (geringe) inspanning, eerder moe zijn, minder fysieke inspanningen aankunnen, vocht vasthouden 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 verlichten en hanteerbaar maken¹.

Prognose van hartfalen

Hartfalen heeft een slechte prognose, de gemiddelde vijfjaarsoverleving is ongeveer 45%. Van de mensen die opgenomen worden in het ziekenhuis met als diagnose hartfalen is binnen een jaar 40% overleden of heropgenomen in het ziekenhuis². Circa 25% van alle mensen boven de 70 jaar krijgt te maken met hartfalen³. Patiënten hebben intensieve zorg nodig, wat vaak een langdurige opname inhoudt. De gemiddelde opnameduur is landelijk 6-9 dagen.

Prevalentie

Met de toenemende vergrijzing en de verbeterde medische behandelmogelijkheden neemt de prevalentie van hartfalen toe. Naar schatting leven er bijna 227.000 mensen met hartfalen in Nederland en krijgen 40.000 mensen jaarlijks voor het eerst de diagnose hartfalen⁴.

1. Doel van het zorgprogramma

Het doel van dit zorgprogramma is een optimale behandeling van patiënten met chronisch hartfalen. Middels een individueel zorgplan en goede transmurale afspraken wordt zorg op maat geleverd. Door regelmatige controles wordt achteruitgang van de patiënt vroegtijdig gesignaleerd waardoor mogelijk heropnames voorkomen kunnen worden.

De samenwerking tussen huisarts en cardioloog is aan de hand van regionale afspraken zodanig georganiseerd dat de huisarts en/of cardioloog de patiënt behandelt door:

- actief symptomen van hartfalen zoveel mogelijk te bestrijden om de kwaliteit van leven te verbeteren.
- adequaat op te treden bij (acute) verslechtering waarbij de patiënt de juiste zorg op de juiste plaats krijgt.
- optimale zorg te realiseren, om zo afname van morbiditeit (met de daarbij behorende ziekenhuisopnames) en mortaliteit te realiseren.

Dit document is gebaseerd op de NHG standaard hartfalen. Klik [hier](#) voor de richtlijn.

¹ LTA Hartfalen, 5 november 2015

² Rutten et al, Hartfalen samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 5 juni 2014

³ Mulder et al, Hartfalen. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 28 mei 2014

2. Voorwaarden deelname

- Praktijk neemt deel aan ketenzorgprogramma CVRM-HVZ
- Na aanmelding volgt er een afspraak met de praktijkadviseur voor nadere uitleg over het zorgprogramma en aanpak. Hierna volgt advies over deelname.
- Voor de start van het zorgprogramma hartfalen heeft de praktijk middels dossieronderzoek vastgesteld wie in aanmerking komt voor inclusie in de keten:
 - **K77 Decompensatio cordis.** Opsporen van al bekende hartfalen patiënten (diagnose middels echo van het hart) en het indelen in één van de patiëntencategorieën: stabiele patiënt (NYHA I en II), zeer kwetsbare oudere of terminale patiënt
 - Bij stabiel hartfalen (NYHA I en II) met hoofdbehandelaar specialist, overweeg wijziging hoofdbehandelaar naar huisarts
 - **Opsporen van patiënten** zonder bevestigde diagnose hartfalen. Proces starten zoals bij een nieuwe patiënt, bijvoorbeeld op basis van een korte consultatie met echo van het hart. Ook wordt er dossier onderzoek verricht bij patiënten met onderstaande ICPC's en ATC coderingen:

K77	Decompensatio cordis (zowel K77.01 als K77.02)
K82	Cor pulmonale
K84.03	Cardiomyopathie
A89.01	Aanwezigheid pacemaker/aanwezigheid defibrillator
ATC codering: C03CA01 (furosemide) en C03CA02 (bumetanide)	
ATC codering: C03DA01 (spironolacton) en C03DA04 (eplerenon, inspra)	

- Er zijn voldoende praktijkondersteuner uren ter beschikking
- Praktijkondersteuner en huisartsen zijn bevoegd en bekwaam op het gebied van hartfalen. Hartfalenzorg wordt verleend volgens de [NHG-standaard M51 Hartfalen](#) en conform de [Regionale Transmurale Afspraken \(RTA\)](#)
- De NHG e-learning hartfalen wordt binnen drie maanden na starten zorgprogramma gevolgd door huisarts en praktijkondersteuner.
- Zo nodig training on the job door de gespecialiseerd verpleegkundige hartfalen
- Huisarts en praktijkondersteuner hebben gestructureerd overleg
- Streefwaarden procesindicatoren zorgprogramma hartfalen zijn uiterlijk een half jaar na aanvang van het zorgprogramma behaald
- Mogelijkheid tot het maken van een ECG is geborgd.

3. Patiënten includeren

Patiënt voldoet aan de onderstaande criteria:

- Diagnose Hartfalen: ICPC K77 (K77.03 voor HFpEF en K77.04 voor HFmEF en HFrEF) op basis van echo cor

- Patiënt ≥ 18 jaar
- Patiënt stemt in met deelname ketenzorg
- Huisarts hoofdbehandelaar:
 - Patiënten met diagnose hartfalen die na behandeling in de 2e lijn stabiel zijn ingesteld of bij wie geen (verdere) therapeutische interventie mogelijk of noodzakelijk is (stabiele patiënt).
 - Patiënten voor wie het wegens fragiliteit en hoge leeftijd bezwaarlijk is de cardioloog te bezoeken (zeer kwetsbare oudere).
 - Patiënten die in een terminaal stadium van hartfalen verkeren (terminale patiënt)

Welke patiënt kan niet deelnemen aan het ketenzorgprogramma hartfalen?

- Patiënt is onder behandeling van de cardioloog
- Patiënt wil of kan niet
- Andere reden: naar oordeel van behandelend arts
- Niet op naam ingeschreven patiënten

4. Diagnostiek

Diagnostiek gaat conform [NHG standaard Hartfalen](#)

5. Verwijzen naar de 2e lijn, terug verwijzing naar de 1e lijn

Verwijzen naar de 2^e lijn en terug verwijzing vanuit de 2^e lijn gebeurt conform de [Regionale Transmurale Afspraken \(RTA\)](#)

6. Zorgproces

Hadoks maakt voor de zorgprogramma's gebruik van op maat gemaakte protocollen binnen de beschikbare HIS-en. De patiënt (met de juiste ICPC-code, hoofdbehandelaar huisarts en deelname ketenzorg: Ja) wordt in het HIS geïncorporeerd voor het Hadoks chronische zorg protocol. Voor het verwijzen naar ketenpartners of het registreren van ketenzorgverrichtingen wordt gebruik gemaakt van VIP Live.

De pijlers waarop het gebruik van VIPLive gebaseerd is, zijn:

1. Consultregistratie
2. Communicatie ketenpartners
3. Declaratie
4. Consultatie Expertteam Hadoks

Voor een uitgebreide handleiding over het gebruik van het Hadoks chronische zorg protocol zie de [VIPLive Q&A pagina](#) en klik onder het kopje 'Hoe vind ik de protocollen voor mijn HIS' op de betreffende HIS. Voor ondersteuning stuur een email naar: chronischezorg@hadoks.nl
 Voor overige VIPLive vragen bel de helpdesk van VIPLive www.viplive.nl of op 088 5281 020.

Controles in de huisartsenpraktijk

Schakelconsult huisarts

Tijdens het eerste consult bespreekt de huisarts de diagnose hartfalen en geeft uitleg over de wijze waarop de praktijk de zorg voor de patiënten met hartfalen geeft. De huisarts vervolgt de medicamenteuze behandeling die is ingezet in de 2^e lijn, geeft uitleg over ketenzorg en bepaalt de NYHA-klasse naar aanleiding van onderstaande tabel. Vervolgens wordt de patiënt verwezen naar de praktijkondersteuner.

NYHA functionele classificatie; ernst gebaseerd op symptomen bij inspanning	
Klasse I	Geen beperking van het inspanningsvermogen. Normale lichamelijke activiteit veroorzaakt geen overmatige vermoeidheid, palpitations of dyspneu.
Klasse II	Enige beperking van het inspanningsvermogen. In rust geen klachten maar normale lichamelijke inspanning veroorzaakt overmatige vermoeidheid, palpitations of dyspneu.
Klasse III	Ernstige beperking van het inspanningsvermogen. In rust geen of weinig klachten maar lichte lichamelijke inspanning veroorzaakt overmatige vermoeidheid, palpitations of dyspneu.
Klasse IV	Geen enkele lichamelijke inspanning mogelijk zonder klachten; ook klachten in rust.

Consult praktijkondersteuner Frequentie consulten:

- NYHA-klasse I: 1x per 6 maanden
- NYHA-klasse II en III: 1x per 3 maanden

Aandachtspunten bij eerste controle

Anamnese

- Voorgeschiedenis en co-morbiditeit
- Hart- en vaatziekten in familie
- Compliance van medicatie en leefstijl
- Vermijden van NSAID-gebruik
- Roken, alcohol, lichaamsbeweging
- Woonomstandigheden
- Mantelzorg, wijkverpleging
- Psychische problemen
- Wensen patiënt (IZP)
- Welbevinden
- Klachten: kortademigheid, pijn op de borst, inspanningstolerantie, dyspnoe, orthopnoe, duizeligheid, hartkloppingen, nachtelijk plassen
- Oedeem, gewichtstoename
- Eetlust
- Medicatie
- Vochtstatus

Lichamelijk onderzoek

- Lengte, gewicht, BMI
- Bloeddruk, pols (ritme, frequentie)
- Aanwezigheid oedeem

Aanvullend onderzoek

- ECG in overleg met huisarts
- Jaarlijkse griepvaccinatie
- Lab: Na, K, creatinine (eGFR) en op indicatie glucose, lipidspectrum

Uitleg ziektebeeld

- Kennis van het ziektebeeld
- Wat is een gezonde leefstijl
- Behandelmethoden
- Risicofactoren
- Complicaties
- Welke invloed is er op psychosociaal en lichamelijk vlak
- Voorlichting voor mantelzorgers
- Bijzondere situaties: ziekte, vakantie
- Uitgifte schriftelijke patiëntenvoorlichting

Individueel Zorgplan

Naast de Hadoks inclusiecriteria, die gebaseerd zijn op de inclusiecriteria van InEen, voegt Hadoks hier het gebruik van een individueel zorgplan aan toe. Dit IZP vormt de rode draad van de begeleiding aan de patient en geeft inzicht in gewenste doelen van de patient en hoe deze te behalen. Ter ondersteuning van zelfmanagement wordt een individueel zorgplan opgesteld, hierin staat belangrijke informatie zoals:

- Welke doelen voor de hartfalenzorg met de patiënt zijn afgesproken
- Welke beslissingen zijn genomen voor het realiseren van deze doelen
- Welke begeleiding de patiënt krijgt
- Welke onderzoeken zijn nodig
- Therapietrouw
- Keuzes maken
- Medicatie aanpassen
- Wat zijn tekenen van verslechtering
- Hoe, wat en wanneer wordt gecontroleerd
- Of streefwaarden zijn bereikt en bijgesteld
- Wie uit het behandelteam verantwoordelijk is voor het overeengekomen behandelbeleid

Kortom: in het zorgplan staan de **proceskenmerken** (wie doet wat en wanneer) en de **concrete resultaten/afspraken**.

Adviezen

Standaard adviezen bij hartfalen:

- Stoppen met roken, voldoende beweging
- Zoutbeperking (geen zout aan -voedsel toevoegen) = < 6 gram zout per dag
- Vochtbeperking < 2 liter per dag
 - Matig met alcohol en geen alcohol indien dit de etiologie van het hartfalen is
 - Regelmatig wegen; optimaal gewicht (BMI <25)

Extra bij klasse II:

- Dagelijks bewegen eventueel met bewegingsprogramma (overweeg verwijzing naar fysiotherapeut of beweegcoach)
- Minimaal 3x per week wegen

Extra bij klasse III:

- Vochtbeperking 1,5 liter (minimaal en maximaal)
- Dagelijks gewichtscontrole

NYHA-klasse

De praktijkondersteuner bepaalt de NYHA-klasse en noteert deze in het Hadoks chronisch zorg protocol in HIS.

Registratie

Hadoks chronisch zorg protocol in het eigen HIS.

Vervolgconsulten

Samenvatting

- Bespreken van Individueel Zorgplan (IZP)
- Inventarisatie van klachten en verschijnselen die kunnen wijzen op verslechtering van hartfalen
- Inventarisatie van compliance/ leefstijl en therapie
- Bepalen van het gewicht, bloeddruk en pols

Anamnese

- | | |
|--|---|
| • Welbevinden | • Vochtstatus |
| • Klachten: kortademigheid, pijn op de borst, inspanningstolerantie, dyspnoe, orthopnoe, duizeligheid, hartkloppingen, nachtelijk plassen. | • Roken, alcohol |
| • Oedeem, gewichtstoename | • Medicatie |
| • Eetlust | • Compliance van medicatie en leefstijl |
| | • Follow up afspraken |
| | • Evalueren doelen zorgplan |

Lichamelijk onderzoek

- Lengte, gewicht, BMI
- Bloeddruk, pols (ritme, frequentie)
- Aanwezigheid oedeem

Aanvullend onderzoek

- ECG in overleg met huisarts
- Lab: Na, K, creatinine (eGFR) en op indicatie glucose, lipidenspectrum

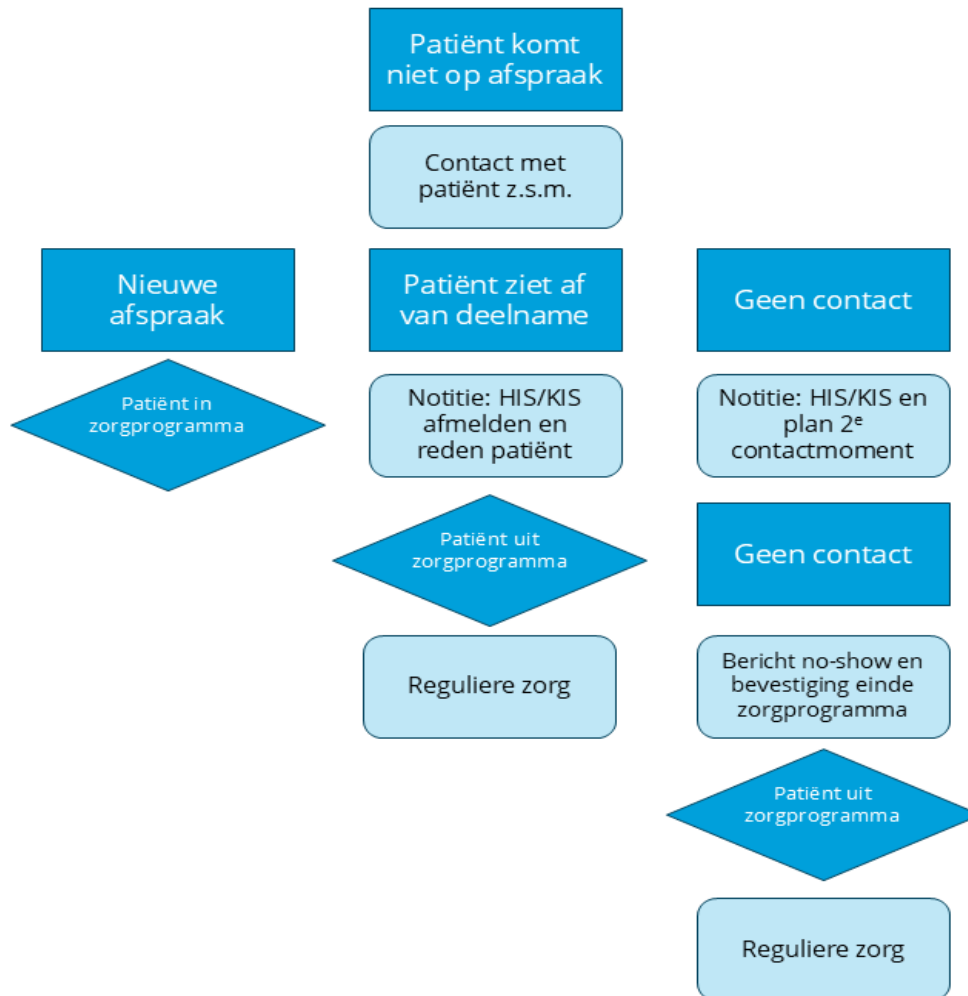
Individueel Zorgplan

- Evalueren medicatiebeleid
- Bespreken controleschema
- Evalueren individueel zorgplan: zelfmanagement, leefstijl, therapietrouw

No-show beleid

Voor advies over no-show beleid en geen programmatische zorg verwijzen we naar het No-show beleid van InEen

STROOMSCHEMA NO-SHOW BELEID zorgprogramma's



Stroomschema advies no-show beleid zorgprogramma's

Aanvullende adviezen

Patiënt neemt contact op met praktijkondersteuner bij:

- Gewichtstoename >2 kg binnen 3 dagen
- Toename oedeem
- Toename dyspnoe
- Plotseling verminderde inspanningstolerantie
- Toename orthopnoe en nycturie (verhoogde nachtelijke urineproductie)
- Hartkloppingen
- Duizeligheid

NYHA-klasse

De praktijkondersteuner bepaalt de NYHA-klasse en noteert deze binnen het Chronische zorg protocol in het HIS.

Aanvullende informatie

Informatie voor patiënten is te vinden op de volgende websites:

- www.thuisarts.nl/hartfalen/ik-heb-hartfalen
- www.apotheek.nl
- www.heartfailurematters.org
- www.hartstichting.nl
- <https://harteraad.nl>

Kwetsbare ouderen en palliatieve of terminale patiënten

Voor deze groep patiënten is controle in de tweedelijl niet zinvol of gewenst. Bij het opstellen van een individueel zorgplan; wees terughoudend met aanvullend onderzoek. De nadruk ligt op kwaliteit van leven, voorkomen van ziekenhuisopnames en beperken van ziektelast. Frequentie volgens individueel zorgplan (zo mogelijk combineren met controles ouderenzorg, CVRM, diabetes en/of COPD). Terughoudendheid met terugverwijzen naar cardioloog.

Zie hiervoor het protocol 5, zoals vastgesteld in regio Groot Leiden:

- Connect Hartfalen Protocol 5A: [Medische overdracht palliatieve fase hartfalen.](#)
- Connect Hartfalen Protocol 5B: [Patiënten informatie palliatieve fase](#)
- Connect Hartfalen Protocol 5C: [Stappenplan Palliatieve fase hartfalen.](#)

Overleg praktijkondersteuner en huisarts

Aandachtspunten voor overleg:

- Verslechtering in NYHA-klasse
- Toename oedeem, dyspnoe, orthopnoe of nycturie
- Plotseling verminderde inspanningstolerantie
- Hartkloppingen of pijn op de borst
- Duizeligheid
- Therapieontrouw
- Irregulaire pols (nieuw) of hoge hartfrequentie
- Bij herhaling stijging van systolische bloeddruk >20 mm/of bij lage SBD met klachten
- Gewichtstoename > 2 kg binnen 3 dagen
- Afwijkende lab-uitslagen

Overleg huisarts en cardioloog

Verwijzing naar / overleg met cardioloog door huisarts:

- Acute verslechtering
- Mogelijk corrigeerbare aandoening (klepvitium/ritmestoornis)
- Angineuze klachten
- Nieuwe ECG-afwijkingen
- Hinderlijke klachten ondanks maximale therapie
- Nieuwe inzichten of behandeling voor hartfalen

Op indicatie: ECHO cor via eenmalig consult cardioloog

7. Niet-medicamenteuze behandeling

Leefstijladvies

De basis van alle zorgprogramma's is leefstijlinterventie, hiervoor is het wenselijk dat de patiënten in de zorgprogramma's open staan voor interventies. De praktijkondersteuner ondersteunt de patiënt in het proces tot zelfmanagement met betrekking tot de leefstijlfactoren.

Het leefstijlgesprek

Het leefstijlgesprek is het startpunt van leefstijladvisering waarbij gezamenlijke besluitvorming centraal staat. Ook de intrinsieke motivatie van de patiënt staat centraal. Indien de patiënt niet openstaat voor leefstijlverandering evalueer dit dan nogmaals in een vervolgconsult.

- De stappen om de leefstijl bespreekbaar te maken en te integreren in het consult leest u terug op [Leefstijlgesprek - NHG](#)
- Informatie over omgaan met weerstand en het stimuleren van gedragsverandering vindt u op [Gedrag en gedragsverandering - NHG](#)

Gebruik bij voorkeur het Spinnenweb Positieve Gezondheid en/of het Leefstijlroer; beide instrumenten zijn afzonderlijk én in combinatie inzetbaar.

Meer informatie over positieve gezondheid en het spinnenweb kunt u [hier](#) terugvinden. Het Leefstijlroer is [hier](#) gratis te downloaden, inclusief handleiding. Om de trainingen rondom positieve gezondheid te volgen, kunt u zich aanmelden via Academie@hadoks.nl. Voor deelname aan de geaccrediteerde e-learning Leefstijl in de spreekkamer kunt u contact opnemen via chronischezorg@hadoks.nl.

Diëtist voor voedingsadvies

Verwijzing naar de diëtist is een vast onderdeel van de ketenzorg en dient voor alle ketenzorgpatiënten te worden ingezet.

Verwijzen naar een diëtist:

- Verwijzing middels VIPLive
- Samenwerking vanuit Hadoks is met Haaglanden Eerste Lijn Diëtisten (HELD). Voor een ketenpartner bij u in de buurt [Zoek een zorgverlener | Hadoks Holding B.V.](#)

Stoppen Met Roken

Vraag altijd naar de rookstatus van de patiënt. Een kort stopadvies – ook als de patiënt daar niet expliciet om vraagt – verdubbelt de kans op succes. De volgende begeleidingsmogelijkheden zijn beschikbaar:

- Individuele begeleiding door praktijkondersteuner
- Individuele of groepsbegeleiding (fysiek of digitaal) via SineFuma & ZoHealthy.

Voor meer informatie zie de [Stoppen met roken begeleiding](#) pagina van Hadoks. Leer hoe u een stoppen-met-rokenadvies geeft met de volgende geaccrediteerde E-learning [Het stoppen met roken advies. Hoe geef ik dat?](#)

Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)

De Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) biedt patiënten advies en begeleiding gericht op gezonde voeding, -gewoontes en -bewegen. Deze interventie, die 2 jaar duurt, omvat zowel groepsbijeenkomsten als individuele contacten. Het aantal groepsbijeenkomsten varieert per programma, met een gemiddelde van 12 bijeenkomsten.

De GLI wordt vergoed vanuit de basisverzekering en valt buiten het eigen risico van de patiënt. De interventie is bedoeld voor volwassenen vanaf 18 jaar met een matig tot sterk verhoogd gezondheidsrisico gerelateerd aan gewicht. De doelgroepen zijn:

- Volwassenen met een BMI tussen 25 en 35 met een vergrote buikomvang (≥ 88 cm voor vrouwen; ≥ 102 cm voor mannen)
- Volwassenen met een BMI tussen 25 en 35 én een of meer ziekten die met overgewicht samenhangen (HVZ/DM2/slaapapneu/artrose)
- Volwassenen met een BMI vanaf 35

Voor uitgebreide informatie en voor het actuele aanbod van GLI-aanbieders kijk op onze website op de pagina [Gecombineerde Leefstijl Interventie \(GLI\)](#). Met ons stroomdiagram kunt u gemakkelijk kiezen welke GLI-traject het beste bij uw patiënt past op de pagina [Interventies en beweegprogramma's - Hadoks B.V.](#)

Overige samenwerkingspartners

Verwijzen naar een buurtsportcoach

In meerdere stadsdelen kunnen volwassenen en senioren terecht bij de buurtsportcoach. De buurtsportcoach kan de patiënt begeleiden naar passend en betaalbaar beweegaanbod in de wijk naar aanvang van een gratis individueel gesprek. Een overzicht van de huidige buurtsportcoaches vindt u [hier](#).

Verwijzen naar een wandelgroep

Vanuit de Bas van De Goor Foundation worden in de regio wandelgroepen georganiseerd voor patiënten met diabetes of pre-diabetes. Bekijk [hier](#) een overzicht van de actuele wandelgroepen in de regio.

Beweegadvies bij een fysiotherapeut / beweegcoach

- Patiënten die niet voldoen aan de Nederlandse norm Gezond Bewegen en dit drie maanden na het advies van de praktijkondersteuner nog niet hebben opgepakt
- Patiënten waarbij dusdanig beperkende voorwaarden zijn dat niet verwacht kan worden dat de patiënt kan voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, maar waarbij wel een verbetering van de beweegactiviteit in- en/of buiten huis nodig en mogelijk is
- Patiënten met hartfalen in de postrevalidatiefase waarbij (levenslange) training noodzakelijk is en/of waarbij de verwachting is dat de patiënt snel zal vervallen in een inactieve leefstijl

Contra-indicaties voor fysiotherapie

- Acute ziekten
- Hemodynamisch ernstige aortastenose of mitralisklepstenose
- Hartklepinsufficiëntie die een indicatie vormt voor chirurgie
- Een recente longembolie (< drie maanden geleden) die hemodynamisch zwaar belastend is
- Hartinfarct in de drie weken voorafgaand aan de training
- Boezemfibrilleren met een hoge kamerrespons in rust (> 100 per minuut)
- Ernstige cognitieve stoornissen (geheugen, aandacht en concentratie)

8. Medicamenteuze behandeling

De medicatie bij stabiele hartpatiënten wordt ingesteld door de cardioloog. Zie ook de [NHG-richtlijn Hartfalen](#) voor de medicamenteuze behandeling.

Bij zeer fragiele oudere hartfalenpatiënten en bij patiënten met terminaal hartfalen wordt een individueel medicamenteus beleid gevoerd (eventueel in overleg met de cardioloog).

Consultatie

Praktijkondersteuner en huisarts kunnen via VIPLive het kwaliteitsteam CVRM (kaderhuisarts CVRM en gespecialiseerd verpleegkundige CVRM) om advies vragen. De vraag zal binnen 5 werkdagen worden beantwoord, er zijn geen kosten aan verbonden. De behandelend huisarts blijft eindverantwoordelijk voor het beleid.

- Formuleer de hulpvraag kort, bondig en concreet.
- Controleer of het medicatiegebruik in de medicatielijst klopt.
- Beschrijf beknopt de compliance (medicatie-inname), leefstijl en overige bijzonderheden.
- Stuur altijd de medische gegevens, episodes, medicatie en uitslagen mee.

9. Kwaliteitsindicatoren

Procesindicatoren		
Indicator	Toelichting	Doel
Aantal patiënten met diagnose Hartfalen (HF) (ICPC K77) Percentage patiënten met HF en hoofdbehandelaar huisarts Percentage patiënten met HF en hoofdbehandelaar specialist	Inclusie middels dossieronderzoek bij start implementatie. Looptijd minimaal 2 jaar	Substitutie van 2 ^e naar 1 ^e lijn
<i>Procesindicatoren bij patiënten met hoofdbehandelaar huisarts</i>		
Aantal patiënten met HF met ACE/ARB		Optimale medicatie bij systolisch HF
Aantal patiënten met HF met β blokker	Controle hartfrequentie	Optimale medicatie bij systolisch HF
Aantal patiënten met HF bij wie de bloeddruk in de afgelopen 12 maanden is bepaald		Optimaal zorgproces in de 1 ^e lijn conform zorgprogramma
Aantal patiënten met HF waarvan het rookgedrag bekend is		Optimaal zorgproces in de 1 ^e lijn conform zorgprogramma
Aantal patiënten met HF bij wie het gewicht is bepaald in de afgelopen 12 maanden		Optimaal zorgproces in de 1 ^e lijn conform zorgprogramma
Aantal patiënten met HF waarbij de eGFR is bepaald in de afgelopen 12 maanden		Optimaal zorgproces in de 1 ^e lijn conform zorgprogramma
Aantal patiënten met HF waarbij de NYHA-klasse is bepaald		Optimaal zorgproces in de 1 ^e lijn conform zorgprogramma

10. Declaratie

Een patiënt komt in aanmerking voor declaratie wanneer deze via het Hadoks chronische zorg protocol is geregistreerd volgens de juiste inclusiecriteria zie paragraaf 3. Alle patiënten die voldoen aan de gestelde criteria, kunnen bij aanvang van het kwartaal ingediend worden door de huisarts via het bundeloverzicht binnen VIPLive.

Tot slot

Hadoks Kennis Break

Hadoks organiseert een aantal keren per jaar een Kennis Break in het kader van CVRM en/of hartfalen. Mocht u nog geen uitnodigingen ontvangen voor de Hadoks kennislunch stuur een mail naar academie@hadoks.nl om u aan te melden.

Coaching on the job of het geven van scholing

De CVRM verpleegkundige en/of praktijkadviseur huisartsenzorg kunnen op de praktijk langskomen voor inhoudelijke ondersteuning, casuïstiekbespreking of het geven van scholing. Stuur een mail naar chronischezorg@hadoks.nl voor meer informatie.