



IMPLEMENTATIEPLAN KETENZORG CVRM

Inhoud:

1.	Inclusie van de doelgroep.....	2
2.	Rol en taakverdeling in de ketenzorg.....	3
3.	Implementatie plan.....	4
4.	De Regio Organisatie.....	9
5.	Bijlage ICPC en ATC-codes.....	10

REGIOZORGNU

1. Inclusie van de doelgroepen

Voor het implementeren van ketenzorg Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) volgens de meest actuele richtlijn (2019) is een up to date patiëntenbestand een randvoorwaarde. Vervolgens extraheert VIPLive aan de hand van de ICPC, ATC-codes en medicatie voorschriften de te includeren patiënten. Het gaat hierbij om de patiënten met bestaande Hartvaatziekten (HVZ) en de patiënten met een Verhoogd Vasculair Risico (VVR). Per patiënt dient in de extractielijst van VIPLive aangegeven te worden wie de hoofdbehandelaar is en of de patiënt opgenomen dient te worden in de ketenzorg. De ervaring leert dat ongeveer 70% van de doelgroep opgenomen wil worden in de ketenzorg.

2. Rol en taakverdeling in de ketenzorg

Voor de groep patiënten met hart en vaatziekten zijn met de tweedelijns afspraken gemaakt over substitutie naar de eerstelijns. Binnen de gestructureerde ketenzorg is een taakverdeling en taakdelegatie van groot belang. Onderstaand schema vat deze rol- en taakverdeling samen en biedt een overzicht van stappen binnen de ketenzorg CVRM bij de hoogste risico categorieën. In het implementatieplan beschreven in hoofdstuk drie zijn de stappen uit de onderstaande afbeelding verder uitgewerkt.

CVRM-HVZ huidige situatie: case finding van alle HVZ patiënten ca. 5% uit patiëntenbestand/ tijdens spreekuur

HVZ geïndiceerde zorg, secundaire Preventie

Casefinding "te bepalen" lijst vanuit VIPLive van patiënten met HVZ. HVZ icpc codes U99 ernstige chronische nierschade, K74, K75, K76, K76.01, K76.02, K89, K90.02, K90.03, K91, K92,1, K99.01

Inkaarten patiënten met doorgemaakte HVZ. In beeld brengen van totale HVZ indicatoren in VIPLive + uitleg gedeeltelijk online behandeling en uitleg IZP door POH 40 min

Shared decision making en behandeling: Samen een individueel zorgplan opstellen en richten op maximale eigen regie: door HA. Opnieuw dig. logboek 15 min

Tussenstap: Overdracht aan Poh en hoofdbehandelaarschap met tweedelijns afstemmen 05 minuten

Uitvoer IZP Poh gaat als centrale zorgverlener verder met het IZP 20 min

Uitvoeren leefstijlmanagement, behandelen en waar nodig verwijzen naar ketenpartners 20 minuten

2022 ook inclusie CVRM-VVR: casefinding van hoge risico patiënten ca.6% uit het HIS en tijdens spreekuur

Verhoogd Vasculair Risico

De "te bepalen" lijst vanuit VIPLive: icpc codes K 86, K87 en minimaal een voorschrift C02, C03, C07, C08 en/of C09 in het afgelopen jaar. Of T93 en voorschrift C10 afgelopen jaar. En matige U99, U99.01. Daarnaast casefinding tijdens het spreekuur

Risico inventarisatie en inkaarten: Lab, meetwaarden, leeftijd en familieanamnese: door assistent+ uitgevoerd? Indeling midden/geel en hoog/rood met www.scoremeter.nl van de NHG 25 min

Shared decision making: Samen een individueel zorgplan opstellen en richten op maximale eigen regie: door POH/HA 20 min

Uitvoeren Integrale IZP, behandelen en verwijzen naar ketenpartners eerste jaar door assistent/ POH/ HA (1- 4x p.i.) 20 min

RegiozorgNU tweede en volgende jaar follow up HVZ

HVZ follow up

Uitvoeren IZP door de centrale zorgverlener (POH/ HA) tweede jaar 2x per jaar 30 minuten 30 minuten

Evaluatie risicoprofiel (ECG, EAI, aanvullend onderzoek of medicatie wijziging), IZP voortzetten en waar nodig verwijzen van leefstijl patiënten door POH 1 tot 2 x p.i. 20 minuten

RegiozorgNU tweede jaar follow up VVR

Follow up VVR

Uitvoeren IZP voor VVR tweede jaar (1 tot 4x per jaar) door POH / assistent /bespreken met HA 20 min

Monitoren, behandelen, verwijzen VVR patiënt door POH/ Ass. 1x p.j. 20 min

Monitoren, behandelen, verwijzen VVR patiënt door HA/POH/ Ass. 1- 2 x p.j. 20 min

3. Implementatieplan Ketenzorg CVRM

Stap 1

Inclusie

Inclusie binnen de keten vindt plaats als de patiënt een hart of vaatziekte heeft of een hoog tot zeer hoog risico hierop. Daarnaast worden ook matige tot ernstige chronische nierschade patiënten geïncludeerd.

Inclusie bepalen

Voorafgaand aan inclusie zal een dossieronderzoek moeten worden uitgevoerd. Daarbij worden eerst patiënten met de ICPC- codes uit bovenstaand schema, door VIPlive geselecteerd en zichtbaar in de extractielijst in VIPlive. Dit is respectievelijk ca. 6 % (hoog/zeer hoog risico/ Verhoogd Vasculair Risico) en 5 % (Hart Vaat Ziekten) van de praktijkpopulatie. De CVRM-populatie wordt door VIPlive geëxtraheerd op basis van ICPC-codes, ATC-codes en voorgeschreven medicatie.

Bij inclusie in de ketenzorg is de huisarts hoofdbehandelaar. Dit kan waar nodig in overleg met de specialist worden afgestemd. (Zie stap 3) Het gaat dus om patiënten waar substitutie van de tweede naar de eerste lijn mogelijk is. (Zie ook RTA samenvattingskaart in de starters set) De groep met hart-vaat ziekten en ernstige chronische nierschade is op dit moment in een groot deel van de regio reeds opgenomen binnen de chronische ketenfinanciering. De groep patiënten met een hoog tot zeer hoog risico op hart en vaatziekten (VVR) en de groep patiënten met matige chronische nierschade mag met ingang van 2022 worden opgenomen in ketenzorg. De extractielijsten die door VIPlive worden aangeleverd zijn in november 2021 aangevuld met de rapportagelijst nieuw te includeren patiënten. De betreffende ICPC, ATC en lab en medicatie codes zijn opgenomen in de bijlage. Van deze patiënten wordt op praktijkniveau en samen met de patiënt de in- of exclusie bepaald. De patiënt kan per brief worden uitgenodigd voor het CVRM-spreekuur. (Voorbeeldbrief als handreiking beschikbaar als onderdeel van de starters set). De behandeling wordt geregistreerd in het RZN-protocol in het HIS. De populatie kan druppelsgewijs in behandeling worden genomen. De ervaring leert dat ongeveer 70 % van de patiënten binnen de ketenzorg wil worden behandeld.

REGIOZORGNU

Inclusie door verwijzing specialist

Neem desgevraagd vanuit de overdracht door de specialist binnen de gestelde termijn contact op met de patiënt voor een intake.

Exclusie

In overleg met de zorgverzekeraars is afgesproken dat patiënten die zowel in de eerste als in de tweede lijn worden behandeld voor een cardiovasculaire ziekte (shared care) vanaf het eertvolgende kwartaal niet meer in de ketenzorg zijn opgenomen. Ook worden geen patiënten met diabetes opgenomen, omdat het vasculair risicomangement al deel uitmaakt van Ketenzorg DM (diabetes mellitus).

Stap 2 Eerste consult ketenprotocol HIS en onlinebehandeling introduceren

Tijdens het intake spreekuur van de POH/ HA/ Assistent worden de HVZ/ VVR indicatoren in beeld gebracht en ingevoerd in het ketenprotocol RZN in het HIS. (Voor VVR: Protocol CVRM risicoprofiel of jaar/tussentijdse controle) Vanuit de landelijke benchmark van InEen worden de proces en uitkomstindicatoren vergeleken die staan beschreven in het zorgprogramma. VIPLive haalt deze indicatoren uit het his. Daarom is het van belang voor de gestructureerde zorg gebruik te maken van het RZN-protocol CVRM in het HIS, niet alle velden zijn van belang, de velden zijn naar eigen inzicht in te vullen. Overweeg een gedeeltelijk onlinebehandeling te introduceren via Gezondheidsmeter of VIPLive patienten app.

Stap 3 Gezamenlijke besluitvorming

Consult bij de huisarts voor het formuleren van doelen binnen het individuele zorgplan, de frequentie van het bezoek aan de Huisarts/POH/Ass afstemmen en een plan van aanpak maken om het herhaal risico op hart- en vaatziekten te verkleinen. Waar dit zinvol is kan gedeeltelijke onlinebehandeling worden aangereikt om zelfmanagement zoveel mogelijk te stimuleren.

Overdracht

Overdracht naar de praktijkondersteuner of assistent en actieve afstemming met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap voor het risicomangement met specialist/tweedelij.

Indien de patiënt overgenomen wordt uit de tweedelij kunt u gebruik maken van de specialistenbrief uit de starters set. De afspraken hierover zijn onderdeel van de regionale transmurale afspraken met het st. Antonius ziekenhuis, Diakonessenhuis en UMCU (RTA).

REGIOZORGNU

Stap 4 Uitvoer individueel zorgplan

De praktijkondersteuner/ assistent is bij de overdracht geïnformeerd over het individueel zorgplan van de patiënt. De praktijkondersteuner/ assistent gaat als centrale zorgverlener onder verantwoordelijkheid van de huisarts verder met de behandeling. Met motiverende gesprekstechnieken wordt de patiënt geïnformeerd over de risico's en op een persoonsgerichte manier begeleid naar meer risicomanagement. Van de patiënt wordt verwacht dat hij/zij waar dat kan het eigen digitale zorgplan benaderd en hiermee meer regie over zijn chronische aandoening krijgt.

Stap 5 Uitvoer leefstijlinterventies

Waar leefstijl interventies SMR begeleiding en diagnostiek nodig zijn wordt de patiënt intensiever begeleid en/of door de POH/huisarts verwezen naar ketenpartners. (Zie figuur 2)

VERVOLG. FOLLOW UP

Stap 1 Evaluatie

Evaluatie risicoprofiel (eventueel aanvullend onderzoek of medicatie) Vervolg en bijstellen individueel zorgplan en vervolg leefstijl management. Indien nodig vindt verwijzing plaats naar ketenpartners. (Zie figuur 2)

Stap 2 Zorgplan

Uitvoeren van het zorgplan door de centrale zorgverlener (POH/assistent). Coaching van de patiënt bij het maken van gezonde keuzes heeft de nadruk. De patiënt wordt ondersteund bij het bereiken van zijn streefdoelen en het behoud van zelfregie. Problemen en doelen worden geactualiseerd en eventuele interventies worden in overleg bepaald.

REGIOZORGNU

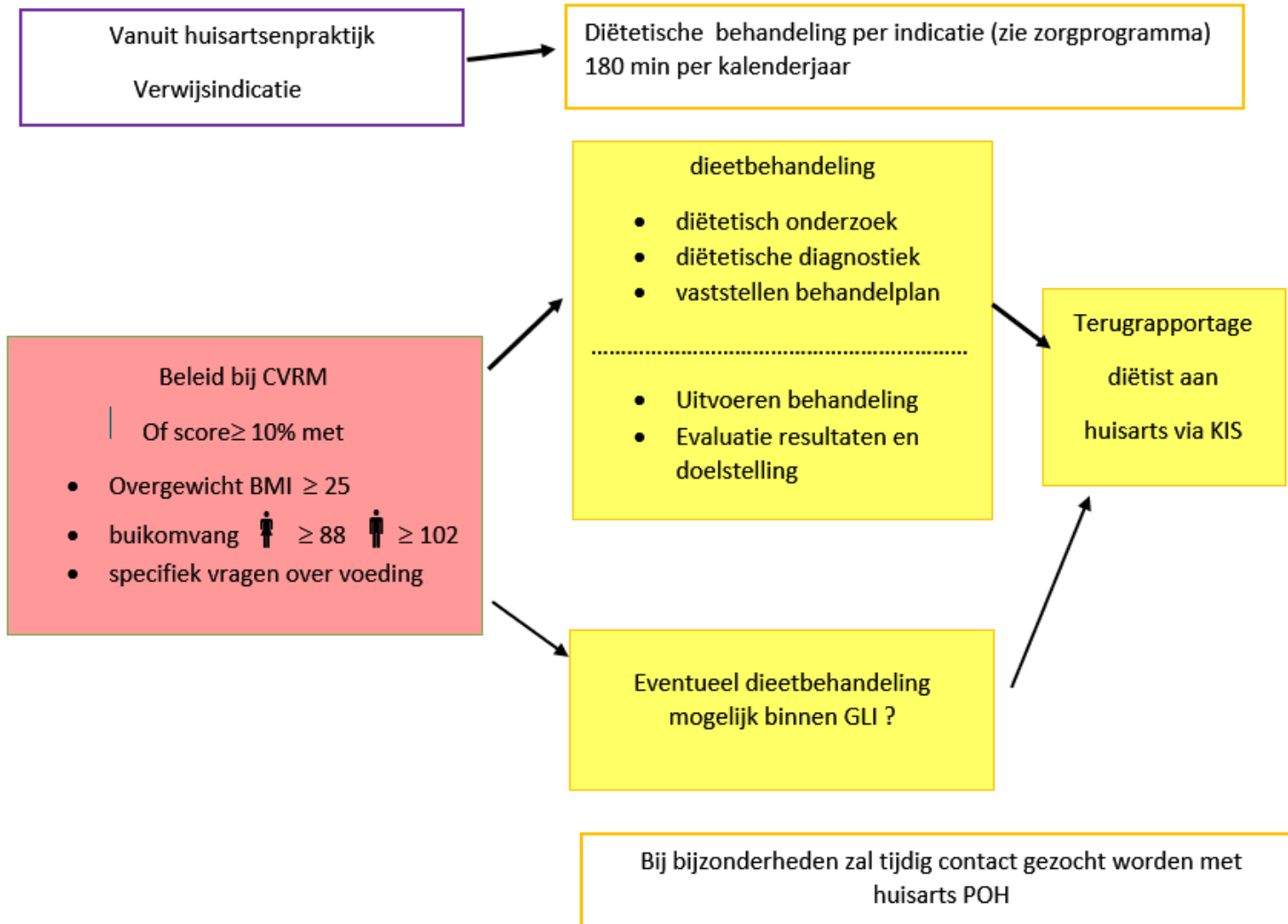
***Verwijzing naar andere zorgverleners**

De huisarts is verantwoordelijk voor de verwijzing naar de eerste en tweede lijn. Wanneer en naar wie verwezen wordt zal in overleg worden bepaald. (O.a. naar diëtisten, fysiotherapeuten, psychologen en specialisten).

De ketenbehandeling door de diëtist valt binnen de ketenvergoeding en is hieronder schematisch weergegeven. Voor CVRM is in de keten een Kaderarts HVZ aangesteld. Via VIPLive is zij te benaderen voor een eConsult. Ook is de apotheker in te zetten voor medicatietrouwgesprekken en medicatiebeoordelingen.

De verwijs- en terugverwijs afspraken met de tweede lijn zijn vastgelegd in de RTA CVRM. De RTA is de basis voor de afspraken met de tweedelij. Per individuele patiënt wordt beoordeeld of actieve afstemming geïndiceerd is met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap.

Stroomdiagram verwijzing diëtist



4. De Regio Organisatie

Organisatie van de keten binnen de regio organisatie

De implementatie van het zorgprogramma gebeurt in de individuele huisartspraktijken, evenals de inclusie van de CVRM-patiënten in de keten. De regio organisatie faciliteert dit door alle taken, voortvloeiende uit het contract met de ziektekostenverzekeraar op zich te nemen en te organiseren. Dit betreffen accountmanagement; implementatie-ondersteuning; financiële administratie; kwaliteitsmanagement en scholing. De kwaliteitswerkgroep VRM geeft hier inhoudelijk sturing aan.

Accountmanagement

Het relatiebeheer wat nodig is voor de samenwerking op het gebied van ketenzorg CVRM wordt georganiseerd en onderhouden door de zorggroep. Contracten en servicelevel agreements worden opgesteld en bijgewerkt. Ook in het st. Antonius ziekenhuis zijn afspraken geïmplementeerd voor het ondersteunen van de substitutie.

Ondersteuning van de implementatie

Binnen de zorggroep houdt de werkgroep zich bezig met de implementatie van de ketenzorg CVRM. De werkgroep heeft een multidisciplinaire samenstelling en adviseert bij de borging van de kwaliteit van ketenzorg CVRM. De projectgroep ondersteunt bij het (samen) werken in VIPLive. Ook worden de benodigde scholings- en accreditatie eisen opgenomen in de kwaliteits- en scholingscyclus. De regio organisatie biedt daarnaast ondersteuning bij het persoonsgericht werken, volgens de meest actuele standaard en organiseert ook de jaarlijkse 'stoppen met roken scholing'.



Bijlage: ICPC en ATC-codes extractie VIPLive

HVZ: Alle patiënten van 18 jaar of ouder met een doorgemaakte HVZ-episode of een sterk verhoogd risico op HVZ o.b.v. CNS, met hoofdbehandelaar huisarts, die geen DM type 2 hebben en een registratie Deelname ketenzorg 'ja' hebben.

(K74 of K75 of K76, K76.01, K76.02 of K89 of K90.02 of K90.03 of K91 of K92.01 of K99.01

OF sterk verhoogd risico op HVZ o.b.v. CNS*)

EN geen T90.02

EN hoofdbehandelaar huisarts (2815, CVHB KZ = antw. 48)

EN Deelname Ketenzorg = ja (3830, CVKZ KZ, antw. 1)

EN leeftijd >= 18 jaar

VVR: Alle patiënten van 18 jaar of ouder met hypertensie of hypercholesterolemie en met medicatie in het afgelopen jaar, of patiënten jonger dan 70 met een verhoogd risico op hart- en vaatzieken, of patiënten met een matig verhoogd risico op HVZ o.b.v. CNS, met hoofdbehandelaar huisarts die nog geen HVZ-episode en DM type 2 hebben en een registratie Deelname ketenzorg 'ja' hebben.

((K86 of K87) en C02, C03, C07, C08 of C09)

OF (T93 en C10))

OF (3241, RH12 KQ = 410 (rood) als eerste antwoord of 3953, RH19 KQ=635 (zeer hoog, rood)/634 (hoog, geel/oranje) als eerste antwoord)

EN leeftijd < 70 jaar)

OF matig verhoogd risico op HVZ o.b.v. CNS*

EN geen T90.02

REGIOZORGNU

EN geen K74 of K75 of K76, K76.01, K76.02 of K89 of K90.00 of K90.01 K90.02 of K90.03 of K91 of K92.01 of K99.01

EN geen sterk verhoogd risico op HVZ o.b.v. CNS*

EN hoofdbehandelaar huisarts (2815, CVHB KZ = antw. 48)

EN Deelname Ketenzorg = ja (3830, CVKZ KZ, antw. 1)

EN leeftijd \geq 18 jaar

In de CVRM-kwartaalrapporten komen patiënten alleen op de lijst voor als ze voldoen aan de voorwaarde van actieve episode én medicatievoorschrift. Patiënten die geen medicatievoorschrift in het afgelopen jaar hebben, worden niet op de lijst getoond (ook niet op exclusie).

*Definitie CNS (laagste ACR en hoogste eGFR in afgelopen 2 jaar)