



Handboek

INTEGRALE ZORG

2024 - 2025



HUISARTSENORGANISATIE
WEST-FRIESLAND

samen werkt zoveel beter

Inhoud

1.	INLEIDING	4
1.1	Van ketenzorg naar integrale zorg.....	4
1.2	Hoe is dit document opgebouwd?	4
1.3	Wijzigingen t.o.v. 2023	4
2.	ZORGPROGRAMMA'S	5
2.1	In- en exclusie integrale zorg	5
2.2	Consulten en verrichtingen.....	5
2.3	Financiering ouderenzorg	5
2.4	Toestemming patiënt	6
2.5	Kosten deelname integrale zorg	6
2.6	Registratie in- en exclusie.....	6
2.7	Start integrale zorg	6
2.8	Uitbetaling integrale zorg	7
2.9	Vergoedingenoverzicht: consulten en verrichtingen binnen de zorgprogramma's 2024 .	8
3.	ORGANISATIE EN TAAKVERDELING.....	11
3.1	Werkafspraken in de praktijk	11
3.2	Inzet POH/huisarts integrale zorg	11
3.3	Ondersteuning bij de zorgprogramma's	12
3.4	Netwerkinformatiesysteem (NIS)	12
3.5	Registratie integrale zorg in HIS	12
3.6	No show beleid	12
3.7	Aandachtspunten door het jaar heen	13
4	BEHANDELRICHTLIJNEN EN REGIONALE TRANSMURALE AFSPRAKEN	14
4.1	Behandelrichtlijnen.....	14
4.2	Bestaande behandelrichtlijnen	14
4.3	Regionaal transmurale afspraken (RTA)	15
4.4	Bestaande RTA's :	15
5.	CONSULTATIE EN VERWIJZING	16
5.1	Consultatie kaderhuisartsen.....	16
5.2	Consultatie atriumfibrilleren	16
5.3	Consultatie hartfalen	16
5.4	Consultatie CVA nazorg	16

5.6	Consultatie specialist ouderengeneeskunde	17
5.7	Verwijzen dieetzorg	18
5.8	Verwijsindicaties.....	18
5.9	Specifiek bij diabetes	18
5.10	Specifiek bij COPD	18
5.11	Verwijzen voetzorg	18
5.12	Ambulante behandeling (diëtist of podotherapeut)	19
5.13	Fundusscreening bij diabetes.....	19
5.14	Screeningsinterval.....	20
5.15	Beoordeling	20
5.16	Doorverwijzing.....	20
6.	LEEFSTIJL.....	21
6.1	Gecombineerde leefstijl Interventies (GLI)	21
6.2	Inclusiecriteria GLI	21
6.3	Exclusiecriteria GLI.....	21
7.	SOCIAAL DOMEIN	22
7.1	Welzijn op recept.....	22
8.	KWALITEITSBELEID EN SCHOLING.....	23
8.1	Het kwaliteitsbeleid integrale zorg 2024-2025	23
8.2	Deskundigheidsbevordering	24
8.3	Scholingsreglement volgt	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
9.	GEGEVENSUITWISSELING.....	25
10.	INCIDENTEN EN CALAMITEITEN.....	25
11.	KLACHTENREGELING	25
11.1	Totstandkoming klachtenregeling.....	25

INLEIDING

Huisartsenorganisatie West- Friesland (HWF) biedt als regionale huisartsenorganisatie ondersteuning voor het leveren van integrale zorg in de regio's West-Friesland en Wieringermeer. In dit document vind je alle informatie die je nodig hebt voor de gecontracteerde zorgprogramma's.

1.1 Van ketenzorg naar integrale zorg

Zorgverleners hebben steeds meer aandacht voor de persoonlijke behoeften, motivatie, drijfveren en mogelijkheden van patiënten. Binnen de zorgprogramma's stimuleren en ondersteunen we de beweging van gestandaardiseerde ketenzorg naar meer integrale en persoonsgerichte zorg, waarbij geïntegreerde zorgprogramma's een rol spelen. Deze ontwikkeling zal de komende jaren verder worden uitgewerkt. In dit document spreken we dan ook over **integrale zorg**.

1.2 Hoe is dit document opgebouwd?

Dit handboek is opgebouwd volgens de onderdelen waarop een zorgprogramma is opgebouwd, gebaseerd op de contractering voor 2024-2025.

- Gecontracteerde zorgprogramma's
- Organisatie en taakverdeling in de huisartsenpraktijk
- Behandelrichtlijn
- Regionaal Transmurale Afspraken (RTA)
- Consultatie en verwijzing
- Leefstijl
- Sociaal domein
- Kwaliteit en registratie

! Tekst dik & rood gekleurd zijn links naar de website of linken binnen het document, Ook vanuit de inhoudsopgave is het mogelijk om door te klikken

1.3 Wijzigingen t.o.v. 2023

- Naamgeving HVZ wijzigt naar Vasculair risicomanagement (VRM) zeer hoog risico-AF-HF en VVR naar VRM hoog risico
- ECG is uit de zorgprogramma's (DM, VRM hoog en VRM zeer hoog risico - AF - HF) gehaald en (ambulante) bloeddrukmeting is toegevoegd.
- **Financiering ouderenzorg** is veranderd zie
- Wijziging inclusiecriteria VRM hoog en VRM zeer hoog risico - AF - HF per april 2024 (wachten op informatie InEen)
- Diabetes mellitus type 1 wordt niet meer in het zorgprogramma diabetes mellitus type 2 geïncludeerd

2. ZORGPROGRAMMA'S



HWF organiseert integrale zorg voor mensen met een chronische aandoening. Een zorgprogramma omvat afspraken over de diagnostiek en behandeling van patiënten in de eerste lijn, opgesteld volgens de NHG-standaard. Binnen het zorgprogramma worden afspraken gemaakt tussen divers zorgverleners en de zorgverzekeraar. Het doel van een zorgprogramma is efficiënte, kwalitatief hoogwaardige en betrouwbare zorg volgens de geldende richtlijnen. Hier is optimale afstemming tussen

betrokken zorgverleners van belang, waar de zorg op de juiste plek en het juiste moment wordt geleverd. Elk zorgprogramma heeft zijn eigen kwaliteitsindicatoren. Voor 2024-2025 zijn de volgende zorgprogramma's gecontracteerd:

- VRM hoog risico (voorheen VVR)
- VRM zeer hoog risico - AF - HF (voorheen HVZ)
- Diabetes type 2
- COPD
- Ouderenzorg
- Gecombineerde Leefstijl Interventies (GLI)
- Ieder zorgprogramma heeft een kaderarts en zorgcoördinator verbonden vanuit HWF.

2.1 In- en exclusie integrale zorg

Patiënten die voldoen aan de inclusiecriteria en waarbij de huisarts hoofdbehandelaar is, kunnen worden geïncludeerd in een zorgprogramma.

Let op, casefinding en diagnostiek vallen buiten het zorgprogramma. Deze inspanningen kunnen worden gedeclareerd als consult, dan wel via de M&I verrichting.

Maximale inclusie ouderenzorg en VRM hoog risico

Ouderenzorg en VRM hoog risico kennen een maximaal inclusie op RHO-niveau, waarop HWF toezicht houdt:

- Ouderenzorg 1,2%
- VRM hoog: 4%

2.2 Consulten en verrichtingen

Wanneer een patiënt binnen een zorgprogramma is geïncludeerd, kunnen geen consulten en M&I-verrichtingen met betrekking tot het zorgprogramma worden gedeclareerd. **Tabel 1** is een overzicht van verrichtingen die binnen en buiten het DBC-tarief vallen. Ouderenzorg heeft een afwijkende financiering.

2.3 Financiering ouderenzorg

In 2024 ontvangt de praktijk een vast bedrag per geïncludeerde patiënt, daarnaast mogen alle verrichtingen en alle consulten (ook die van de POH en wijkverpleegkundige) apart gedeclareerd worden.

2.4 Toestemming patiënt

Voordat een patiënt kan deelnemen aan het zorgprogramma, moet deze geïnformeerd worden over de inhoud ervan. Daarnaast moet de patiënt toestemming geven voor:

- Deelname aan het zorgprogramma
- **Digitale gegevensuitwisseling in het NIS**

Bij het informeren van de patiënt over de gegevensuitwisseling is het belangrijk om aan te geven met welk doel de gegevens worden gedeeld. Hierdoor is de patiënt op de hoogte van het specifieke doel waarvoor hij toestemming verleent.

2.5 Kosten deelname integrale zorg

De patiënt betaalt niet voor deelname aan een zorgprogramma. Deze zorg wordt ook niet verrekend met het eigen risico. Wel zal de patiënt op de declaraties bij zijn/haar zorgverzekeraar zien dat HWF Integrale Zorg bedragen declareert.

Een aantal verrichtingen worden wel verrekend met het eigen risico. Zie het **vergoedingenoverzicht** voor de specificaties.

2.6 Registratie in- en exclusie

In- en exclusie gebeurt door **de juiste registratie** in het HIS. Uitgangspunt van registratie is altijd:

- Juiste ICPC-code
- Hoofdbehandelaar huisarts
- Deelname ketenzorg

2.7 Start integrale zorg

De start van deelname aan een zorgprogramma's gaat altijd per kwartaal. Dit betekent dat registratie die nodig is voor inclusie en/ of exclusie binnen een zorgprogramma altijd vóór de 1^e van het nieuwe kwartaal op orde moet zijn.

Peildata hiervoor zijn:

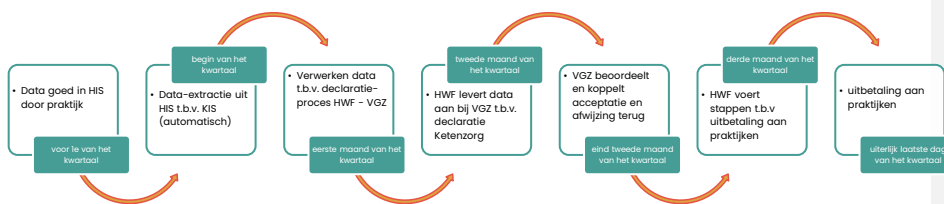
1 januari – 1 april – 1 juli – 1 oktober

2.8 Uitbetaling integrale zorg

HWF werkt met Health Connected voor het verwerken van de HIS-registraties door middel van extracties uit het HIS voor in- en exclusie binnen de integrale zorg en de financiële afhandeling.

De huisartsenpraktijk ontvangt voor iedere geïncloseerde patiënt binnen een zorgprogramma een kwartaaltarief op basis van het contract met HWF. De huisartsenpraktijk ontvangt het kwartaaltarief als de patiënt op de eerste dag van het nieuwe kwartaal op de juiste wijze in het HIS is geïncloseerd.

Het uitbetalingsproces verloopt, op hoofdlijnen, als volgt:



De zorgprogramma's VRM zeer hoog risico - AF - HF risico, atriumfibrilleren en hartfalen vallen onder een **gezamenlijk DBC-tarief**. Niettemin beschikken alle zorgprogramma's over een eigen behandelrichtlijn, regionale transmurale afspraken (RTA) en benchmarkindicatoren.

2.9 Vergoedingenoverzicht: consulten en verrichtingen binnen de zorgprogramma's 2024

Tabel 1. overzicht vergoedingen per zorgactiviteit en financieringsbronnen ervan.

Zorgactiviteit	Basis verzekering	Eigen risico	DBC-tarief zorgprogramma
ALGEMEEN			
Alle consulten, telefonische consulten en visites	Nee	Nee	In DBC-tarief verrichting in HIS op € 0,00
Zorgprogramma's COPD/DM/VRM	Ja	Nee	Nee
Zorgprogramma ouderenzorg			
Laboratoriumonderzoek	ja	Ja	Nee
DIABETES	Basis verzekering	Eigen risico	DBC-tarief zorgprogramma
Instellen op insuline	Nee	Nee	In DBC-tarief
Bij deelname aan zorgprogramma DM			
Her-instellen op insuline	Nee	Nee	In DBC-tarief
Bij deelname aan zorgprogramma DM			
Bloedglucose strip	Nee	Nee	In DBC-tarief
Bij deelname aan zorgprogramma DM			
Fundusfotografie			
Reguliere fundusscreening bij deelname zorgprogramma	Nee	Nee	In DBC-tarief
DM/ouderenzorg	Ja, met uitzondering verzekeraar DSW	Nee, met uitzondering verzekeraar DSW	Nee
Tweede digitale beoordeling door oogarts Ksyos bij verdenking diabetische retinopathie			
Oogheelkundige controle via oogarts	Ja	Ja	Nee
Jaarlijkse voetonderzoek	Nee	Nee	In DBC-tarief
Bij deelname zorgprogramma DM			
ONDERZOEKEN	Basis verzekering	Eigen risico	DBC-tarief zorgprogramma
ECG binnen de huisartsenpraktijk bij deelname aan een zorgprogramma	ja	Nee	Nee
ECG binnen de huisartsenpraktijk zonder deelname aan een zorgprogramma	Ja	Nee	Nee
ECG buiten de huisartsenpraktijk Met of zonder deelname aan een zorgprogramma	Ja	Ja	Nee
Voetenonderzoek met behulp van Doppler bij deelname aan zorgprogramma DM	Nee	Nee	In DBC-tarief verrichting in HIS op € 0,00
ECG binnen de huisartsenpraktijk met	Ja	Nee	Nee

of zonder deelname aan zorgprogramma			
EAI buiten de huisartsenpraktijk met of zonder deelname aan zorgprogramma	Ja	Ja	Nee
ABPM binnen de huisartsenpraktijk Met deelname aan zorgprogramma (m.u.v. ouderenzorg)	Nee	Nee	In DBC-tarief
Stoppen met Roken- programma bij deelname aan zorgprogramma patiënten (DM/COPD/VRM)	Nee	Nee	In DBC-tarief
Stoppen met Roken- programma zonder deelname aan een zorgprogramma	Ja, SMR-programma door huisarts, maximaal 1 keer per jaar	Ja, bij medisch specialist of psycholoog in ziekenhuis en NVM bij niet-gecontracteerde apotheek	Nee
SPIROMETRIE COPD	Basis verzekering	Eigen risico	DBC-tarief zorgprogramma
Spirometrie binnen de huisartsenpraktijk Bij deelname aan zorgprogramma COPD	Nee	Nee	In DBC-tarief: verrichting in HIS op € 0,00
Spirometrie buiten de huisartsenpraktijk Bij deelname aan zorgprogramma COPD	Nee	Nee	In DBC-tarief Factuur gaat naar de huisartsenpraktijk
Spirometrie binnen de huisartsenpraktijk Zonder deelname aan zorgprogramma COPD	Ja	Nee	Nee
Spirometrie buiten de huisartsenpraktijk Zonder deelname aan zorgprogramma COPD	Ja	Ja	Nee

PARAMEDICI	Basis verzekering	Eigen risico	DBC-tarief zorgprogramma
Fysio- oefentherapie Bij COPD patiënten	Ja, afhankelijk van ziektelast	Ja	Nee
Diëtist Bij deelname aan zorgprogramma's COPD/DM/VRM volgens verwijfsindicaties*	Nee	Nee	Ja, max 3 uur per jaar
Diëtist Bij deelname aan zorgprogramma's COPD/DM/VRM zonder verwijfsindicaties*	Ja, maximaal 3 uur per jaar	Ja	Nee
Diëtist Zonder deelname aan zorgprogramma	Ja, maximaal 3 uur per jaar	Ja	Nee
Podotherapeut en pedicure bij zorgprofiel 0 Met of zonder deelname aan zorgprogramma DM	Nee, soms in het aanvullende pakket	Nee	Nee
Podotherapeut en pedicure bij zorgprofiel 1 of hoger Met of zonder deelname aan zorgprogramma DM	Ja	Nee	Nee
Gecombineerde Leefstijl Interventies Met of zonder deelname aan zorgprogramma	Ja	Nee	Nee

3. ORGANISATIE EN TAAKVERDELING



3.1 Werkafspraken in de praktijk

De exacte taakverdeling tussen huisarts, POH en praktijkassistente dient op praktijkniveau te worden vastgelegd, waarbij de zorggroep ondersteuning kan bieden. De POH vervult een centrale rol als zorgverlener en is het eerste aanspreekpunt voor andere zorgverleners en patiënt.

HWF biedt enkele richtlijnen die als leidraad kunnen dienen:

- **Inzet POH/huisarts integrale zorg**
- **Behandelrichtlijnen**

Het is belangrijk dat er structureel ruimte is voor overleg tussen POH en huisarts, zowel voor patiëntenoverleg als voor een periodiek beleidsmatig overleg.

In onderstaande boeken staan concrete richtlijnen die kunnen ondersteunen bij de organisatie en uitvoering van het spreekuur:

- CVRM in de huisartsenpraktijk (2019)
- Protocollaire zorg Chronisch nier schade (2019-2020)
- Protocollaire diabeteszorg (2022-2023)
- Insulinetherapie in de eerste lijn (2019-2020)
- Astma en COPD in de huisartsenpraktijk (2021)
- Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk (2023)

3.2 Inzet POH/huisarts integrale zorg

Voor deelname aan de zorgprogramma's integrale zorg is voldoende POH-capaciteit nodig. Op basis van de NHG-richtlijnen en het DBC-tarief heeft HWF een **formatieberekeningstool** ontwikkeld. Deze tool geeft aan hoeveel uur er binnen het DBC-tarief op jaarbasis beschikbaar is voor inzet praktijkondersteuner. Deze inzet omvat zowel zorginhoudelijke taken als niet-patiëntgeboden taken, zoals overleg en scholing. De praktijk kan de formatieberekening gebruiken om de personele inzet te berekenen op basis van het aantal geïncludeerde patiënten. Wil je de formatieberekeningstool inzien? Je kunt deze opvragen bij zorgcoordinator@hwf.nl.

3.3 Ondersteuning bij de zorgprogramma's

- Netwerkinformatiesysteem (NIS)
 - Het oproepschema van Health Connected kan ondersteunen
- Registratieset integrale zorg in HIS
- No show beleid HWF
- Aandachtspunten door het jaar heen

3.4 Netwerkinformatiesysteem (NIS)

In 2024 wordt het nieuwe platform van Health Connected gelanceerd.

HWF werkt met Health Connected voor het verwerken van de HIS-registraties door middel van extracties uit het HIS. De extracties worden voor onderstaande doeleinden toegepast:

- Inclusie en exclusie integrale zorg
- Inzicht in indicatoren
- Samenwerken, verwijzen en consulteren, waarbij medische informatie van de patiënt veilig gedeeld kan worden met de betrokken zorgverleners.
- Declaratie, uitbetaling en financiële overzichten integrale zorg o.b.v. inclusie

Voor bovenstaande geldt; het HIS is de bron en registratie vindt plaats in het HIS.

3.5 Registratie integrale zorg in HIS

Parameters m.b.t. de zorgprogramma's worden in het HIS-protocol geregistreerd. Eenduidige registratie is belangrijk om parameters te kunnen monitoren en evalueren. Het is het belangrijk hier binnen de praktijk goede afspraken over te maken, registratie is niet alleen de verantwoordelijkheid van de POH.

Goede registratie draagt bij aan kwaliteit van zorg. HWF heeft een set aan registratiecodes samengesteld die minimaal benodigd zijn voor eenduidig, nauwkeurige en inzichtelijke registratie in het HIS. De registratiecodes uit deze set worden gebruikt voor de landelijke benchmark van InEen en zijn ook te gebruiken voor de uitspoel van de NHG indicatoren.

3.6 No show beleid

Ineen heeft een no show beleid Integrale zorg opgesteld. Op de website van HWF vind je ondersteunend materiaal, waaronder **een stroomschema no show en vereenvoudigde brieven** die ook geschikt zijn voor laaggeletterden.

Met opmerkingen [Lv1]: De informatie staat in een document dat alleen te downloaden is voor leden, dus kan niet naar worden gelinked. Misschien het document van ineen uploaden op de website? Staat nu een verwijzing naar een pagina die niet bestaat. Op deze pagina [Zorgprogramma's chronische zorg - HWF](#) onder documenten en links

3.7 Aandachtspunten door het jaar heen

Hieronder vind je enkele aandachtspunten die van belang zijn voor de integrale zorg:

- Controleer minimaal eens per jaar of de patiënten nog op de juiste hoofdbehandelaar staan geregistreerd. Als patiënten naar de tweede lijn zijn (terug) verwezen
- Voer voor het einde van het jaar een controle uit om te controleren of er patiënten zijn die mogelijk uit een zorgprogramma geïncludeerd kunnen worden
- Controleer of alle patiënten die willen deelnemen aan een zorgprogramma ook daadwerkelijk geïncludeerd zijn.

De rapportages binnen het netwerkinformatiesysteem kunnen hierbij ondersteunen.

4 BEHANDELRICHTLIJNEN EN REGIONALE TRANSMURALE AFSPRAKEN



4.1 Behandelrichtlijnen

Behandelrichtlijnen zijn praktische handleidingen voor het verlenen van zorg binnen een zorgprogramma. Ze zijn afgeleid van de NHG-standaard en bevatten regionale afspraken. HWF biedt gedrukte versies van alle behandelrichtlijnen voor op het bureau aan.

De behandelrichtlijnen worden opgesteld met input van een kaderhuisarts in samenwerking met specialisten uit de tweede lijn. Elke behandelrichtlijn bestaat uit de volgende elementen:

- Diagnostiek door de huisarts
- (Medicamenteuze) behandeling
- Controles door de praktijkondersteuner
- Consultatie en verwijzing.

4.2 Bestaande behandelrichtlijnen

- **Behandelrichtlijn COPD**
- **Behandelrichtlijn DM hoog risico**
- **Behandelrichtlijn DM zeer hoog risico**
- **Behandelrichtlijn Hartfalen**
- **Behandelrichtlijn Atriumfibrilleren**
- **Behandelrichtlijn Perifeer-arterieel-vaatlijden**
- **Behandelrichtlijn Risicoprofilering**
- **Behandelrichtlijn Verhoogde bloeddruk**
- **Behandelrichtlijn Verhoogd-LDL**
- **Behandelrichtlijn Chronische nierschade**

4.3 Regionaal transmurale afspraken (RTA)

Tussen de eerste en tweede lijn en de VVT worden samenwerkingsafspraken gemaakt en vastgelegd in een RTA.

Een RTA bestaat uit:

- Verwijs- en terugverwijscriteria
- Informatieoverdracht
- Voorlichting aan patiënt
- Consultatie

De behandelrichtlijnen worden opgesteld met een kaderhuisarts in samenwerking met specialisten uit de tweede lijn.

Deze afspraken zijn vastgelegd in regionale transmurale afspraken.

4.4 Bestaande RTA's :

- **RTA COPD**
- **RTA Diabetes mellitus type 2**
- **RTA Coronairsyndroom**
- **RTA Atriumfibrilleren**
- **RTA CVA-nazorg**
- **RTA Perifeer Arterieel vaatlijden - Vaatchirurgie**
- **RTA Hartfalen**
- **RTA toepassing van SGLT2 bij DM, hartfalen en chronische nierschade.**

5. CONSULTATIE EN VERWIJZING



5.1 Consultatie kaderhuisartsen

Wanneer huisartsenpraktijken specifieke, specialistische, niet spoedeisende vragen hebben met betrekking tot de diagnostisering, behandeling en/of doorverwijzing van een chronische patiënt, dan kunnen zij een behandeladvies vragen aan de kaderhuisarts. Alle consultatievragen worden beantwoord met een behandel- of verwijzingsadvies aan de huisarts. De consultatievraag wordt ingediend via het

Netwerkinformatiesysteem van Health Connected.

Kaderhuisartsen:

- Bart van Oostendorp – kaderhuisarts hart- en vaatziekten
- Petra Elders – expertarts diabetes
- Fida Neek – kaderhuisarts COPD
- Annet Wind – kaderhuisarts ouderengeneeskunde
- Vivian Kenter - Praktijkconsulent ouderenzorg

De kaderhuisarts diabetes heeft maandelijks overleg met een internist endocrinoloog over complexe casuïstiek.

5.2 Consultatie atriumfibrilleren

De cardiologen zijn beschikbaar voor telefonisch overleg/via secretariaat:

Mail naar secretariaatCardiologie@dijklander.nl

De gespecialiseerd verpleegkundige AF poli Dijklander ziekenhuis is bereikbaar voor overleg:

Mail naar Atriumfibrilleren-hoorn@dijklander.nl

Telefoon: 0229 – 855 483, di-wo: 14:30 – 15:30 uur

5.3 Consultatie hartfalen

De poli Hartfalen van het Dijklander ziekenhuis is telefonisch en per email bereikbaar

Mail naar hartfalen-hoorn@dijklander.nl

Telefoon: 0229 – 257 256

5.4 Consultatie CVA nazorg

De neurologen zijn beschikbaar voor telefonisch overleg.

De gespecialiseerd verpleegkundige neurologie van de Omring is bereikbaar voor overleg

Contactgegevens: Tel: 0229 – 709 030, mail: tztneurologie@omring.nl

5.5 Perifeer Arterieel Vaatlijden

Vaatchirurg, telefonisch overleggen via huisartsenspoedlijn 0229 – 257 448

Enkel-arm-index door het vaatlab voor de 1e lijn: via Zorgdomein Verwijzing

Patiënten die wel door de vaatchirurgie gezien moeten worden:
via Zorgdomein verwijsbrief voor combinatieafpraak claudicatio.

Verwijzing naar looptraining bij **Chronisch ZorgNet**.

5.6 Consultatie specialist ouderengeneeskunde

Elke huisartsenpraktijk is **gekoppeld aan een specialist ouderengeneeskunde (SO)** van Omring of Geriant. Wil je weten welke SO aan jou praktijk gekoppeld is? Je kunt dit opvragen bij de zorgcoördinator.

De huisartsenpraktijk kan de SO consulteren voor:

- Deelname aan het multidisciplinair overleg, de SO kan bij afwezigheid van een apotheker de medicatiereview op zich nemen.
- Vragen m.b.t. behandeling/ beleid, dit kan via een telefonisch consult of een huisbezoek. De SO doet vervolgens een aanbeveling aan de huisarts voor het in te zetten beleid.

5.7 Verwijzen dieet zorg

Patiënten die deelnemen aan de zorgprogramma's VRM, DM of COPD mogen met een **zorgprofiel 3 en 4**, via het Netwerkinformatiesysteem, verwezen worden naar de diëtist. De patiënt heeft recht op 3 uur medisch noodzakelijke dieet zorg per kalenderjaar door een bij **HWF aangesloten diëtisten praktijken**. Patiënten binnen het zorgprogramma Ouderenzorg mogen wel naar de diëtist worden verwezen, maar deze zorg wordt vergoed uit de basisverzekering en niet uit het DBC-tarief.

5.8 Verwijsindicaties

- BMI ≤ 21 kg/m²; of ongewenst gewichtsverlies van > 5% binnen 1 maand of > 10% binnen 6 maanden
- BMI > 30 kg/m²; BMI > 25 kg/m² met co-morbiditeit en/of klachten ten gevolge van het gewicht
- VVM-index bij mannen < 16 kg/m² of bij vrouwen < 15 kg/m²;
- Hypercholesterolemie
- (therapieresistente) Hypertensie (gebruik RAS-remmers, kaliumsparende diuretica, zout- en/of vochtbeperking)
- Chronische nierschade
- Inzet dieetpreparaten en/of medische voeding (als volwaardige intake op reguliere wijze niet te realiseren is).

5.9 Specifiek bij diabetes

- Nieuwe diabetes, in het jaar van diagnosestelling;
- Wijzigingen diabetesmedicatie/ ontregelde glucosewaarden
- Gastroparese
- Demedicalisering.

5.10 Specifiek bij COPD

Bij matige en ernstige ziektelast is verwijzing naar de diëtist zinvol als onderdeel van een revalidatieprogramma. Bij een verminderde voedingstoestand zal de huisarts andere oorzaken hiervan moeten uitsluiten. Eventueel doorverwijzen naar de longarts is zinvol voor een behandeladvies.

5.11 Verwijzen voetzorg

De praktijkondersteuner voert bij elke diabetespatiënt tenminste 1x per jaar een voetscreening **uit**. Hierbij wordt het risico op een diabetisch voetulcera vastgesteld. Het risico wordt uitgedrukt in een zorgprofiel (0-4).

Voetzorg wordt vanaf 2024 vergoed uit de basisverzekering en niet meer uit het ketentarief. Hiervoor geldt **geen** eigen risico.

Vanaf een zorgprofiel 1 mag een patiënt met diabetes via het Netwerkinformatiesysteem worden doorverwezen naar een bij **HWF aangesloten podotherapeut**. De podotherapeut stelt op basis van

gericht voetonderzoek een persoonlijk behandelplan op. In het persoonlijk behandelplan wordt opgenomen of er een medische noodzaak is voor pedicurezorg en hoeveel behandelingen dit op jaarbasis mogen zijn.

De podotherapeut verwijst de patiënt indien nodig door naar een aangesloten pedicure.

Hulpmiddelen die door een podotherapeut kunnen worden geadviseerd vallen niet onder de basisverzekering.

Let op: patiënten met diabetes in de keten ouderenzorg hebben wel recht op vergoeding van voetzorg uit de basisverzekering, maar kunnen (nog) niet via het Netwerkinformatiesysteem verwezen worden.

5.12 Ambulante behandeling (diëtist of podotherapeut)

Aan-huis-behandeling is er voor die patiënten die om medische redenen niet in staat zijn hun woning te verlaten vanwege ziekte en/of beperkingen en daarom niet in staat zijn om naar de praktijk te komen. Geen eigen vervoer of gebruik maken van een rolstoeltaxi zijn geen medische noodzaak.

In alle andere gevallen dient de patiënt naar de praktijk te komen. Motiveer bij verwijzing waarom ambulante zorg noodzakelijk is. De indicatie wordt altijd door de ontvangend zorgverlener getoetst en kan worden afgewezen.

5.13 Fundusscreening bij diabetes

HWF heeft de fundusscreening voor patiënten met diabetes type 2 die deelnemen aan het zorgprogramma DM of ouderenzorg, belegd bij Ksyos. Het onderzoek is onderdeel van het keten-DBC. De patiënt hoeft niet te betalen voor het onderzoek en de eerste beoordeling door een optometrist.

Een patiënt wordt door Ksyos opgeroepen voor reguliere fundusscreening wanneer:

- Patiënt is geïncludeerd voor het zorgprogramma diabetes OF
- Patiënt is geïncludeerd voor het zorgprogramma ouderenzorg en heeft een ICPC T90.02.

EN

- Regie funduscontrole: huisarts

Voor patiënten binnen het zorgprogramma ouderenzorg met een levensverwachting langer dan 3 jaar wordt geadviseerd de fundusscreening te continueren.

Door middel van een HIS-extractie wordt door Health Connected een oproeplijst gegenereerd welke wordt gedeeld met Ksyos.

5.14 Screeningsinterval

Ksyos werkt met het screeningsinterval volgens de **NHG-standaard**.

Bied aan patiënten met een langdurig hoog HbA1c (>86mmol/mol) bij wie het HbA1c (naar verwachting) snel gaat dalen een extra fundusscreening aan.

5.15 Beoordeling

De fundusfoto wordt beoordeeld door een optometrist van Ksyos. Wanneer er verdenking is op diabetische retinopathie wordt er automatisch een digitaal consult oogarts aangemaakt. De fundusfoto krijgt een tweede digitale beoordeling door een oogarts van Ksyos. De uitslag van de optometrist en oogarts wordt per edifact naar het HIS gestuurd of zijn in te zien via het Ksyos-platform.

5.16 Doorverwijzing

De huisartsenpraktijk ontvangt de uitslag van de fundusscreening via edifact bericht in het HIS of kan de uitslagen inzien op het Ksyos platform. Wanneer het advies wordt gegeven om een fundusscreening te herhalen of patiënt door te verwijzen naar de specialist is de praktijk hier verantwoordelijk voor.

Voor de volledige procedure, locaties en brieven zie onze website.

6. LEEFSTIJL



Leefstijl is het fundament voor preventie en behandeling van chronische aandoeningen. Het is mogelijk om de kans op chronische aandoeningen met preventieve maatregelen te verlagen. Denk hierbij aan risicofactoren als een hoge bloeddruk, roken of een hoog cholesterol. Daarnaast kunnen leefstijlinterventies ertoe leiden dat iemand minder medicijnen nodig heeft.

6.1 Gecombineerde leefstijl Interventies (GLI)

HWF heeft vanaf 2022 de GLI regionaal gecontracteerd. Verwijzen naar een GLI-programma kan via het Netwerkinformatiesysteem.

De GLI is een combinatie van behandelingen gericht op gezondere voeding en eetgewoonten, meer bewegen en eventueel individuele psychologische behandeling om verandering van gedrag te ondersteunen.

Binnen onze regio zijn de volgende GLI-programma's gecontracteerd:

- Cool
- BeweegKuur
- SLIMMER

Toelichting op de verschillende programma's lees je op de [HWF website](#).

6.2 Inclusiecriteria GLI

- Volwassenen met BMI 25-30 met co-morbiditeit (hypertensie, dyslipidemie, diabetes, CVZ, artrose, slaap apneu) en voldoende gemotiveerd
- Volwassenen met BMI 25-30 met een verhoogd risico heeft op hart- en vaatziekten of diabetes type 2 en voldoende gemotiveerd
- Volwassenen met BMI > 30 en voldoende gemotiveerd
- 16-17 jarigen met matig verhoogd GGR (gewicht gerelateerde gezondheidsrisico) en voldoende motivatie en passend in het GLI-traject voor volwassenen

6.3 Exclusiecriteria GLI

- Risicofactoren of co-morbiditeit die deelname aan GLI-programma gedurende 2 jaar verhinderen (te beoordelen door huisarts en leefstijlcoach)

Let op: deelname aan een zorgprogramma is geen vereiste.

Voor meer informatie en GLI-aanbieders zie de [HWF website](#).

7. SOCIAAL DOMEIN



7.1 Welzijn op recept

Bij psychosociale klachten spelen onderliggende maatschappelijke problemen vaak een rol. Welzijn op Recept bevordert de eigen regie van mensen, door middel van verschillende welzijnsarrangementen.

De huisarts en praktijkondersteuner zien geregeld patiënten met psychosociale klachten. Klachten als stress, vermoeidheid, angst pijn en somberheid hebben lang niet altijd een medische oorzaak. Vaak spelen onderliggende maatschappelijke problemen een rol, bijvoorbeeld door het overlijden van de partner, verlies van werk en eenzaamheid. Welzijn op Recept bevordert de eigen regie van mensen met psychosociale klachten door middel van passende verwijzing naar lokale welzijnsarrangementen. Denk aan creatieve of sportieve activiteiten en vrijwilligerswerk. Hierdoor krijgen de inwoners de Juiste Zorg op de Juiste Plek en ontlast de druk op de huisartsenpraktijk. Patiënten zijn beter gediend met een aanbod van welzijn.

Deelnemende gemeenten

- Hoorn
- Stede Broec
- Enkhuizen

8. KWALITEITSBELEID EN SCHOLING



8.1 Het kwaliteitsbeleid integrale zorg 2024-2025 is het vervolg op de ingeslagen weg van 2022-2023 **kwaliteitsbeleid HWF Integrale Zorg**

De door de huisartsen en praktijkondersteuners gekozen indicatoren vormen de leidraad om praktijken met elkaar in gesprek te laten gaan. De spiegelbijeenkomsten worden als positief en zinvol ervaren, en alle betrokken groepen zijn enthousiast om met elkaar verder te gaan.

Het kwaliteitsbeleid is gebaseerd op het nieuwe kwaliteitsdenken van InEen, LHV en NHG. Het nemen van verantwoordelijkheid voor kwaliteit en het gezamenlijk leren en verbeteren staan hierin centraal.

- De gekozen indicatoren zijn onderdeel van de **Landelijke Benchmark ketenzorg - InEen**: InEen verzamelt sinds 2009 de proces- en uitkomstindicatoren van de zorgprogramma's diabetes type 2, COPD, HVZ en VVR (samen voorheen CVRM). Deze benchmark biedt de zorggroepen een instrument voor onderlinge vergelijking. HWF is verplicht de benchmarkgegevens met InEen te delen. Dit gebeurt uitsluitend op regioniveau.
- Trendrapportage COPD, DM, HVZ, VVR: het landelijk gemiddelde van 2022 wordt hierin vergeleken met het gemiddelde van HWF 2022 – 2018
- **Transparante ketenzorg**: jaarlijks publiceert InEen een rapportage over de landelijke situatie (vergelijk van alle zorggroepen)
- **Inzicht indicatoren integrale zorg**: bij deelname aan de zorgprogramma's worden de indicatoren van de benchmark integrale zorg door Health Connected voor de praktijk en HWF inzichtelijk gemaakt. Dit gebeurt door middel van extracties uit het HIS. Uitkomsten zijn binnen het NIS inzichtelijk op patiëntniveau voor de praktijken en op regioniveau voor HWF.
- Uitkomsten indicatoren/benchmark op praktijkniveau worden door HWF gebruikt voor monitoring en het HWF kwaliteitsbeleid
- **Spiegelbijeenkomsten** zijn een verplicht onderdeel van **het kwaliteitsbeleid HWF Integrale Zorg**. In vaste groepen worden door de huisartsenpraktijk gekozen indicatoren gespiegeld en besproken. Daarnaast wordt een gerelateerd scholingscomponent toegevoegd.
- Het ondersteuningsmodel integrale zorg. Indien een praktijk bij meer dan 50% van de indicatoren de norm niet behaalt, biedt HWF begeleiding met als doel de norm te behalen.
- De spiegelbijeenkomsten staan gepland voor april – mei 2024

Nascholingsagenda HWF

8.2 Deskundigheidsbevordering

Deskundigheidsbevordering is onderdeel van het kwaliteitsbeleid.

HWF biedt deskundigheidsbevordering aan de huisartspraktijken en samenwerkingspartners aan. Deze bestaat uit het aanbieden van scholingen, netwerkbijeenkomsten en intervisie. De inhoud van de scholingen is gericht op actuele onderwerpen en kwaliteitsverbetering van de zorg binnen de zorggroep.

- Zie hiervoor het scholingsplan op de website. **Nascholingsagenda HWF**

Scholing is een instrument dat bijdraagt aan ontwikkeling van medewerkers van onze aangesloten huisartsenpraktijken en hun samenwerkingspartners.

9. GEGEVENSUITWISSELING



In de Aansluitovereenkomst staat, onder meer, het volgende opgenomen over de gegevensuitwisseling in het kader van de Multidisciplinaire Zorg.

De Huisarts en HWF maken werkafspraken over de wijze waarop betrokkenen (in het bijzonder de Patiënten) de informatie als bedoeld in de artikelen 13 en 14 AVG ontvangen over de in artikelen 13 en 14 van de Aansluitovereenkomst genoemde gegevensuitwisseling in het kader van de Multidisciplinaire zorg en de verdeling van de verantwoordelijkheden van partijen in dit kader.

Deze werkafspraken staan beschreven in de Verwerkingsovereenkomst die HWF, mede namens de aangesloten zorgverleners, heeft afgesloten met Health Connected, in het kader van het gebruik van het Netwerkinformatiesysteem (NIS). De Verwerkingsovereenkomst is gevoegd bij de Aansluitovereenkomst Multidisciplinaire Zorg 2024 -2025 en dus te vinden in AFAS.

10. INCIDENTEN EN CALAMITEITEN



Als er zich incidenten of calamiteiten voordoen met betrekking tot de Multidisciplinaire zorg in de praktijk van de huisarts, dan meldt de huisarts deze incidenten of calamiteiten via e-mail bij de zorgcoördinator. De huisarts neemt in deze melding de volgende informatie op:

- Datum van het incident of de calamiteit;
 - Omschrijving van het incident of de calamiteit (geanonimiseerd);
 - Oplossing van het incident of de calamiteit;
- Is er een maatregel genomen om het incident of de calamiteit in de toekomst te voorkomen? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet?

Binnengekomen meldingen worden geregistreerd door de zorgcoördinatoren en, indien daar aanleiding voor is, besproken met de werkgroep Kwaliteit en/of de kwaliteitsfunctionaris.

11. KLACHTENREGELING



De Wet kwaliteit, klacht, geschillen zorg (hierna de Wkkgz) schrijft voor dat wij als zorggroep een klachtenregeling moeten hebben. Het doel van de Wkkgz is om klachten of uitingen van onvrede laagdrempelig op te lossen.

11.1 Totstandkoming klachtenregeling

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), InEen en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) hebben de model-Klachtenregeling opgesteld voor gebruik in huisartsenpraktijken, huisartsenposten, gezondheidscentra, diagnostische centra en zorggroepen van huisartsen die zorgaanbieder zijn volgens de Wet kwaliteit, klachten en

geschillen zorg (Wkkgz). Patiëntenfederatie Nederland heeft het model onderschreven. HWF heeft de model-Klachtenregeling overgenomen en aangepast aan haar organisatie en haar samenwerking met de SKGE.

De klachtenregeling is te vinden op de [website van de HWF](#).