



COPD-ketenzorg

Protocol deel 1

Organisatie- en zorgprocesinrichting

April 2017

Huisartsen Eemland Zorg
COPD protocol deel 1

Eerste versie maart 2011

Wergroep Protocol en Zorgproces	Projectleiding: Drs. L.A. Boom, huisarts namens de Huisartsen vereniging Eemland Huisartsenpraktijk Tolliusstraat, Amersfoort Dr. W.H. Dalinghaus, longarts Meander Medisch Centrum, Amersfoort Leden: Jeannet Binnenmars, implementatiemedewerker Diamuraal praktijkondersteuner Huisartsenpraktijk Tolliusstraat, Amersfoort Heimen Brons, coördinator bureau Diamuraal I. van Geelen-Söderberg, kwaliteit- en implementatiemedewerker Diamuraal praktijkondersteuner Huisartsenpraktijk Marskramerstraat, Hoogland Monique de Goeij, kwaliteit-, implementatie- en bureaumedewerker Diamuraal
Redactie	Drs. L.A. Boom, huisarts namens de Huisartsen vereniging Eemland Huisartsenpraktijk Tolliusstraat, Amersfoort, I. van Geelen-Söderberg, praktijkondersteuner Huisartsenpraktijk Marskramerstraat, Hoogland

Herziening augustus 2013

Wergroep Protocol en Zorgproces	Drs. L.A. Boom, medisch directeur Stichting Diamuraal en huisarts Tolliusstraat, Amersfoort Dr. W.H. Dalinghaus, longarts Meander Medisch Centrum, Amersfoort Jeannet Binnenmars, implementatiemedewerker Diamuraal praktijkondersteuner Huisartsenpraktijk Tolliusstraat, Amersfoort I. van Geelen-Söderberg, kwaliteit- en implementatiemedewerker Diamuraal Monique de Goeij, bureaucoördinator, kwaliteit- en implementatiemedewerker Diamuraal
Redactie	Drs. L.A. Boom, medisch directeur Stichting Diamuraal en huisarts Tolliusstraat, Amersfoort I. van Geelen-Söderberg, kwaliteit- en implementatiemedewerker Diamuraal

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
2	Huisartsen Eemland Zorg	6
2.1	Organisatie	6
2.2	Missie en Visie	6
2.3	Financiële stromen.....	7
3	Hoofdbehandelaarschap	8
3.1	Rol en verantwoordelijkheden.....	8
3.2	Randvoorwaarden	8
3.2.1	Structuurvoorwaarden	8
3.2.1.1	Opleidingseisen zorgverleners	8
3.2.1.2	Specifieke kennis Diamuraal	8
3.2.1.3	Spirometrie	8
3.2.2	Procesvoorwaarden.....	9
3.2.2.1	Basiszorg COPD.....	9
3.2.2.2	Tijd	9
3.2.2.3	Inclusie.....	9
3.2.2.4	Controlefrequentie	9
3.2.2.5	Gebruik EPD:.....	9
3.2.2.6	Verwijzen	9
3.2.2.7	Bijzondere omstandigheden	9
3.3	Opleidingseisen	9
3.3.1	Arts	9
3.3.2	POH.....	9
3.3.2.1	Herregistratie stoppen met roken	10
3.4	EPD.....	11
3.5	No show beleid	11
3.6	Stoppen met Roken	11
4	Ketenpartners	12
4.1	Diëtist	12
4.1.1	Rol en verantwoordelijkheden	12
4.1.2	Structuurvoorwaarden	12
4.1.2.1	Opleidingseisen diëtist.....	12
4.1.2.2	Specifieke kennis Diamuraal	12
4.1.2.3	Kwaliteitsregister.....	12
4.1.3	Procesvoorwaarden.....	12
4.2	Fysiotherapeut.....	13
4.2.1	Randvoorwaarden voor de fysiotherapeuten	13
4.2.2	Inhoud beweegprogramma.....	13
4.2.3	Verwijzing	13
5	Patiënt	14
5.1	Digitaal logboek.....	14
6	Samenwerking tussen huisarts en longarts	15
6.1	E-consultatie longarts	15
6.2	Verwijzing longarts / Overdragen hoofdbehandelaarschap	15
7	Kwaliteitsmanagement	16
7.1	Indicatoren	16
7.2	Feedbackrapportages.....	16
7.3	Communicatie.....	16

8	Privacyreglement.....	17
8.1	Reikwijdte van het reglement	17
8.2	Verantwoordelijke.....	17
8.3	Doelstelling van de registratie en opgenomen patiëntgegevens.....	17
8.3.1	Bewaartermijn.....	17
9	Toegang tot en omgang met gegevens.....	18
9.1	Toegang tot de gegevens hebben	18
9.2	Omgang met de gegevens.....	18
10	Bijlage Klachtenreglement	19
11	Bijlage Referenties	20

1 Inleiding

Dit document 'Protocol deel 1' beschrijft met name de afspraken die zijn gemaakt om tot een procesinrichting voor de COPD-zorg te komen. Dit betreft afspraken over de gestandaardiseerde controles;

- wanneer deze controles moeten plaatsvinden,
- wanneer wie wordt ingeschakeld,
- welke gegevens daarbij worden vastgelegd en uitgewisseld,
- hoe daarover wordt gerapporteerd,
- hoe de patiënt daar zicht en invloed op kan krijgen.

Het protocol deel 2 beschrijft met name de medisch inhoudelijke zorg.

2 Huisartsen Eemland Zorg

2.1 Organisatie

Huisartsen Eemland Zorg als zorggroep is een rechtspersoon, waarin de samenwerking tussen de Huisartsen Coöperatie Eemland en het Meander MC bestuurlijk is geregeld en dient als contractpartner voor de zorgverzekeraars en zorgverleners. Binnen de organisatie zijn huisartsen werkzaam. Manon van Leeuwen is directeur en er is een driekoppige Raad van Commissarissen.

Met het bestaan van HE Zorg verwachten de betrokken partijen, Huisartsen Coöperatie Eemland en Meander Medisch Centrum, een antwoord te hebben op de toenemende zorgvraag op het gebied van chronische ziekten. Het standaardiseren van de zorg (probleemanalyse, risico- stratificatie en procesevaluatie) maakt taakdelegatie binnen de lijnen en zorgverschuiving van 2^e naar 1e lijn mogelijk. Het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) ondersteunt deze standaardisatie en maakt het mogelijk de zorg inzichtelijk te maken. Hiermee wordt voldaan aan de toenemende vraag om transparantie van de kwaliteit van zorg. Niet alleen door overheid en verzekeraars, maar zeker ook door patiënten.

2.2 Missie en Visie

HE Zorg faciliteert transmuraal georganiseerde ketenzorg voor chronische ziekten, zoals diabetes en COPD, conform de daarvoor geldende zorgstandaarden. Patiënten participeren in de keten en er wordt gestreefd naar een optimale verhouding tussen de zorgvraag en het zorgaanbod.

HE Zorg wil een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van de integrale behandeling van chronische ziekten en de scheidingslijn tussen eerste- en tweedelijnszorg ontschotten. De zorgvraag van de patiënt staat centraal en niet het aanbod van de hulpverlener.

Ter verbetering van de kwaliteit van leven van de patiënt ondersteunt HE Zorg patiëntenparticipatie en zelfmanagement. Patiënten worden betrokken bij de ontwikkeling van nieuwe ketens en bij evaluatie van bestaande ketens.

De kwaliteit van zorg die door de gecontracteerde hoofdbehandelaars en ketenpartners wordt geleverd, wordt aan de hand van kwaliteitsindicatoren bewaakt en teruggekoppeld aan de zorgverlener. Er wordt zorgvuldig omgegaan met deze data conform de geldende richtlijnen. Aan zorgverzekeraars wordt een transparante en geheel geanonimiseerde verantwoording afgelegd over de zorginhoud en bestede middelen.

HE Zorg wil andere zorggroepen tot voorbeeld zijn en deze desgewenst ondersteunen. Door wetenschappelijk onderzoek wil HE Zorg het gevoerde beleid toetsen en wetenschappelijk verankeren.

2.3 Financiële stromen

HE Zorg sluit voor het leveren van ongecompliceerde COPD-zorg een contract voor een keten-DBC met de zorgverzekeraars. Vervolgens sluit HE Zorg een contract met zorgverleners (die onderdelen van) de zorg uit deze keten leveren. De keten-DBC bevat alle patiëntgebonden zorgonderdelen die geleverd worden door huisarts, POH, diëtist en consultatie van de longarts als ook niet patiëntgebonden onderdelen zoals infrastructuur en overheadkosten.

Binnen de keten-DBC is de huisarts* altijd hoofdbehandelaar en dient het EPD gestaakt te worden als de patiënt naar de longarts* wordt verwezen.

De betaling aan de hoofdbehandelaars verloopt automatisch op basis van de geregistreerde patiënten op de peildatum in het EPD (betaling per kwartaal achteraf op basis van het aantal patiënten dat op de eerste van dat kwartaal actief waren).

De ketenpartners bieden een onderdeel van de ketenzorg en hebben ook beperkt toegang tot het EPD en pas nadat er de hoofdbehandelaar in overleg met de patiënt een verwijzing en/of aanvraag heeft gedaan. Bestaande relaties tussen huisartsen en andere zorgverleners worden gerespecteerd. Hiervoor sluit HE Zorg met de betreffende zorgverleners contracten, mits zij voldoen aan de geldende kwaliteitseisen. Ketenpartners worden betaald op basis van declaraties die ingediend worden bij HE Zorg.

*In dit document wordt gesproken over de individuele huisarts of longarts, maar dit kan ook gelezen worden als huisartsenmaatschap, huisartsenpraktijk, longartsenmaatschap of gezondheidscentra. Zij dienen te beschikken over een AGB nummer.

3 Hoofdbehandelaarschap

In dit hoofdstuk worden de opleidingseisen en organisatorische randvoorwaarden beschreven voor de hoofdbehandelaar die de regie heeft en verantwoordelijk is voor de reguliere controles en voor het verwijzen en/of aanvragen van de overige noodzakelijke controles. De commissie kwaliteit van HE Zorg bewaakt dit inhoudelijk.

3.1 Rol en verantwoordelijkheden

De medische inhoudelijke zorgverlening van de COPD Ketenzorg dient plaats te vinden onder de verantwoordelijkheid en regie van de hoofdbehandelaar, hetgeen contractueel wordt vastgelegd. De hoofdbehandelaar is altijd een huisarts. Daarbij geldt de aanvullende voorwaarde voor de huisarts die deze ketenzorg levert, dat hij/zij tevens de basis huisartsenzorg kan bieden. De huisarts kan er voor kiezen om bepaalde taken te delegeren aan deskundige praktijkondersteuners.

De huisarts draagt er zorg voor dat hij en de onder zijn gezag werkende medezorgverleners beschikken en blijven beschikken over de kennis en kunde, die voor een verantwoorde verlening van de zorg noodzakelijk is. De huisarts en medezorgverleners voldoen aan de opleidingseisen die HE Zorg stelt en nemen de kwaliteitseisen in acht die binnen hun beroepsgroep gesteld worden en handelen in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving (WBP en WGBO).

3.2 Randvoorwaarden

HE Zorg stelt een aantal harde voorwaarden aan de zorgorganisatie van de hoofdbehandelaar. Het betreft voorwaarden met betrekking tot de organisatiestructuur en het zorgproces. Tijdens het intakegesprek komen deze voorwaarden aan de orde. Indien de organisatie bij aanvang niet kan voldoen aan de gestelde voorwaarden, worden er afspraken gemaakt over de realisatie ervan.

3.2.1 Structuurvoorwaarden

3.2.1.1 Opleidingseisen zorgverleners

De hoofdbehandelaar is altijd een huisarts. Overige zorgverleners in de huisartsenpraktijk hebben minimaal een relevante POH of verpleegkundige opleiding op HBO niveau (zie verder 3.3 voor aanvullende eisen voor verpleegkundigen). De assistente die spirometrieën uitvoert, moet de CASPIR-cursus hebben gevolgd

3.2.1.2 Specifieke kennis HE Zorg

HE Zorg protocol COPD deel 1+2 zijn aanwezig (digitaal). De praktijk is bezocht door een intakefunctionaris van HE Zorg. Alle huisartsen en POH's hebben de EPD training gevolgd. Er is (gemiddeld) 2 dagdelen getraind met POH-begeleiding op de praktijk.

3.2.1.3 Spirometrie

Ten minste 1 huisarts en alle POH's en assistentes die spirometrie uitvoeren, moeten de CASPIR cursus hebben gevolgd.

Als aan deze voorwaarde niet op moment van instromen in COPD-ketenzorg kan worden voldaan, kan er een uitzondering worden gemaakt en moet binnen een jaar aan bovenstaande voorwaarde worden voldaan.

De uitvoerder van de spirometrie het eerste jaar, moet over voldoende kennis en ervaring beschikken, zowel wat betreft de uitvoering (assistente en POH) als wat de interpretatie betreft (POH en HA).

3.2.2 Procesvoorwaarden

3.2.2.1 Basiszorg COPD

De huisartsenpraktijk organiseert de volledige COPD basiszorg zoals beschreven in HE Zorg protocol COPD deel 1+2.

3.2.2.2 Tijd

Er wordt voldoende consult- en overlegtijd gereserveerd voor de COPD-zorg. Binnen de DBC zijn de volgende controlemomenten gecontracteerd.

Indicatie voor planning van consulttijd + overleg:

Intake en instellen beleid 60 minuten, exclusief spirometrie

Spirometrie:

10 minuten voor de uitvoering van pre-test, daarna moet de patiënt 15/30 minuten wachten
minuten voor de uitvoering van de post-test (10 minuten)

Vervolgconsult 20-30 minuten

3.2.2.3 Inclusie

De keten-DBC start zodra bij de patiënt de diagnose COPD is gesteld.

N.B. Op het moment van aanmelding van een nieuwe patiënt wordt direct een volledige intake met CCQ, MRC en een spirometrie gedaan.

3.2.2.4 Controlefrequentie

In HE Zorg protocol COPD 2 wordt beschreven hoe de controlefrequentie zich verhoudt tot de ziektelast.

3.2.2.5 Gebruik EPD:

Alle consulten worden geregistreerd in het EPD en consultaties van de longarts en verwijzing naar de diëtist vindt via het EPD plaats bij de door HE Zorg gecontracteerde zorgaanbieders. Het is niet verplicht om de medicatiemodule te gebruiken, echter voorafgaand aan een consultatie naar de longarts moet de actuele medicatie zijn geregistreerd

3.2.2.6 Verwijzen

Indien geïndiceerd kan er verwezen worden naar de diëtist of fysiotherapeut en/of gebruik worden gemaakt van een consultatie van een longarts (zie betreffende hoofdstukken)

3.2.2.7 Bijzondere omstandigheden

Indien er bij een patiënt vanwege bepaalde beperkingen (bijvoorbeeld dementie of cardiovasculaire beperkingen) het niet mogelijk is om alle onderdelen van een controle uit te voeren, dan dient dit expliciet te worden benoemd in de afronding van het consult.

3.3 Opleidingseisen

3.3.1 Arts

De huisarts is als zodanig opgenomen in het desbetreffende KNMG-register en voldoet derhalve aan de wettelijke eisen voor (her)registratie. Per praktijk moet minstens een huisarts de CASPIR-cursus hebben gevolgd en door regelmatige bijscholing de registratie behouden.(2x/3 jaar module 6 volgen)

3.3.2 POH

De POH dient in het bezit te zijn van het certificaat / diploma van één van de officiële HBO-beroepsopleidingen tot praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige.

Voor een verpleegkundige zonder POH-opleiding geldt de eis dat hij/zij voldoet aan de specifieke eindtermen voor COPD, te vinden bij Competentieprofiel en eindtermen van de LHV.

Alle POH's (en assistentes) die spirometrie uitvoeren, moeten de CASPIR cursus hebben gevolgd en door regelmatige bijscholing de registratie behouden.(2x/3 jaar module 6 volgen).

Diegene(n) binnen de praktijk, die zich bezighoud(t)(en) met de begeleiding van het stoppen met roken, moet(en) een scholing hebben gevolgd die voldoen aan de opleidingseisen van het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken.

3.3.2.1 Herregistratie stoppen met roken

Voor het aanbieden van stoppen met roken begeleiding moet de POH voldoen aan de opleidingseisen van het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken. Om hieraan te voldoen dient de POH de afgelopen vijf jaar een voor registratie erkende opleiding te hebben gevolgd en een erkende interventie voor stoppen-met-rokenbegeleiding hebben uitgevoerd. Inschrijving in het register is niet meer noodzakelijk. Ter onderhouden van de kennis vraagt HE Zorg van de POH 1x per 5 jaar minimaal de SMR-opvolgcursus (6 accreditatiepunten of een vergelijkbare cursus) te volgen.

3.4 EPD

Er wordt gewerkt met een operationeel transmuraal EPD conform Nictiz standaarden. Het EPD is webbased en kent een modulaire opbouw. Gebruik van het EPD kent ook nog drie additionele innovatieve kenmerken:

- Het maakt kwaliteits-, tevredenheids-, en doelmatigheidsmetingen mogelijk.
- Het wordt gebruikt bij de onderbouwing van het ketentarieef.
- We verlenen de patiënt toegang en maken hem/haar deel van de keten.

3.5 No show beleid

Helaas komt het voor dat patiënten onaangekondigd niet verschijnen voor een periodieke controle. Zorgverzekeraars verlangen van de hoofdbehandelaar dat hij "zich maximaal zal inspannen om alsnog de zorg conform de keten-DBC te leveren."

HE Zorg wil de "no show" registreren en monitoren zodat er meer zicht komt op de kosten en het gedrag van de chronisch zieke patiënt. Als een patiënt niet verschijnt voor een geplande controle wordt deze als no-show afgehandeld. Van de hoofdbehandelaar wordt na een "no show" verwacht dat de patiënt 2x telefonisch en 1x schriftelijk benaderd wordt voor een nieuwe afspraak. Dit wordt in een Tussentijdse Controle vastgelegd. Na drie pogingen zijn er dus één "no show" en 3 keer een tussentijdse controle geregistreerd.

Wanneer de patiënt twee jaar niet komt voor zijn controles, moet het dossier gestaakt worden. De management rapportage lijst van het proces kan helpen om deze dossiers op te sporen.

3.6 Stoppen met Roken

De gedragsmatige ondersteuning bij het stoppen met roken, daar waar het in de keten geïnccludeerde patiënten betreft, is een binnen de ketenfinanciering gecontracteerd onderdeel. Concreet dient u daarvoor minimaal 4 patiëntencontacten, waaronder minimaal één dubbel(start)consult te noteren in een "Stoppen met roken" consult in PortaVita. Vervolgcontacten mogen indien gewenst telefonisch.

Per patiënt mag maar één traject per jaar worden gedeclareerd.

Let op dat er geen sprake is van dubbelfinanciering, door het SMR traject van de in de keten geïnccludeerde patiënten ook nog buiten de keten om declareren.

4 Ketenpartners

Ketenpartners bieden een onderdeel van de ketenzorg en hebben geen verantwoordelijkheid voor het geheel van de behandeling. Er is wel sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid met de andere zorgverleners voor het wat betreft de bepaling en uitkomsten van de voor hun beroepsgroep relevante indicatoren.

4.1 Diëtist

4.1.1 Rol en verantwoordelijkheden

Criteria voor verwijzing naar diëtist:

De diagnose COPD gecombineerd met tenminste één van de volgende gegevens

- BMI \leq 21 kg/m²
- ongewenst gewichtsverlies van > 5% binnen 1 maand of > 10% binnen 6 maanden
- vetvrije massa index (VVMi) \leq 16 kg/m² (mannen) en \leq 15 kg/m² (vrouwen)
- BMI > 30 kg/m².

N.B. Bij COPD-patiënten met een BMI \geq 30 kg/m² is een dieetinterventie alleen zinvol als de behandeling gericht is op gewichtsvermindering met behoud van spiermassa door het intensiveren van lichamelijke inspanning en een adequate inname van eiwitten en energie.

4.1.2 Structuurvoorwaarden

4.1.2.1 Opleidingseisen diëtist

De diëtist heeft een afgeronde HBO opleiding Voeding en Diëtetiek, aangevuld met een Post-HBO cursus COPD en voeding

4.1.2.2 Specifieke kennis HE Zorg

HE Zorg protocol COPD deel 1+2 zijn aanwezig (digitaal). De praktijk is bezocht door een intakefunctionaris van Diamuraal. Alle diëtisten hebben de EPD training gevolgd.

4.1.2.3 Kwaliteitsregister

De diëtist is ingeschreven in het kwaliteitsregister voor diëtisten. Een belangrijke voorwaarde voor deze inschrijving is dat de diëtist een samenwerkingsverband heeft met andere diëtisten waarin afspraken zijn gemaakt voor vervanging bij afwezigheid.

4.1.3 Procesvoorwaarden

De voedingsadviezen zijn gebaseerd op de recente Voedingsrichtlijnen bij COPD CBO en/of NHG.

Na de aanvraag via het EPD moet de diëtist de patiënt binnen maximaal 1 week benaderen en een afspraak maken. De patiënt wordt op consult gezien binnen 4 weken.

Een patiënt die voldoet aan de criteria voor verwijzing naar diëtist heeft vanuit de keten-DBC recht op maximaal 3 uur behandelingsuur/jaar. Indien de patiënt zowel diabetes als COPD heeft, blijft het maximum van 3 uur per jaar gelden

In het EPD wordt door de diëtist vastgelegd:

- de hoofdpunten van elk consult
- de met de patiënt besproken onderwerpen
- de samenvatting en conclusie bij beëindiging van de begeleiding
- inzage in het dossier wordt bij beëindiging behandeling geblokkeerd (en/of bij > 1 jaar geen consult)

4.2 Fysiotherapeut

Na een pilot beweegprogramma COPD, is besloten om te gaan samenwerken met een grotere groep fysiotherapeuten.

4.2.1 Randvoorwaarden voor de fysiotherapeuten

Om tot een effectief en efficiënt kwalitatief zorgaanbod voor COPD te komen zijn voor de fysiotherapiepraktijken een aantal criteria van belang:

- een deelnemende praktijk heeft een aantoonbaar samenwerkingsverband met (minstens) een huisartsenpraktijk, die aangesloten is bij HE Zorg
- elke deelnemende praktijk werkt met Portavita en heeft hiervoor de basisscholing gevolgd
- elke deelnemende praktijk dient het komende jaar KNGF check/test behaald te hebben
- het zorgprogramma COPD is in lijn met de zorgstandaard COPD

4.2.2 Inhoud beweegprogramma

Het beweegprogramma COPD dat wordt aangeboden door de deelnemende praktijken sluit zoveel mogelijk aan bij de COPD richtlijn van het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF). Het is een neerslag van de meest actuele en wetenschappelijk onderbouwde aanpak van de aandoening. Fysiotherapie bij patiënten met COPD is gebaseerd op een probleemoplossende aanpak.

Een belangrijk doel hierbij is het verbeteren van de kwaliteit van leven en het bereiken en volhouden van een gezonde leefstijl. Het beweegprogramma duurt twaalf weken en bestaat uit drie stappen:

1. Intake

De patiënt wordt door de fysiotherapeut n.a.v. de aanvraag in Portavita uitgenodigd voor een intake gesprek. Er vindt een aantal testen plaats en de behandeldoelen worden vastgesteld. In Portavita worden de behandeldoelen, CCQ (deze moeten zij ook afnemen conform hun eigen protocol) en de uitslag van de 6 minutenlooptest vastgelegd (BODE index).

2. Beweegprogramma

Samen met de fysiotherapeut wordt de opbouw van het beweegprogramma bepaald, waarbij erop gelet wordt dat de patiënt niet te zwaar wordt belast. Trainen gebeurt in groepsverband. Deelnemers vinden het vaak prettig om onderling ervaringen uit te wisselen en elkaar te steunen en te motiveren.

3. Afronding

Na twaalf weken bekijkt de fysiotherapeut welke behandeldoelen zijn bereikt en er wordt opnieuw een CCQ en 6 minuten looptest gedaan (BODE index). De patiënt krijgt advies over vormen van bewegen en over een levensstijl waarbij het volhouden van voldoende bewegen het doel is. Dit advies wordt ook in Portavita geregistreerd.

4.2.3 Verwijzing

Bij verwijzen zijn er een aantal zaken van belang:

- De patiënt voldoet niet aan de Landelijke Nederlandse Norm Gezond Bewegen
- Verwijs via Portavita door aanvragen fysiotherapie (dus niet klinimetrie)
- Zorg dat er een recente spirometrie in het dossier staat
- Patiënten met een FEV1 (% van voorspeld) < 60% hebben recht op een hogere vergoeding. Geef dan een verwijsbrief mee met deze gegevens.
- Patiënten met cardiovasculaire afwijkingen in de anamnese (hartfalen, angina pectoris, myocard infarct, CABG of andere behandeling bij de cardioloog) en/of een FEV1 (% van voorspeld) < 50 (Gold 3) dienen eerst een maximale inspanningstest bij longarts te ondergaan. Deze dient te worden aangevraagd middels verwijzing buiten Portavita om met de vraag "VO2 max ter beoordeling revalidatie eerste lijn" en het dossier dient dan tijdelijk gestaakt te worden. Indien deze al eerder bij de longarts of cardioloog is afgenomen, geef dan het rapport mee.
- Patiënten hebben een aanvullende verzekering nodig om in aanmerking te komen voor vergoeding voor een beweegprogramma. Dit zit vaak al in de laagste aanvullende verzekering (Achmea, Agis, Menzis en CZ).

5 Patiënt

De behandeling van COPD gaat verder dan alleen de controles door de behandelaar. COPD vraagt elke dag om aandacht en de patiënt zal zelf moeten blijven proberen om een goede leefstijl te bereiken. De patiënt zal gemotiveerd moeten raken om zijn leefgewoontes aan te passen; stoppen met roken, gezond te eten en voldoende bewegen.

Een belangrijk onderdeel van de behandeling is het stimuleren van zelfmanagement en het vergroten van de kennis over COPD. Voor goede zorg is ook een evenwichtige relatie tussen de patiënt en zijn zorgverleners nodig. HE Zorg wil dit bereiken door de patiënt zelf toegang te geven tot zijn dossier waardoor hij inzicht krijgt in het proces van zijn behandeling.

5.1 Digitaal logboek

Alle patiënten kunnen direct inzage in hun eigen dossier krijgen, middels een door de patiënt en behandelaar ondertekend aanvraagformulier. Het persoonlijke dossier wordt het Digitaal Logboek genoemd. Behandelaars, COPD-medicatie, afspraken, behandeldoelen, actuele meetwaarden en laboratoriumwaarden zijn zichtbaar voor de patiënt. Hij ziet op welke zorgonderdelen hij recht heeft en welke adviezen er gegeven zijn. Dit alles gaat via internet en is beveiligd met een wachtwoord.

Het digitaal logboek maakt het mogelijk vragen te stellen via veilig berichtenverkeer. Het behandelteam kan, wanneer het bericht gelezen wordt, direct in het dossier kijken alvorens te antwoorden. Het berichtenverkeer middels het digitaal logboek is geschikt voor niet-dringende vragen met betrekking tot COPD. Het COPD-team zal die op een rustig moment kunnen beantwoorden. Bij twijfel zal er mondeling overleg zijn.

Om optimaal gebruik te kunnen maken van de mogelijkheden van het Digitaal Logboek, biedt HE Zorg de mogelijkheid patiënten te scholen. Deze uitleg/cursus richt zich met name op de minder ervaren computergebruiker. De cursus wordt individueel gegeven, dus er is alle tijd om vragen te stellen. Voor patiënten die al aardig de weg weten op de computer is het waarschijnlijk ook voldoende om de praktische handleiding te downloaden.

6 Samenwerking tussen huisarts en longarts

Doelstelling van HE Zorg is om de zorg voor COPD-patiënten, daar waar mogelijk, bij de huisarts plaats te laten vinden. Om dit te bevorderen zijn er mogelijkheden gecreëerd waarbij de specialistische kennis van de longarts, toegankelijker wordt voor de huisarts; enerzijds middels vraaggestuurde nascholing, anderzijds op individueel patiëntniveau.

De samenwerking voor de behandeling en begeleiding van een individuele COPD-patiënt kan, op voorwaarde van een zo volledig mogelijk ingevuld EPD (denk aan relevante voorgeschiedenis, medicatiemodule, informatie over medicatie-intoleranties), via een consultatie longarts plaatsvinden

6.1 E-consultatie longarts

Bij verlangde beoordeling van een spirometrie, diagnostische problemen of het niet bereiken van behandeldoelen ondanks adequate therapie kan een beoordeling, advies of nadere analyse, in de regel door een longarts, geschieden middels e-consultatie of verwijzing (met overdragen van het hoofdbehandelaarschap en het staken van het dossier).

Indicaties tot e-consultatie zijn:

- Beoordeling inclusie longfunctie
- Twijfel bij beoordeling controle longfunctie
- Vragen betreffende behandeltraject / medicatie

6.2 Verwijzing longarts / Overdragen hoofdbehandelaarschap

Indien vragen betreffende diagnostische problemen dan wel het niet bereiken van behandeldoelen ondanks adequate therapie middels e-consultatie niet kunnen worden beantwoord, kan de patiënt (tijdelijk) worden verwezen naar de longarts. Hierbij moet het dossier worden gestaakt en een reguliere verwijzing worden gemaakt. De patiënt valt daarmee (tijdelijk) buiten de keten-DBC COPD.

Concreet zijn indicaties tot verwijzen (meer info protocol deel 2):

1. Diagnostische problemen
2. Niet of onvoldoende bereiken behandeldoelen ondanks adequate therapie

Wanneer bij aanwezigheid van een van de omstandigheden, die een nadere analyse rechtvaardigen, de patiënt niet verwezen wordt naar bijvoorbeeld een longarts, wordt dit in het dossier genoteerd met de daarbij behorende motivatie.

Als na verwijzing van de huisarts, het assessment door een longarts heeft plaats gevonden, wordt gekeken of, en zo ja wanneer, de patiënt kan worden terugverwezen naar een behandeling dicht bij huis. Indien de behandeldoelen daar niet gehaald kunnen worden of bij een complexere somatische en/of adaptatieproblematiek, is er een indicatie voor verdere, intensieve begeleiding door een longarts.

Gedeelde zorg is hierbij een optie. Meestentijds zal de longarts daarbij hoofdbehandelaar blijven

7 Kwaliteitsmanagement

Als hoofdcontractant (zie hoofdstuk 2.3) is HE Zorg medeverantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg conform de algemeen aanvaarde professionele standaard. Om de indicatoren te kunnen monitoren heeft HE Zorg een kwaliteitsmanagementsysteem ontwikkeld.

7.1 Indicatoren

De praktijken hebben continu inzicht in de indicatoren middels de managementrapportages in het EPD, maar daarnaast houdt HE Zorg een eigen database bij waardoor er overzichten en feedbackrapportages kunnen worden gegenereerd.

7.2 Feedbackrapportages

Ongeveer jaarlijks krijgen de praktijken een feedback verslag waarin zij zien hoe hun eigen meetwaarden en controlefrequenties zich verhouden tot de andere (geanonimiseerde) praktijken. De minder presterende praktijken zullen worden besproken in de commissie kwaliteit met als doel deze zorg te verbeteren en zo nodig zal er extra ondersteuning worden aangeboden aan de praktijk.

7.3 Communicatie

HE Zorg heeft een website waar alle belangrijke stukken bij het onderdeel "zorgverleners" terug te vinden zijn:

- protocollen
- handleidingen
- patiëntenfolders
- nieuwsbrieven
- veel gestelde vragen

Nieuwsbrieven en belangrijke veranderingen cq storingen in het EPD worden via de mail verzonden. Vragen kunnen te allen tijde gesteld worden aan het stichtingsbureau en zij zorgen ervoor dat de vraag bij de juiste functionaris terecht komt.

info@huisartseneemland.nl

0900-555228855

8 Privacyreglement

8.1 Reikwijdte van het reglement

Het reglement is van toepassing op de registratie van patiëntgegevens in het Portavita systeem voor HE Zorg en met inachtneming van de van toepassing zijnde KNMG-richtlijnen en de bepalingen uit de Wet bescherming persoonsgegevens. Dit reglement is een onderdeel van het contract en met het ondertekenen van het contract gaat u tevens akkoord met dit reglement en legt u deze verplichting ook op aan de bewerkers en medewerkers die onder uw toegang hebben verkregen tot Portavita.

8.2 Verantwoordelijke

Houder van de persoonsregistratie is HE Zorg. De patiëntgegevens worden door Portavita ten behoeve van HE Zorg opgeslagen in een database, welke op twee afzonderlijke locaties wordt bewaard. Portavita garandeert dat zij, anders dan genoemd in artikel 5, de door haar opgeslagen data niet zal verstrekken aan derden en op een adequate wijze zal beschermen tegen eventuele inbreuk door derden.

8.3 Doelstelling van de registratie en opgenomen patiëntgegevens

- Verantwoorde zorgverlening aan patiënten
- Verslaglegging aan de hoofdbehandelaar (huisarts of specialist)
- Klachtenbehandeling
- Kwaliteitsbevordering
- Facturering

8.3.1 Bewaartermijn

De patiëntgegevens worden niet langer bewaard dan noodzakelijk is om de doelen te realiseren waarvoor de gegevens worden verwerkt. De bewaartermijn is conform de geldende wetgeving, 15 jaar en kan worden verlengd om de continuïteit van de zorg te waarborgen. De patiënt heeft het recht om een verzoek in te dienen om zijn gegevens eerder te laten vernietigen.

9 Toegang tot en omgang met gegevens

9.1 Toegang tot de gegevens hebben

De behandelaars die direct betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt; huisarts, POH, specialist, fysiotherapeut en doktersassistentes.

De overige behandelaars in de keten op verzoek van de hoofdbehandelaar; diëtist, Administraties van bovengenoemde (mede) behandelaars ten behoeve van de planning De helpdesk van HE Zorg ten behoeve van implementatie, ondersteuning en begeleiding bij het gebruik van het EPD door huisartsen en POH-ers op praktijkniveau.

Commissie kwaliteit van HE Zorg ter verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg Medewerkers van Portavita voor het bewaren van de gegevens en uitsluitend op verzoek in patiëntgegevens voor begeleiding van de helpdesk van HE Zorg op ICT gebied.

De financiële administratie, uitbesteedt aan Promeetec, voor het factureren bij de zorgverzekeraar.

De zorgverzekeraar en/of andere onderzoeksinstanties kunnen alleen na goedkeuring van de directie, geanonimiseerde patiëntgegevens ontvangen

9.2 Omgang met de gegevens

De personen die toegang hebben tot de patiëntgegevens nemen uitsluitend kennis van deze gegevens voor zover dit voor de uitvoering van hun taak noodzakelijk is.

De personen die toegang hebben tot de patiëntgegevens verplicht zijn de gegevens waarvan zij kennis nemen, geheim te houden.

De personen die toegang hebben tot de patiëntgegevens voldoende technische en organisatorische waarborgen biedt ter beveiliging tegen verlies of onrechtmatig gebruik van de inlogcode, wachtwoord en patiëntgegevens.

De behandelend arts is verantwoordelijk voor het voorafgaand informeren van de patiënt over de verwerking van zijn gegevens door HE Zorg en zijn rechten op inzage, correctie en verzet.

De personen die toegang hebben tot de patiëntgegevens zijn niet gerechtigd om zonder overleg of afstemming met de behandelend arts patiëntgegevens ter inzage te geven of afschriften aan derden te verstrekken.

Deze persoon brengt na bijzonder overleg of afstemming met de behandelend arts geen inhoudelijke wijzigingen aan en/of verwijdert geen gegevens, tenzij het onmiskenbaar foutieve administratieve gegevens betreft.

10 Bijlage Klachtenreglement

De Zorggroep HE Zorg is aangesloten bij de Klachtenregeling Huisartsenzorg Midden-Nederland. De klachtencommissie is opgericht om alle klachten over huisartsen te behandelen. De klachtencommissie onderzoekt en beoordeelt ook klachten over aangesloten zorggroepen. Klachten over andere disciplines dan huisartsen, zoals diëtisten, fysiotherapeuten, etc. dient u in te dienen bij de Klachtenregeling voor de betreffende beroepsgroep.

De klachtencommissie is onafhankelijk. De klachtencommissie heeft als taak te bepalen of een klacht gegrond is. Ook kan de klachtencommissie een aanbeveling doen. De klachtencommissie kan géén schadevergoeding toekennen.

Aan de advisering, bemiddeling en behandeling van klachten door de klachtencommissie zijn geen kosten verbonden. Informatie over de klachtencommissie en haar werkwijze kunt u vinden op www.klachtenregelingmiddennederland.nl

De huisarts heeft contractueel toestemming aan HE Zorg gegeven om op verzoek van de Klachtenregeling Huisartsenzorg naam en relevante gegevens betreffende de klacht aan de Klachtenregeling Huisartsenzorg te verstrekken. Indien een huisarts in het kader van werkzaamheden voor HE Zorg wordt aangeklaagd via de Klachtenregeling Huisartsenzorg, informeert de huisarts de directeur van HE Zorg over de tegen hem/haar gerichte klacht.

Klachten kunnen alleen schriftelijk ingediend worden bij de huisarts, He Zorg of de klachtenregeling:

per post: Postbus 20056, 3502 LB Utrecht

per e-mail: klachtencommissie@klachtenregelingmiddennederland.nl

11 Bijlage Referenties

- LAN zorgstandaard COPD 2010
- NHG standaard COPD (tweede herziening)
- NHG-Standaard Stoppen met roken
- Voorlopige zorgstandaard COPD
- Procesbeschrijvingen COPD Stichting van Rhijnhuizen
- Richtlijn Ketenzorg COPD
- CCQ - Prof. T. Van der Molen
- Landelijke transmurale afspraak COPD
- KNGF richtlijn chronisch obstructieve longziekten
- Samenwerkingsmodule Maastricht
- NNGB
- MRC dyspneuschaal (www.ccq.nl)