

Samenwerkingsafspraken en kwaliteitscriteria bij invoeren telebegeleiding bij hartfalen in Nederland

Definitief consensusdocument (versie 24 mei 2016)

Inhoudsopgave

Inleiding	2
1. Wat wordt verstaan onder telebegeleiding bij hartfalen?	4
2. Waar moet een telebegeleidingssysteem aan voldoen en welke functionaliteiten moeten er minimaal beschikbaar zijn?	4
3. Wanneer beschouwen we de introductie van telebegeleiding als een succes en wanneer niet?	5
4. Wie komt er in aanmerking voor telebegeleiding?	6
5. Hoe past telebegeleiding in de organisatie van hartfalenzorg?	6
6. Hoe komen wij op een wetenschappelijk verantwoorde wijze tot het creëren van bewijs omtrent de werkzaamheid en kosteneffectiviteit van telebegeleiding?	6
7. Op welke manier wordt telebegeleiding gefinancierd, nu en in de toekomst?	7
Literatuur	8
Bijlage 1: deelnemers	9

Inleiding

De verwachting is dat het aantal patiënten met hartfalen in Nederland tot 2040 zal toenemen. De kwaliteit van leven kan door de symptomen van hartfalen sterk verminderen. Effectieve behandeling, begeleiding en monitoring kunnen de klachten verlichten en hanteerbaar maken. De patiënt heeft hierin een belangrijke rol door zijn eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot het inpassen van leefregels in zijn leven en het vroegtijdig signaleren van symptomen van verslechtering van hartfalen en hier acties op ondernemen; van contact opnemen met zorgprofessionals tot het innemen van extra (lis)diuretica, conform afspraken met de zorgprofessionals. Het belang van het optimaliseren van de kennis van patiënten en diens mantelzorgers over hartfalen gerelateerde onderwerpen is hierbij evident.

Om optimale hartfalenzorg in Nederland te kunnen bieden is de Landelijke Transmurale Afspraak Hartfalen (LTA)² ontwikkeld. De LTA gaat uit van de tweede herziene NHG-Standaard hartfalen⁶, de multidisciplinaire richtlijn hartfalen⁵ uit 2010 en de richtlijnen van de European Society of Cardiology (ESC).⁴ Voor de afspraken met betrekking tot de organisatie van de hartfalenzorg is gebruik gemaakt van de 'Standards for delivering heartfailure care'³ van de werkgroep hartfalen van de ESC. Het doel van deze LTA is om een landelijk kader te bieden voor regionale afspraken tussen betrokken zorgprofessionals en zorggebruikers omtrent de organisatie van hartfalenzorg.

Telebegeleiding is opgenomen in de nationale en internationale richtlijnen. Echter, in de richtlijnen staat dat er te weinig evidentie is voor een duidelijk advies over het gebruik van telebegeleiding. Redenen hiervoor zijn de wisselende uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot de effecten van telebegeleiding op onder meer de gezondheidsstatus en patiënttevredenheid.^{1,8} Op dit moment is de kosteneffectiviteit van telebegeleiding in Nederland nog onvoldoende bewezen. Een door zorgverzekeraars gesubsidieerde studie met zes Nederlandse ziekenhuizen laat zien dat telebegeleiding kan leiden tot een forse reductie van het aantal exacerbaties en een zeer hoge patiënttevredenheid.⁹ De opinie bij beroepsgroep en zorgverzekeraars is dat de inzet van telebegeleiding kan werken, maar dat het momenteel nog onduidelijk is welke patiëntgroep het meeste baat heeft bij welke vorm van telebegeleiding. Een belangrijke andere belemmering is de huidige beperkte structurele vergoeding welke voor telebegeleiding beschikbaar is. Voor patiënten met hartfalen zijn er diverse vormen van telebegeleiding ontwikkeld; deze voorzien in het op afstand monitoren van voor de individuele patiënt relevante fysiologische parameters en symptomen van hartfalen (telemonitoring) en/of relevante leefstijlparameters en informatieverstrekking (tele-educatie). Hiermee krijgen patiënten met hartfalen de middelen aangereikt om het breed gedragen concept van zelfmanagement te vergroten.

Het doel van onderhavig document is om met de beroepsgroep, onderzoekers, patiënten en zorgverzekeraars *algemene kaders* te ontwikkelen voor telebegeleiding bij hartfalen in Nederland, zodat deze vorm van ondersteuning op een veilige, maatschappelijk en wetenschappelijk verantwoorde manier geïntroduceerd kan worden in de behandeling van patiënten met hartfalen in Nederland. De exacte invulling van de transmurale samenwerkingsafspraken en de financiering van de hartfalenzorg, tevens met betrekking tot telebegeleiding, liggen bij de zorginstellingen, huisartsen en zorgverzekeraars in de regio. Zij zullen dus ook afspraken moeten maken over de rol van telebegeleiding en omtrent de keuze voor een systeem, leverancier en vergoedingsstructuur.

Afkortingen

ACEi	Angiotensin-Converting-Enzyme inhibitor
ARB	Angiotensin Receptor Blokkers
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
HIS	Huisarts Informatie Systeem
KIS	Keten informatiesysteem
MRA	Mineralocorticoid Receptor Antagonist
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NVVC	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
NYHA	New York Heart Association
PGD	Persoonlijk Gezondheidsdossier
PROM's	Patient Reported Outcome Measures
RTA	Regionale Transmurale Afspraak
ZIS	Ziekenhuis informatiesysteem

Kaders

Met dit werkdocument worden kaders gesteld aan de hand van de volgende vragen:

1. Wat wordt verstaan onder telebegeleiding bij hartfalen?
2. Waar moet een telebegeleidingssysteem aan voldoen en welke functionaliteiten moeten er minimaal beschikbaar zijn?
3. Wanneer beschouwen we de introductie van telebegeleiding als een succes en wanneer niet?
4. Wie komt er in aanmerking voor telebegeleiding?
5. Hoe past telebegeleiding in de organisatie van hartfalenzorg?
6. Hoe komen wij op een wetenschappelijk verantwoorde wijze tot het creëren van bewijs omtrent de werkzaamheid en kosteneffectiviteit van telebegeleiding?
7. Op welke manier wordt telebegeleiding gefinancierd, nu en in de toekomst?

1. Wat wordt verstaan onder telebegeleiding bij hartfalen?

Telebegeleiding is de overkoepelende term voor telemonitoring en tele-educatie.

Telemonitoring betekent letterlijk het op afstand (tele) volgen en begeleiden van patiënten (monitoring). Telemonitoring wordt ingezet om patiënten (en hun mantelzorgers) en zorgverleners te ondersteunen in de behandeling van hartfalen door - voor de individuele patiënt - relevante vitale parameters en symptomen van hartfalen te monitoren. Onder tele-educatie wordt verstaan: een dienst waarbij de gebruiker op afstand, bijvoorbeeld via televisie of internet, onderwijs kan volgen. Deze educatie kan op verschillende manieren worden gegeven: informatievoorziening via een digitaal platform, lotgenotencontact in een regionale (digitale) gemeenschap, gamificatie e.d.

2. Waar moet een telebegeleidingssysteem aan voldoen en welke functionaliteiten moeten er minimaal beschikbaar zijn?

Modulaire opbouw (telemonitoring, tele-educatie)

Een systeem dient altijd te beschikken over telemonitoring-faciliteiten. Tele-educatie en tele-informatievoorziening dienen aangeboden te worden aan alle patiënten met hartfalen via een digitaal platform. Een telebegeleidingssysteem dient modulair opgebouwd te zijn, zodat de diverse modules ingezet worden naar gelang de situatie van de patiënt. Patiënten, hun mantelzorgers en zorgverleners kiezen die onderdelen van telebegeleiding die het beste bij hun situatie passen. Afhankelijk van de ernst van hartfalen wordt de intensiteit van op afstand monitoren van fysiologische parameters en symptomen van hartfalen toegepast

Monitoren van symptomen van hartfalen en fysiologische parameters

De fysiologische parameters die minimaal geobserveerd moeten worden, zijn gewicht, bloeddruk en hartfrequentie. Daarnaast moeten subjectieve klachten van de patiënt, behorend bij hartfalen, gemonitord worden. De belangrijkste subjectieve klacht die gemonitord moet worden is kortademigheid.

Data automatisch inlezen

Het is geen bindende voorwaarde dat de data automatisch wordt doorgezonden naar het systeem; het is eveneens mogelijk dat de patiënt de waarden zelf meet, bijvoorbeeld via een eigen bloeddrukmeter of weegschaal, en deze zelf in het systeem invult of doorbelt. Echter, om de kans op subjectieve invloeden te minimaliseren heeft het de voorkeur om gebruik te maken van automatisch gekoppelde apparatuur.

Instructie

De patiënt wordt voorafgaand aan het starten met de telebegeleiding zorgvuldig geïnstrueerd in gebruik.

Inzien gegevens

De patiënt heeft de regie over wie zijn gegevens kan inzien en kan deze zelf ook altijd inzien. Het streven is dat patiënten desgewenst zelf aanvullende informatie kunnen toevoegen.

Individueel instellen van bandbreedtes

De bandbreedtes, ofwel de onder- en bovengrenzen, van fysiologische parameters zoals bloeddruk, gewicht, hartfrequentie en symptomen van hartfalen, moeten per individuele patiënt ingesteld kunnen worden.

Open systeem

Telebegeleidingssystemen moeten uiteindelijk open systemen zijn; hieraan kunnen in de toekomst bijvoorbeeld modulair (para)meters, meetapparatuur en data van andere systemen gekoppeld worden. Verder kan het systeem data uitwisselen met HIS, ZIS, KIS, PGD en andere in de zorg ingezette informatiesystemen.

Wanneer een patiënt verwezen wordt van tweede naar eerste lijn en vice versa, verhuist het systeem waar nodig mee en blijft de patiënt hetzelfde systeem gebruiken. Gezien de mogelijke verschuiving van de patiënt door de lijnen heen is het van belang dat het ingezette telebegeleidingssysteem compatibel zijn met de lokaal gebruikte informatiesystemen.

Videocommunicatie

Geadviseerd wordt om communicatie tussen patiënten en zorgverleners, door middel van een videotoevoeging, in het systeem mogelijk te maken.

In de toekomst

Zoals bij punt 6 wordt aangegeven moeten, voordat telebegeleiding op grote schaal wordt ingevoerd in Nederland, de gunstige effecten op wetenschappelijke wijze zijn bewezen. Het streven moet zijn om de patiënten flexibel te kunnen monitoren, afhankelijk van ernst en stabiliteit van de ziekte. Naast dat het systeem de data rechtstreeks beschikbaar maakt voor de behandelaar en de patiënt, is het zaak dat het systeem de behandelaar en patiënt kan voorzien van feedback. Om een groei aan systemen voor de behandelaar te vermijden is het streven om op termijn te komen tot optimale integratie van informatiestromen, waarin de data uit het telebegeleidingssysteem actief beschikbaar wordt in het desbetreffende informatiesysteem van de betrokken behandelaar (respectievelijk HIS, ZIS, KIS, EPD, PGD, etc.).

3. Wanneer beschouwen we de introductie van telebegeleiding als een succes en wanneer niet?

We beschouwen de introductie van telebegeleiding als een succes wanneer de Patient Reported Outcome Measures (PROM's) zijn verbeterd én het aantal ziekenhuisopnames voor verergering van hartfalen, de sterfte ten gevolge van hartfalen of andere hart- en vaatziekten, de veiligheid en kosten tenminste gelijk zijn in vergelijking met de hartfalenzorg conform LTA hartfalen zonder telebegeleiding. Ook wordt de introductie van telebegeleiding als een succes beschouwd wanneer de kosteneffectiviteit van hartfalenzorg beter is in de groep met telebegeleiding én PROM's, het aantal ziekenhuisopnames voor verergering van hartfalen, de sterfte ten gevolge van hartfalen en veiligheid hetzelfde blijven of verbeteren. De volgende PROM's zijn hierbij van belang: symptomen van hartfalen, gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven, tevredenheid met de hartfalenzorg, zelfmanagement.

4. Wie komt er in aanmerking voor telebegeleiding?

Alle patiënten met hartfalen in Nederland moeten de mogelijkheid krijgen om te kiezen voor een vorm van telebegeleiding, indien ze daarvoor in aanmerking komen.

Patiënten met hartfalen die in aanmerking komen voor telemonitoring zijn:

- Patiënten met recent gediagnosticeerd hartfalen
- Patiënten na (her)opname voor exacerbatie hartfalen
- Patiënten met exacerbatie hartfalen waarvoor wijzigingen in medicatie (lisdiuretica, MRA, thiazidediuretica)
- Patiënten nog niet ingesteld volgens de ESC richtlijn op hartfalen medicatie (ACEi, ARB, bètablokker, MRA)
- Angstige en/of onzekere patiënten met symptomen van hartfalen (dus geen NYHA klasse I)
- Patiënten die hulp nodig hebben bij het vroegtijdig signaleren van symptomen van verergering van hartfalen

Het is van belang dat de patiënt de keuze heeft om al dan niet gebruik te maken van de telebegeleidingsfaciliteiten, omdat er een belangrijke eindverantwoordelijkheid bij de patiënt ligt. Hoewel de telebegeleiding centraal zal worden georganiseerd (zie beneden) is het in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de patiënt bij verslechtering van zijn conditie of gewaarschuwd door het systeem van telebegeleiding met zijn zorgverlener contact op te nemen.

5. Hoe past telebegeleiding in de organisatie van hartfalenzorg?

Om te kunnen starten met telebegeleiding moet het een integraal onderdeel worden van het zorgpad hartfalen en ingebed worden in de organisatie van de regionale hartfalenzorg. In de regio dienen, binnen de RTA hartfalen, afspraken gemaakt te worden over de rol van telebegeleiding in het transmurale zorgpad hartfalen.

Dit betekent dat telebegeleiding ingebed moet zijn in het zorgpad hartfalen, waarvan de hartfalenpolikliniek en de huisartsenpraktijk onderdeel zijn.

6. Hoe komen wij op een wetenschappelijk verantwoorde wijze tot het creëren van bewijs omtrent de werkzaamheid en kosteneffectiviteit van telebegeleiding?

Door wetenschappelijk onderzoek te verrichten waarbij de zorg met een geïmplementeerd transmuraal zorgpad hartfalen conform LTA hartfalen *zonder* telebegeleiding vergeleken wordt met het transmuraal zorgpad hartfalen *met* telebegeleiding. Bij deze vergelijking worden de effecten van telebegeleiding onderzocht voor patiënt en maatschappij en bij welke patiënten welke aspecten van telebegeleiding het meest effectief zijn. Daarbij zullen de effecten van telebegeleiding op verschillende eindpunten worden gemeten; bijvoorbeeld PROM's (genoemd bij punt 3), consumptie van zorg (zowel bij huisarts als bij hartfalen(poli)kliniek), veiligheid (complicaties) en ziekenhuisopnames wegens en sterfte door hartfalen en andere hart- en vaatziekten. Tevens zullen de economische impact en de kosteneffectiviteit worden bepaald. Voor bovenstaand onderzoek

wordt een separaat protocol ontwikkeld. De indicatoren die bij het onderzoek gebruikt worden zijn conform de in ontwikkeling zijnde minimale indicatorensets hartfalen voor cardioloog en huisartsen. Deze sets worden ontwikkeld door NVVC Connect hartfalen en Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Tevens wordt gebruik gemaakt van de PROM's ontwikkeld door het Nivel en Stichting Miletus, in samenwerking met de Hart & Vaatgroep.

7. Op welke manier wordt telebegeleiding gefinancierd, nu en in de toekomst?

Momenteel wordt telebegeleiding ingezet bovenop de reguliere zorg en vergoed door middel van een toeslag op de DBC hartfalen in de tweede lijn, in pilots via projectbudgettering en door ziekenhuizen die zelf investeren. Ondanks het typisch transmurale aspect van de hartfalenzorg, liggen in deze beginfase de kosten voor telebegeleidingfaciliteiten bij het ziekenhuis. Dit zorgt voor een spanningsveld aangezien de inzet van telebegeleiding ook zorgt voor een vermindering van omzet voor het ziekenhuis, doordat telebegeleiding gefinancierd moet worden uit de DBC hartfalen. Zie voor de huidige financieringsmogelijkheden www.zorgvoorinnoveren.nl/kennisbank/e-health-financiering/

Een toekomstperspectief is dat telebegeleiding een integraal onderdeel uitmaakt van de bekostiging van de hartfalen(keten)zorg, waarin het gehele traject wordt gefinancierd, onafhankelijk van waar in de lijn de patiënt zich bevindt. De zorgverzekeraar heeft de mogelijkheid om minimale eisen te stellen aan de organisatie van zorg en de telebegeleidingfaciliteiten om zo de inkoop vorm te geven. De exacte invulling van de transmurale samenwerkingsafspraken liggen bij de zorginstellingen, huisartsen en zorgverzekeraars in de regio en zij zullen dus ook afspraken moeten maken over de rol van telebegeleiding en omtrent de keuze voor een systeem en leverancier.

Literatuur

1. Anker SD et al. Telemedicine and remote management of patients with heart failure. *Lancet* 2011; 378:731-39.
2. Landelijke Transmurale Afspraak hartfalen 2015. Beschikbaar via:
www.nvvc.nl/media/richtlijn/185/20151026%20LTA%20Hartfalen%20DEF.pdf
3. McDonagh TA, Blue L, Clark AL, et al. European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care. *Eur J Heart Fail* 2011;13:235-41
4. McMurray JJ, et al. ESC Committee for Practice Guidelines. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2012 Jul;33(14):1787-847.
5. Multidisciplinaire richtlijn Hartfalen, 2010. Beschikbaar via:
www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/hartfalen.pdf
6. NHG-standaard Hartfalen, 2010 (Tweede herziening). Beschikbaar via:
www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-hartfalen
7. Veenstra W, et al. Clinical effects of an optimised care program with telehealth in heart failure patients in a community hospital in the Netherlands. *Neth Heart J*. 2015 May 7. [Epub ahead of print]
8. de Vries AE, et al. The value of INnovative ICT guided disease management combined with Telemonitoring in OUtpatient clinics for Chronic Heart failure patients. Design and methodology of the IN TOUCH study: a multicenter randomised trial. *BMC Health Serv Res* 2011;11:167.
9. Het pad naar duurzame hartfalenzorg. Een praktijkonderzoek naar optimalisatie van het zorgpad chronisch hartfalen met de inzet van telemonitoring. November 2014. Beschikbaar via:
http://nieuws.achmea.nl/download/81234/20141114rapporteffectievecardio_ eenpraktijkonderzoeknaaroptimalisatievanhetzorgpadchronischhartfalen.pdf.

Bijlage 1: deelnemers

Samenstelling werkgroep (in alfabetische volgorde):

- prof. dr. F.W. Asselbergs, cardioloog, UMC Utrecht (NVVC)*
- drs. F. Baars, projectmanager zorginnovatie, UMC Utrecht*
- dr. J.J.J. Boyne, verpleegkundig specialist hartfalen, Maastricht UMC+
- drs. I. van den Broek, beleidsadviseur, De Hart&Vaatgroep (DH&V)
- drs. M. Brons, verplegingswetenschapper cardiologie, UMC Utrecht (NVHVV)*
- prof. dr. H.P. Brunner-La Rocca, cardioloog, Maastricht UMC+ (NVVC)
- dr. B.P. Geerdes, senior medisch adviseur Zilveren Kruis, divisie Zorg & Gezondheid**
- prof. dr. A.W. Hoes, klinisch epidemioloog/voorzitter Julius Centrum, UMC Utrecht
- drs. P.M.J.F. Huijbers, kaderhuisarts Hart & Vaatziekten (HartVaatHAG)
- dr. M.J. Nagelsmit, cardioloog, Treant Zorggroep, locatie Scheper Ziekenhuis Emmen
- drs. J.G. Nagtegaal, programmamanager zorginnovatie, Innovatie & Advies CZ**
- drs. P.E.J. van Pol, cardioloog, Alrijne Ziekenhuis, locatie Leiderdorp (NVVC, Connect Hartfalen)
- drs. C.C.A.G. Verstappen, verpleegkundig specialist hartfalen, Catharina Ziekenhuis

* Deze personen maken deel uit van de schrijfgroep van het document ‘telebegeleiding bij hartfalen’.

** Vertegenwoordiging namens Zilveren Kruis, CZ, VGZ en Menzis.

Geraadpleegde verenigingen:

- DH&V
- HartVaatHAG
- NHG***
- NVHVV
- NVVC

Lijst gebruikte afkortingen:

DH&V:	De Hart&Vaatgroep
HartVaatHAG:	De Hart- en Vaatziekten Huisartsen Advies Groep
NHG:	Nederlands Huisartsen Genootschap
NVHVV:	Nederlandse Vereniging voor Hart en Vaat Verpleegkundigen
NVVC:	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie

*** Het NHG heeft het document niet op inhoud geaccordeerd. Echter, het NHG geeft aan geen bezwaar te hebben tegen de opgestelde samenwerkingsafspraken en kwaliteitscriteria.