

Zorgaanbod- en kwaliteitsplan DM type 2 2016

1. Uitgangspunten

De leden van Huisartsen Utrecht Stad (HUS) bieden hun patiënten met DM type 2 diabeteszorg zoals die in de NDF-Zorgstandaard Diabetes is vastgesteld. Deze zorg is beschreven in het Diabetesprotocol dat is ontwikkeld in samenspraak met LRJG (Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra). Hieraan zijn overzichtelijke flowcharts gekoppeld die het protocol schematisch weergeven.

In het kader van multidisciplinaire ketenzorg zijn er afspraken over de uitvoering van de zorg door medewerkers van de aan HUS verbonden huisartspraktijken en gezondheidscentra. Daarnaast zijn er Regionale Transmurale Afspraken met het St. Antonius Ziekenhuis, Diaconessenhuis en UMC Utrecht over consultatie, verwijzen, terugverwijzen en informatieoverdracht.

Hiermee beoogt HUS een vast omschreven pakket van zorg te kunnen bieden aan haar diabetespatiënten en over de kwaliteit van zorg verantwoording af te leggen aan de verzekeraar. Voor deze activiteiten ontvangt HUS een integraal tarief per patiënt met DM type 2 in het Diagis-ketenzorgprogramma van alle verzekeraars.

HUS heeft een vaste relatie met een kaderhuisarts DM en deze kaderhuisarts aangesteld in haar diabeteswerkgroep voor waarborging van de kwaliteit en ter ondersteuning van haar activiteiten voor de diabeteszorg. De kaderhuisarts voert werkzaamheden uit in samenwerking met de werkgroep diabetes, waarin naast de programmamanager, een vertegenwoordiging van de leden van HUS, één huisarts, één diabetesverpleegkundige, één POH en een diëtiste zitting hebben. Agenda gestuurd schuiven fysiotherapeut, internist, podotherapeut en ervaringsdeskundige van de DVN aan.

In de werkgroep worden het kwaliteitsbeleid ontwikkeld, de feedbackrapportages besproken, nascholingen voorbereid, protocollen gemaakt en afspraken met ketenpartners voorbereid.

2. Plan van aanpak

2.1. Richtlijnen voor de te leveren standaard diabeteszorg

In aanvulling op de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type 2 en NDF Zorgstandaard stelt het protocol 'Diagis' dat de standaard diabeteszorg bestaat uit:

1. Verpleegkundige basiszorg (periodieke controle op parameters zoals door de NHG-Standaard aanbevolen)
2. Basiszorg huisarts (coördinatie, behandeling, medicatie en dergelijke)
3. Instellen insuline (overzetten op insuline en de extra begeleiding gedurende de eerste 12 maanden, inclusief zo nodig overzetten op 4x daags insuline)
4. Periodieke voetscreening door de POH en/of de huisarts
5. Voedings- en bewegingsadvies
6. Stoppen met roken interventie volgens de Zorgmodule Partnership Stop met Roken
7. Bevorderen zelfmanagement
8. Oogscreening (fundus)
9. Specialistische (tele)consultatie
10. Datamanagement / rapportage

2.2. Consultatie binnen en buiten Diagis

In sommige gevallen is consultatie of zorg van hulpverleners buiten de huisartsenvoorziening nodig. Voor de zorg met hulpverleners binnen de eerste lijn zijn door HUS capaciteits-, vergoedings- en verwijfsafspraken gemaakt. Voor consultatie van de tweede lijn, via de eigen kaderhuisarts, gelden eveneens capaciteitsafspraken binnen deze multidisciplinaire DBC. Overname van de behandeling door de tweede lijn (verwijzing) wordt via de tweede lijn gefinancierd. De patiënt stroomt in dat geval (eventueel tijdelijk) uit de keten naar een tweede lijns DBC.

Met Zilveren Kruis is overeengekomen dat er in dat geval maximaal 3 maanden een dubbele DBC open mag staan. De huisarts is verantwoordelijk voor het voorkomen van dubbele declaraties die aan de eerste lijn zijn toe te schrijven.

De volgende uitgangspunten worden voor consultatie en verwijzing gehanteerd:

Consultatie diëtiste

Zie het stroomschema op www.huisartsenutrechtstad.nl voor verwijzingscriteria binnen en buiten de keten.

Fundusfotografie

Door Saltro 1x per 2 jaar volgens de standaard (een praktijk verricht zelf oogheelkundig onderzoek door middel van fundusscopie). Praktijken houden zelf de regie over wanneer een patiënt weer voor fundusonderzoek in aanmerking komt en vragen dit aan met behulp van een labformulier van Saltro, eventueel gecombineerd met jaarlijks lab.

Consultatie internist

De multidisciplinaire DBC schrijft voor dat de mogelijkheid tot consultatie van de tweede lijn onderdeel van de ketenzorg moet zijn. Bij HUS speelt de eigen kaderhuisarts DM hierin een rol waar het filtering en feedback op de kwaliteit van zorg betreft.

Daarnaast zijn er in 2015 voor specialistische consultatie, financiële en capaciteitsafspraken met het St. Antonius Ziekenhuis, Diakonessenhuis en UMC Utrecht gemaakt. Deze afspraken maken deel uit van de Regionale Transmurale Afspraken (RTA). Multidisciplinaire casuïstiek-bespreking met de specialist in de praktijk behoort ook tot de mogelijkheden. Doel is om de juiste zorg op de juiste plek te bewerkstelligen.

Voetzorg

De voetcontrole en het vaststellen van het zorgprofiel gebeurt door de POH. Verwijzing naar de podotherapeut gaat via zorgmail of op papier. ZP 1 t/m 4 wordt altijd verwezen naar de podotherapeut. De podotherapeut contracteert de pedicures in onderaannemerschap.

Als protocol bij de te leveren voetzorg geldt de Zorgmodule Preventie diabetische voetulcera 2014 van Provoet.

Op www.NHG.org is een instructiefilm beschikbaar over de voetscreening en vaststellen van de Simms door de POH.

Stoppen met Roken begeleiding

Deze begeleiding wordt in de praktijk verzorgd door een daartoe opgeleide POH. Deze POH hoeft niet ingeschreven te staan in het register van het partnership Stoppen met Roken. HUS hanteert voor de POH de kwaliteits- en opleidingseisen van het Partnership Stop met Roken en beveelt voor nieuwe POH de Stoppen met Roken begeleidingscursus van het NHG aan. Indien de POH niet gekwalificeerd is, verwijst deze de patiënt naar een collega in de eigen praktijk, een naburige praktijk of naar een gekwalificeerde zorgverlener waarvan een overzicht staat op de website van HUS.

Verwijzing **buiten** Diagis

Internist : volgens [Regionale Transmurale Afspraak Diabetes](#)
Nefroloog : volgens [Regionale Transmurale Afspraak Diabetes](#)
Oogarts : bij afwijkingen fundusfotografie en visusproblemen

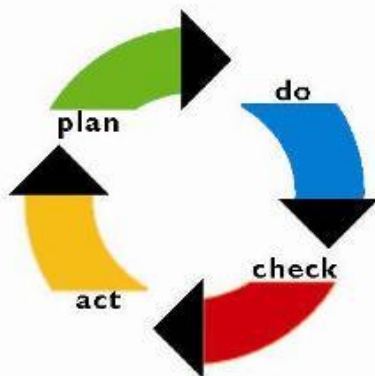
Beweegprogramma's:

Bewegen maakt geen onderdeel uit van het integrale tarief. Toch wordt afstemming gezocht met de fysiotherapeuten in het kader van leefstijlaanbod. Dit vindt vooral plaats in de GEZ'en.

2.3. Kwaliteitsbeleid diabeteszorg 2016

1. HUS werkt aan een verbeterde ketensamenwerking in de diabeteszorg naar aanleiding van de uitkomsten van de zelfevaluatietool Ontwikkel Model Ketenzorg (OMK) van Vilans en Zilveren Kruis. Twee keer per jaar komen alle ketenpartners bijeen om de speerpunten vast te stellen in de (gezamenlijke) verbetering van de diabeteszorg.
2. In 2016 meet HUS patiëntervaringen volgens het landelijke format van InEen.
3. Het patiëntperspectief heeft vorm gekregen in de vorm van een patiëntenfolder en het organiseren van bijeenkomsten voor diabetespatiënten: Dialokaal. Daarin komen onderwerpen aan de orde die patiënten zelf als belangrijk hebben aangegeven. HUS werkt hierbij samen met Diabetes Vereniging Nederland (DVN), Saltro, Careyn en de internisten uit de ziekenhuizen en ander ketenpartners. In de folder staan de afspraken over privacy en gebruik van data, klachtenreglement en het feit dat de patiënt opgenomen is in het Diagisprogramma en wat dat betekent. In 2016 zal deze folder worden verspreid.
4. Alle praktijken gaan een overeenkomst aan met HUS waarin de te leveren prestaties met bijbehorende vergoeding, kwaliteitseisen en opleidingseisen staan omschreven. Daarnaast is ook een kwaliteits- en sanctiebeleid beschreven, dat is vastgesteld in de ALV van november 2013.
5. Praktijken die onder de gehanteerde norm scoren voor de indicatoren geldend voor de variabiliseringsgelden worden vanuit HUS door middel van advies en monitoring ondersteund. De behaalde extra gelden worden verdeeld onder de praktijken die de norm wel behaald hebben.
6. Alle ketenpartners hebben een overeenkomst met HUS waarin capaciteits-, verwijs-, terugrapportage- en vergoedingsafspraken en kwaliteitseisen staan beschreven.
7. Feedback en spiegelinformatie worden tijdens de jaarlijkse spiegelinformatiebijeenkomst en ook op praktijkniveau (en te zijner tijd eventueel op GEZ-niveau) teruggekoppeld door de kwaliteitsmedewerker en/of de kaderhuisarts. Door middel van een monitoringssysteem is inzichtelijk welke praktijken qua proces- en structuurindicatoren onder het gewenste niveau presteren/registreren. Zij krijgen instructie voor betere registratie en hulp bij het maken van verbeterplannen.
8. HUS organiseert minimaal 1 nascholings- en spiegelinformatiebijeenkomst per keten voor en door alle disciplines.
9. HUS evalueert minimaal 2x per jaar het verwijsbeleid (inhoud, aantal en proces) met alle ketenpartners.
10. HUS organiseert extra nascholing op zelfmanagement, intensieve insuliner therapie (Langerhans), casuïstiekbespreking.
11. Intensieve insuliner therapie kan slechts toegepast worden als de huisarts en POH beiden de Langerhans cursus gevolgd hebben en de bijscholingen volgen.
12. Consultaties door de diabetesverpleegkundige van Careyn behoort tot de mogelijkheden. Zij bieden ondersteuning bij kennisvragen en bij de organisatie van de diabeteszorg in de praktijk.
13. De projectmanager van HUS neemt deel aan de beleidsadviescommissie Kwaliteit van InEen en houdt zo feeling met landelijk zorggroepenbeleid op gebied van kwaliteit en de implementatie van een kwaliteitssysteem.

Al deze plannen zijn opgenomen in het jaarplan. Door te meten, terug te koppelen, verbeteracties te formuleren en te evalueren hopen we de PDCA-cyclus te borgen in het kwaliteitsbeleid.



Zelfmanagement

Bevorderen van zelfmanagement heeft een start gemaakt in 2014 door middel van de pilot Individueel Zorgplan, die in samenwerking met Preventzorg en Vilans, en financieel ondersteund door Zilveren Kruis, uitgevoerd werd. Hierbij werden POH en huisarts getraind in de uitgangspunten van zelfmanagement en het gebruik van het individueel zorgplan bij diabetespatiënten.

Ook in nascholingen staat het onderwerp zelfmanagement standaard op het programma. Veel POH's en alle diabetes- en praktijkverpleegkundigen van Careyn hebben reeds de scholing Motivational Interviewing gevolgd. Dit is ook een van de opleidingseisen in de overeenkomst met de huisartsen.

De kaderhuisarts DM en de programmamanager hebben een notitie geschreven over het bevorderen van zelfmanagement binnen HUS. Dit is een generieke notitie, niet specifiek voor diabetes, maar voor alle chronische patiënten. In 2016 zal worden geïnventariseerd waar de praktijken zich bevinden als het gaat om zelfmanagement. Vervolgens zal er een stappenplan worden gemaakt met als doel zelfmanagement een structurele plek in de zorg te geven.

2.4. Beleid dubbeldeclaraties

Alle praktijken zijn, ongeacht hun HIS, geïnstrueerd hoe zij dubbeldeclaraties met de tweede lijn dienen te voorkomen in hun diabetesketenzorgactiviteiten. In 2016 zal HUS de huisartsen verder faciliteren in het voorkomen voor dubbeldeclaraties. Dit is een structureel aandachtspunt.

2.5. ICT

IPCI verzorgt de feedbackrapportage per praktijk en de geaggregeerde rapportage voor de zorggroep. Daarnaast geeft IPCI aan van welke patiënten welke gegevens ontbreken zodat praktijken ontbrekende indicatoren kunnen opsporen. In 2014 heeft de werkgroep zich georiënteerd op het in gebruik nemen van 1 HIS in de stad. In Q1 van 2016 zal een keus gemaakt worden en later zal 1 HIS geïmplementeerd worden in de praktijken. HUS faciliteert dit proces. Voornamelijk gaat HUS niet over op een KIS. Jaarlijks levert HUS geaggregeerde DM-rapportages aan bij InEen voor de landelijke benchmark. Zilveren Kruis maakt gebruik van dezelfde rapportage.

Voor protocollen en stroomschema's wordt verwezen naar de rubriek Diabetes op www.huisartsenutrechtstad.nl.

Bijlage: Logistiek diabetesprotocol 2015

Bijlage: Logistiek Diabetesprotocol Huisartsen Utrecht Stad 2015

1. Registratie

Noteer in je meetwaardenscherm wie de hoofdbehandelaar is met de code **DMHB** (Diabetes Mellitus HoofdBehandelaar) en kies voor huisarts, specialist of onbekend. Zie voor afspraken rondom includeren en zorgweigerars het document Handleiding voor inclusie en exclusie van patiënten in ketenzorg-programma's op www.huisartsenutrechtstad.nl.

Registreer alle meetwaarden in het meetwaardenscherm volgens het meetwaardenoverzicht. Deze is te vinden op www.huisartsenutrechtstad.nl.

2. Declaratie

Het declareren van het Diagistarief wordt door de praktijken zelf gedaan via VIP Live. De declaratie betreft alleen patiënten met een **DMHB-huisarts** code. De praktijken ontvangen een vergoeding per patiënt voor huisarts en POH. Declareer daarnaast geen diabetes-gerelateerde consulten en instellen op insuline! Consulten in het kader van co-morbiditeit die niet diabetes-gerelateerd zijn, mogen apart gedeclareerd worden. Consulten voor CVRM vallen niet onder de co-morbiditeit en moeten bij diabetes-patiënten uit het Diagistarief bekostigd worden. Kijk voor het **voorkomen van dubbeldeclaraties** op de handleidingen per HIS op www.huisartsenutrechtstad.nl.

3. Consultatie en verwijzing

Kaderhuisarts Janneke Spitsbaard is beschikbaar voor consultatie voor (medisch inhoudelijke) diabetesvragen via diabetes@huisartsenutrechtstad.nl. Indien nodig consulteert de kaderhuisarts de internist en koppelt daarna het antwoord terug naar de praktijk.

Verwijzen kan naar iedere internist/diabetoloog in Utrecht volgens de [Regionale Transmurale Afspraken](#). Als de specialist hoofdbehandelaar wordt, zet de **DMHB code** dan op **specialist!** Deze patiënt valt dan niet meer onder het Diagisprogramma. Bij kortdurende verwijzing <3 maanden kan de huisarts HB blijven. Als de patiënt langer bij de specialist blijft moet deze uit het Diagisprogramma gehaald worden. **Diëtiste** verwijzing: zie [stroomdiagram](#). Verwijs patiënt via VIP Live. Alle gecontracteerde diëtisten volgen het protocol en verwijsschema 2015.

Voetbehandeling door podotherapeut: verwijzing via zorgmail of op papier. ZP 1 t/m 4 wordt altijd verwezen naar de podotherapeut. De podotherapeut contracteert de pedicures in onderaannemerschap. Zie verder [procesbeschrijving voetzorg](#).

Stoppen met roken begeleiding valt onder het Diagistarief. Het protocol van het partnership Stoppen met Roken wordt gehanteerd (www.partnershipstopmetroken.nl). De POH dient aan de opleidingseisen van het Partnership te voldoen, maar hoeft niet geregistreerd te staan in het kwaliteitsregister.

Registreer alle verwijzingen in je meetwaardenscherm!

4. Diagnostiek

Labformulieren van Saltro hebben een apart veld "Huisartsen Utrecht Stad" om diagnostiek voor reguliere DM-controles aan te vragen. Gebruik die formulieren ALTIJD ter wille van de stroomlijning van alle administratie. Jaarlijks wordt een uitgebreid lab, inclusief HbA1c aangevraagd. Voor tussentijdse controles volstaat een nuchtere glucose (in praktijk capillair of veneus via het lab), tenzij er reden is om vaker het HbA1c te bepalen (bijvoorbeeld bij insulinegebruik). Lab (bloedprikken) komt ten laste van het eigen risico van de patiënt.

Fundusfoto's laat je 1x per 2 jaar maken bij Saltro met bovenstaand labformulier. Fundus en lab kunnen gecombineerd afgenomen worden (op afspraak). Kruis daarvoor fundus aan of schrijf het erbij. De praktijk bepaalt wanneer de fundus wordt gemaakt; patiënten worden dus niet door Saltro opgeroepen. Zie [brief Saltro](#) voor maken van afspraak.

Patiënten die om een specifieke reden al bij een oogarts komen, worden NIET verwezen voor een fundusfoto. Wel registreer je de uitkomst van het diabetisch oogonderzoek dat de oogarts verricht heeft in het meetwaardescherm van het HIS.

5. Protocollaire diabeteszorg

Protocol voor de volledige diabeteszorg met bijbehorende flowcharts en insulineprotocollen zijn te vinden onder downloads diabetes op www.huisartsenutrechtstad.nl. Hetzelfde geldt voor no-show protocol, inclusie criteria en patiënt informatie- en educatie.

Bij logistieke vragen: Sandra Bekker, programmamanager, bekker@huisartsenutrechtstad.nl