HeartsConnect: hybride symposium 21 mei 2026

Aanwezig:

In Lier: Annemie Peeters (WGK Turnhout), Miek Smeets (huisarts, UAntwerpen), Becky Noyens (apotheker, Thomas More), Soraya Ahouari (hartfalenverpleegkundige, ZAS), Azzedine Hamdaoui (patiënt), Karolien Baldewijns (Thomas More), Hilde Vandenhoudt (Thomas More)

Online: Jan Vercammen (hartfalenverpleegkundige, ZOL Genk), Jan Kennes (hartfalenverpleegkundige, UZ Leuven), Jeroen Ooms (patiënt), Noortje Polet (Apotheia), Virginie Huys (innovatiemanager AZ Groeningen), Joke Verhaeghe (hartfalenverpleegkundige, AZ Groeninge), David Derthoo (cardioloog, AZ Groeninge), Sylvie Vandebosch (WGK Limburg chronische zorg)

Agenda:

- Kort kennismakingsrondje
- Update activiteiten Lerend Netwerk
- Getuigenis door Azzeddine Hamdaoui, hartfalenpatiënt
- Telemonitoring in de praktijk vanuit verschillende perspectieven
  Groepsdiscussie
- Resultaten recent hartfalenonderzoek
- Feedbackronde

Samenvatting:

Het symposium begon met een korte verwelkoming en situering van het thema telemonitoring binnen HeartsConnect. Vervolgens werden enkele updates over het lerend netwerk en lopende initiatieven gedeeld. Een ervaringsdeskundige deelde daarna zijn persoonlijk getuigenis, van diagnose tot leven met LVAD en de hindernissen op zijn pad. Het kernonderdeel van het programma bestond uit het delen van praktijkervaring met niet-invasieve telemonitoring vanuit verschillende perspectieven (ziekenhuis, thuiszorg, patiënt). Tot slot was er een groepsdiscussie waarin deelnemers vrij ervaringen en feedback konden uitwisselen. Afsluitend werden de belangrijkste conclusies en toekomstige aandachtspunten samengevat.

1. **Update lerend netwerk en lopende initiatieven**

Als eerste werden de recente ontwikkelingen binnen het HeartsConnect-lerend netwerk toegelicht. Enkele belangrijke initiatieven stonden in de kijker:

- **VIHP-navorming:** Miek lichtte toe dat een driedaagse training voor eerstelijnsverpleegkundigen over hartfalen (VIHP: verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk) met 15–20 deelnemers per editie concrete praktijkprotocollen oplevert en leidt tot implementatie van hartfalenmanagement; een intervisiemoment wordt als volgende stap gepland om impact en best practices te evalueren.

- **Artikel 56 RIZIV:** HeartsConnect wil een voorstel indienen bij het RIZIV ter financiering van hartfaleneducatie (in de eerstelijn en het ziekenhuis) gekoppeld aan de opleidingen die hiervoor kunnen gevolgd worden (vergelijkbaar met diabeteseducatie). Een eerste overleg met het RIZIV vond hierover al plaats.
- **Patiëntinformatie:** HeartsConnect werkt aan het verbeteren van **patiëntgericht educatiemateriaal** over hartfalen door de online tekst op de website van het multidisciplinaire zorgpad te vereenvoudigen en feedback te vragen van patiënten en mantelzorgers. Deze materialen moeten patiënten en mantelzorgers beter informeren over hun ziektebeeld en hoe kwaliteitsvol te leven met hartfalen. De eerste inhoudelijke feedback is positief, begrijpelijk en bruikbaar. Men vraagt zich wel af hoe de website breder bekend kan gemaakt worden zodat (pas gediagnosticeerde) patiënten en hun familie makkelijk toegang tot deze concrete informatie vinden. Actie is dus meer promotie en eventueel een papieren alternatief.
- **HART-project (Hartfalen Apothekers in een Regionaal buurtTeam):** waarbij de rol van de apotheker binnen hartfalenzorg wordt onderzocht en versterkt. Het project wil onder meer de samenwerking tussen de tweede en eerste lijn in het hartfalentraject verbeteren. Becky presenteerde nieuwe patiëntfiches, snelgidsen en begeleidingsfiches voor eerste uitgifte van medicatie. De opleiding voor apothekers wordt in september gelanceerd en gekoppeld aan drie masterproeven voor evaluatie en implementatie. Er verschenen ook 2 artikels in Capsule, het maandblad van Apotheia en het werd voorgesteld op de ICIC-conferentie.
- **Evaluatie opleiding tot hartfaleneducator:** 13 verpleegkundigen namen deel; de voor- en nameting toonde een significantie kennisverbetering over hartfaleneducatieprincipes. Men ervaarde de opleiding als empowerend; aanbeveling is aanpassing van opleidingsvorm (o.a. e-learning) en versterking van praktijkrelevantie.

2. Patiëntgetuigenis: het perspectief van de hartfalenpatiënt

Eén van de hoogtepunten van de bijeenkomst was de persoonlijke **getuigenis van Azzedine** (51 jaar). Als ervaringsdeskundige deelde hij openhartig de dagelijkse realiteit van leven met hartfalen, de psychische impact en de complexe behandeling. Zijn diagnose hartfalen kwam geheel onverwachts als veertiger. De communicatie met huisarts en specialisten verliep in het begin moeizaam. Zijn toestand verslechterde snel. Na 2 jaar stond hij voor de keuze van een harttransplantatie. Dankzij de aanmoediging van een andere patiënt liet hij zich overhalen. Na het doorlopen van alle onderzoeken liet zijn gezondheidstoestand die operatie echter niet meer toe. Sindsdien loopt hij rond met een LVAD. Zijn vertrouwen in de zorg heeft een grote deuk gekregen maar de samenwerking met de hartfalenverpleegkundige en de hartfalenspecialist verloopt nu wel vlot. Leven met LVAD komt met veel ongemakken, zoals open wonden, fistels, huiduitslag, en beperkt de levenskwaliteit. Gelukkig zijn er nu tekens dat het hart van Azzedine zich hersteld heeft (dit zou bij 1-3% van de patiënten voorkomen), al durft hij er niet op te hopen dat hij de LVAD niet langer nodig heeft.

Telemonitoring geeft Azzedine een gevoel van veiligheid en gemoedsrust: door de dagelijkse opvolging via telemonitoring weet hij dat eventuele alarmsignalen bij verslechtering meteen worden opgemerkt. Dit geeft vertrouwen dat er tijdig kan worden ingegrepen en vermindert de angst voor plotse achteruitgang. Daarnaast onderstreepte Azzedine hoe belangrijk persoonlijk contact blijft: hoewel de technologie helpt om medische parameters op te volgen, is het menselijk aspect – zoals een luisterend oor van de verpleegkundige of cardioloog – onmisbaar als emotionele steun. Hij gaf ook aan dat initiale drempels met technologie overwonnen konden worden dankzij duidelijke uitleg en behulpzame begeleiding.

Conclusie: betere communicatie, informatievoorziening en vertrouwen zijn cruciaal; zorgverleners moeten beter luisteren naar de noden van hun patiënten.

3. Telemonitoring in de praktijk: verschillende perspectieven

Verschillende sprekers presenteerden hoe telemonitoring wordt toegepast in de praktijk, elk vanuit een **eigen perspectief**:

- **Huisartsperspectief:** Miek leidde het thema in door de RIZIV-voorwaarden voor terugbetaling van niet-invasieve monitoring (sinds 1 jan 2025) samen te vatten: de opstart gebeurt vanuit een gespecialiseerd hartfalencentrum en parameters worden maximaal 6 maanden lang gemonitord. Momenteel zijn er 50 erkende centra in België voor dit traject. Volgens de conventie moet het centrum de huisarts op de hoogte brengen bij inclusie van hun patiënt. Daar lijkt het in de praktijk echter mis te lopen. De

meeste huisartsen zijn niet op de hoogte van het opstarten van een telemonitoring-traject. Dit komt mogelijks omdat er enkel melding van gemaakt wordt in de Hub (COZO of NexuzHealth) en dit niet automatisch in de eHealthbox van de arts en het patiëntendossier komt. Zo loopt de communicatie voor een vlotte transitie naar de eerstelijn mis, en kan de huisarts zijn taken in het traject niet opnemen. Dit is een gemiste opportuniteit om de samenwerking te verbeteren.

- **Ziekenhuisperspectief:**
    - **ZOL Genk** door Jan Vercammen; ze werken met Fibricheck en PAPsensoren (drukmeting in de slagader van de longen); tot nu toe enkel 11 inclusies voor Fibricheck en 34 voor PAP; belangrijkste redenen voor exclusie zijn: niet over een smartphone beschikken, geen bloeddrukmeter en weegschaal, geen ondersteuning bij ingeven van parameters; Jan doet een oproep om inzet te verhogen voor erkenning van de rol van hartfalenverpleegkundigen.
    - **ZAS** door Soraya Ahouari; inclusie telemonitoring op 3 campussen; tot nu toe 71 inclusies en 80 exclusies. Belangrijkste redenen voor exclusie zijn: geen indicatie, geen interesse, geen smartphone en geen digitale vaardigheden. De voordelen van telemonitoring die nu al duidelijk naar voor komen zijn: verbinding, verhoogde therapietrouw, patiënt empowerment, geruststelling; daling rehospitalisaties voor hartdecompensatie. Het verbetert de communicatie met de eerstelijn jammer genoeg niet, dat blijft eenrichtingsverkeer (men heeft geen idee of huisartsen op de hoogte zijn).
    - **AZ Groeninge** door Joke Verhaeghe; men gebruikt 2 systemen: Mynexuz (werkt technisch goed en financieel voordeliger; hier heb je digitale vaardigheden voor nodig) en Byteflies (geen smartphone nodig; werkt technisch minder goed en is duurder). De opvolging gebeurt door power BI/ Well@home. De huisarts wordt verwittigd via de Hub, de thuisverpleegkundige ook indien nodig. In 2025: 73 inclusies; in 2026 tot nu toe: 39; momenteel 45 actief, waarvan meerderheid (27) met Byteflies.
- **Thuiszorgperspectief:** door Annemie Peeters van WGK Antwerpen
    - Samenwerking tussen WGK Antwerpen (zorgcentrale en verpleegkundige afdelingen), AZ Turnhout en AZ Herentals. De opvolging gebeurt sinds 7/2025 via de Remecare-app. De zorgcentrale volgt binnen de app de parameters op na ontslag. Bij ontbrekende waarden neemt de zorgcentrale contact op met de patiënt. Afwijkende parameters worden door het ziekenhuis geëvalueerd. Een hartfaleneducator van het Wit-Gele Kruis komt binnen 3 dagen na ziekenhuisontslag op huisbezoek, om de educatie die in het ziekenhuis werd gegeven verder op te pikken. Tot nu toe 148 inclusies; 98 kregen huisbezoek; 93 geven zelf parameters in. Bij 22 patiënten geeft de thuisverpleegkundige de parameters in; voor 33 patiënten gebeurt de opvolging dagelijks via de zorgcentrale. Voordeel: zeer inclusief, leeftijd of gebrek aan smartphone is geen belet.

- **Patiëntenperspectief:**
    - Jeroen lichtte uitvoerig toe hoe hij de Cardio2U app van het UZA gebruikt aan de hand van screenshots van de app. Zijn ervaring is zeer positief. Hij krijgt een telefoontje van de hartfalenverpleegkundige als zijn parameters niet OK zijn. Hij leert ook veel bij door het educatieve gedeelte, over de aandoening en het belang van zelfzorg bijvoorbeeld; hij heeft een vaste routine voor het meten van zijn parameters en het nemen van zijn medicatie. Als hij vragen heeft kan hij die via de app ook stellen. Telemonitoring geeft hem meer zelfvertrouwen en verhoogt de betrokkenheid van de patiënt.

Samenvattend: de ziekenhuisteams gaven aan dat telemonitoring helpt om vroegtijdig verslechtering bij patiënten te signaleren en ziekenhuisopnames te voorkomen. Ze benadrukten echter dat telemonitoring geen vervanging is voor fysieke opvolgconsulten; het is een aanvulling die continuïteit van zorg verbetert. Een aandachtspunt is de integratie van telemonitoringgegevens in het elektronisch patiëntendossier en de (digitale) communicatie met de huisarts, zodat alle zorgverleners over dezelfde informatie beschikken.
Vanuit de thuiszorg komt de boodschap dat thuisverpleegkundigen een rol kunnen hebben bij het ondersteunen van patiënten in het gebruik van de toestellen en bij het opvolgen van de dagelijkse metingen. Zij ervaren dat telemonitoring de samenwerking tussen ziekenhuis en thuiszorg versterkt, doordat er sneller overleg kan plaatsvinden als er iets misloopt. Wel is aangehaald dat extra opleiding voor thuisverpleegkundigen nodig is, zodat ze vertrouwd raken met de telemonitoringsystemen en kunnen optreden als een schakel tussen patiënt en specialist. Ook is het belangrijk om verwachtingen goed af te stemmen: wie neemt welke acties bij alarmerende meetwaarden – het ziekenhuis, de huisarts of de thuisverpleging?

Deze uiteenlopende invalshoeken toonden zowel de voordelen als de uitdagingen van telemonitoring. Over de hele lijn was men positief over de meerwaarde voor de patiënt en de efficiëntie van zorg. Tegelijk werd duidelijk dat nauwe samenwerking (ziekenhuis, thuiszorg en huisarts) absoluut noodzakelijk is om telemonitoring optimaal te laten renderen.

In de discussie werd benadrukt dat duidelijke notificaties, rechtstreekse communicatie en eventueel telefonisch contact noodzakelijk zijn om huisartsen sterker te betrekken Men stelde voor om een standaard verwijsbrief te ontwerpen waarin duidelijk vermeld staat dat de patiënt geïncludeerd is in het telemonitoring-traject, dat er een nomenclatuurnummer is voor de huisarts als schakel in de opvolging en welke taken er van de huisarts verwacht worden. Ook de contactgegevens zijn belangrijk. Miek en David ontwerpen samen een voorstel.

Bekendheid website multidisciplinair zorgpad vergroten: Sylvie en anderen gaven aan dat de website waardevol maar onvoldoende bekend is bij zorgverleners en patiënten. Volgende stappen zijn verspreiding via organisaties (verpleegkundigen, apothekers, …), opleidingen en communicatiekanalen.

Afsluiting en vervolgacties: de belangrijkste actiepunten liggen in betere communicatie, standaardisatie en verdere uitwisseling van ervaringen; het topic onderzoekresultaten worden doorgeschoven naar een **volgend symposium op 3 oktober in Lier en online van 9-12 u.**