

Belangrijkste wijzigingen zorgprogramma DM2

De belangrijkste inhoudelijke wijzigingen in het zorgprogramma DM2 ten opzichte van de vorige versie zijn:

- *Exclusiecriteria* (paragraaf 2.2.2):
De patiënt wordt geëxcludeerd uit de keten DM2 wanneer:
 - de patiënt een zwangerschapswens heeft of zwanger is;
 - de patiënt zwangerschapsdiabetes heeft;
 - er bij de patiënt sprake is van diabetes in remissie (niet meer aantoonbare diabetes) (>5 jaar zonder glucoseverlagende medicatie);
 - er sprake is van no show zoals gedefinieerd in het no show-beleid van Ketenzorg Friesland;
 - er geen informatie meer gedeeld mag worden.
 - de patiënt op grond van de Wet langdurige zorg van een zorginstelling verblijf en behandeling ontvangt.Exclusie wil niet zeggen: geen behandeling meer! De patiënt valt dan alleen voor zijn zorgvraag onder de reguliere huisartsenzorg.
- *Groepsconsult* (paragraaf 4.1 persoonsgerichte zorg)
De huisartsenpraktijk kan een deel van de consulttijd per patiënt benutten voor voorlichting en educatie in groepsverband. Veel patiënten waarderen contacten met andere ervaringsdeskundigen en de voorlichting over de chronische aandoening en het leven met een chronische aandoening is deels algemeen en geschikt voor bespreking in groepsverband. Beschikbare consulttijd wordt daarmee op een andere, efficiënte wijze ingezet. Er is beleid beschikbaar over inzet van groepsconsulten. Hiernaar wordt verwezen in het zorgprogramma.
- *Screening op depressie* (paragraaf 4.2.4):
 - Opgenomen in het zorgprogramma is de Instel-vragenlijst. Deze kan behulpzaam zijn bij een eerste screening op psychische problemen. Het risico op psychische problemen zoals stress en depressie bij patiënten met een chronische ziekte is duidelijk toegenomen. We streven ernaar de vragenlijst op korte termijn beschikbaar te krijgen in het KIS.
 - De PAID-lijst is een specifieke depressiescreeningslijst voor mensen met diabetes. De totaalscore wordt berekend door de score van 0-4 op de 20 items te sommeren (range = 0-80). Bij een score van 40 en hoger zijn er aanwijzingen voor ernstige diabetes gerelateerde distress. Zo nodig wordt de patiënt voor evaluatie of behandeling van psychosociale factoren leidend tot bijvoorbeeld angst of depressie, buiten de keten, verwezen naar de POH-GGZ.
- *Laboratoriumonderzoek* (paragraaf 3.1 en 5.1):
 - De indicaties laboratoriumonderzoek zijn te vinden via de link naar de nieuwe instructiekaart voor lab-bepalingen bij DM2. De wijze van bepaling van het LDL (direct of berekend) wordt aan het laboratorium overgelaten.
 - Eenmaal per drie tot zes maanden wordt de (nuchtere) glucose of worden de glucosedagcurves bepaald. Conform de NHG-standaard kan ervoor worden gekozen om niet de nuchtere glucose te bepalen, maar te kiezen voor een postprandiale glucose bijvoorbeeld 2 uur na de lunch. Het HbA1c wordt jaarlijks bepaald. Tussentijdse bepaling van het HbA1c heeft bij de patiënten op orale medicatie alleen zin om te controleren of de beoogde glykemische instelling is behaald of om te beoordelen of een nieuwe stap in het beleid is geïndiceerd, zoals een nieuw oraal geneesmiddel of behandeling met insuline, etc.
 - Wanneer bij een tussentijdse controle, naast de bepaling van de (nuchtere) glucose in de praktijk, alleen het HbA1c moet worden bepaald, dan kan gekozen worden voor de methode met een filterkaartje. Er wordt dan een druppel bloed opgestuurd naar het laboratorium op een daarvoor bestemd formulier. De procedure voor deze meting wordt

beschreven in een aparte werkinstructie (er is een link opgenomen in het zorgprogramma).

- **Streefwaarde LDL:**
De streefwaarde LDL is $\leq 2,5$. Wanneer een patiënt (bijv. op basis van een doorgemaakt myocardinfarct) door de cardioloog is ingesteld op een LDL-streefwaarde van $\leq 1,8$ mmol/l, wordt deze laatste streefwaarde aangehouden (vooruitlopend op de herziening van de NHG-standaard CVRM).
- **HbA1c (paragraaf 4):**
In 2018 is het HbA1c een punt van aandacht in de periodieke evaluaties van KZF en DFZ. De streefwaarde van het HbA1c is ≤ 53 bij een leeftijd <70 jaar. Is de leeftijd >70 jaar is het afhankelijk van de therapie en de duur van de ziekte DM2 of de streefwaarde van het HbA1c hoger mag zijn dan 53. Gebruikt een patiënt ouder dan 70 jaar meerdere bloedglucose verlagende middelen en is de diagnose DM2 <10 jaar geleden gesteld dan is de streefwaarde ≤ 58 en is de diagnose DM2 >10 jaar geleden gesteld dan is de streefwaarde ≤ 64 . Dit is wel afhankelijk van het individuele risicoprofiel alsmede de individuele behandeldoelen en een individueel zorgplan. Het individueel zorgplan wordt door de hoofdbehandelaar of de praktijkondersteuner besproken met de patiënt en/of zijn of haar cliëntsysteem. In dit gesprek worden de algemene streefwaarden vertaald in individuele (zorg)doelen waarbij de eigen inbreng van de patiënt centraal staat..
- **Chronische nierschade**
N.a.v. de nieuwe NHG-standaard Chronische Nierschade (april 2018) is het zorgprogramma aangepast voor het onderdeel over nierfunctiestoornissen.
- **Verwijscriteria 1^{ste} en 2^{de} lijns partners (paragraaf 6.1 en 6.2):**
In hoofdstuk 6 zijn de verwijscriteria en zorgproducten opgenomen voor de 1^e en 2^e-lijns ketenpartners. In het nieuwe zorgprogramma wordt onderscheid gemaakt in verwijzing naar de internist/endocrinoloog en de internist/nefroloog. Verder is afgesproken dat het bij verwijzingen naar de 2^e lijn aan de internist is om te bepalen of een verwijzing inderdaad binnen de keten kan worden opgepakt en door wie dat het beste kan worden gedaan (internist of diabetesverpleegkundige). Dat betekent dat er vanuit de huisartsenpraktijk voortaan wordt verwezen naar de internist en niet meer apart naar de diabetesverpleegkundige. Deze mogelijkheid in het KIS komt te vervallen. De zorgproducten voor de 2^e lijn staan beschreven in paragraaf 6.2.
- **Pilot Fysiotherapie:**
In een aantal praktijken starten we met een pilot fysiotherapie binnen de keten DM2. Gelet op de bewezen positieve effecten van bewegen, is het doel de drempel om te gaan bewegen bij patiënten te verlagen. Binnen de pilot zijn daarom een 0-meting en een beweegadvies van de fysiotherapeut opgenomen in de DM2-keten. Deze zorgproducten worden aangeboden aan DM2-patiënten die niet voldoen aan de beweegnorm en niet voldoende hebben aan de ondersteuning die de huisartspraktijk op dit terrein kan bieden. De pilot moet uitwijzen of verwijzing naar de fysiotherapie met een kortdurende interventie inderdaad leidt tot toename van beweging bij deze patiënten.

NB: het zorgprogramma DM2 blijft een dynamisch document. Binnenkort verwachten wij enkele aanpassingen door te voeren naar aanleiding van een herziening van de NHG-standaard DM2. Kijkt u altijd op de website voor de actuele versie van het Digitale Handboek DM2!

Belangrijkste wijzigingen zorgprogramma CVRM

De belangrijkste inhoudelijke wijzigingen in het zorgprogramma CVRM ten opzichte van de vorige versie zijn:

- **Inclusiecriteria** (paragraaf 2.2.1)
De inclusiecriteria zijn conform de criteria die InEen per 2016 hanteert. Wij hebben u hierover eerder geïnformeerd. Graag vragen wij nogmaals uw aandacht voor het feit dat patiënten op basis van risicofactoren artritis psoriatica, antipsychotica en zwangerschapsgerelateerde problemen niet automatisch in de keten kunnen worden geïncludeerd. Dit geldt ook voor Vena Retinalis Trombose, RA, M. Bechterew en bloedig CVA. Cerebraal infarct (K90.3) en Arteria Retinalis Trombose horen wel bij de InEen-inclusiecriteria. Zie voor de volledige inclusiecriteria het zorgprogramma.
- **Shared Care** (paragraaf 2.2.1):
Wanneer de patiënt onder behandeling is van de specialist vanwege zijn orgaan-specifieke lijden en de specialist de patiënt conform het wisselprotocol CVRM aan de huisarts overdraagt voor de begeleiding ten aanzien van cardiovasculaire risico's (shared care), kan deze patiënt in de keten CVRM worden opgenomen. In eerste instantie geldt dit voor alle patiënten die door de specialist al zijn of nog worden terugverwezen naar de huisarts voor de begeleiding bij CVRM. Mogelijk kan deze groep in tweede instantie verder worden verbreed naar alle patiënten die in de 2^e lijn worden behandeld voor hun orgaan-specifieke lijden en daarnaast CVRM-begeleiding nodig hebben. Hiervoor zijn nadere provinciale afspraken nodig tussen de huisartsen en de betreffende specialisten. Bij inclusie in de keten is het uiteraard van belang dat de patiënt vooraf toestemming verleent.
- **Groepsconsult** (paragraaf 4)
De huisartsenpraktijk kan een deel van de consulttijd per patiënt benutten voor voorlichting en educatie in groepsverband. Veel patiënten waarderen contacten met andere ervaringsdeskundigen en de voorlichting over de chronische aandoening en het leven met een chronische aandoening is deels algemeen en geschikt voor bespreking in groepsverband. Beschikbare consulttijd wordt daarmee op een andere, efficiënte wijze ingezet. Er is beleid beschikbaar over inzet van groepsconsulten. Hiernaar wordt verwezen in het zorgprogramma.
- **Screening op depressie** (paragraaf 4.2.4):
Opgenomen in het zorgprogramma is de Instel-vragenlijst. Deze kan behulpzaam zijn bij een eerste screening op psychische problemen. Het risico op psychische problemen zoals stress en depressie bij patiënten met een chronische ziekte is duidelijk toegenomen. We streven ernaar de vragenlijst op korte termijn beschikbaar te krijgen in het KIS.
- **Laboratoriumonderzoek** (paragraaf 3.1 en 4.3):
De indicaties laboratoriumonderzoek zijn te vinden via de link: Indicaties laboratoriumbepalingen bij CVRM. De wijze van bepaling van het LDL (direct of berekend) wordt aan het laboratorium overgelaten.
- **Streefwaarde LDL** (paragraaf 4.3.2):
De streefwaarde LDL is $\leq 2,5$. Wanneer een patiënt (bijv. op basis van een doorgemaakt myocardinfarct) door de cardioloog is ingesteld op een LDL-streefwaarde van $\leq 1,8$ mmol/l, wordt deze laatste streefwaarde aangehouden (vooruitlopend op de herziening van de NHG-standaard CVRM).
- **Verminderde nierfunctie** (paragraaf 4.3.3):
In het zorgprogramma zijn de indicaties voor consultering van de 2e lijn bij een verminderde nierfunctie expliciet aangegeven. Optimalisering van de zorg bij een verminderde nierfunctie is een speerpunt van KZF voor de komende periode. N.a.v. de nieuwe NHG-standaard Chronische Nierschade (april 2018) is het zorgprogramma aangepast voor het onderdeel over nierfunctiestoornissen.
- **Hypertensie** (paragraaf 4.4.1):

In 2018 zal de systolische bloeddruk een punt van aandacht zijn in de periodieke evaluaties van KZF en DFZ. Streefwaarde is een systolische bloeddruk van maximaal 140 mm Hg. Therapieresistente hypertensie is gedefinieerd als een SBD >140 mm Hg ondanks gebruik van drie antihypertensiva van verschillende klassen (idealiter inclusief een diureticum) en in adequate doseringen. TRH is vrijwel altijd multifactorieel bepaald. Een patiënt heeft pas daadwerkelijk therapieresistente hypertensie als andere oorzaken van een slecht gereguleerde bloeddruk zijn uitgesloten. Screen daarom op therapie-ontrouw, secundaire oorzaken en witte-jassen hypertensie. Overweeg verwijzing naar de diëtiste en beoordeel of de patiënt volgens het wisselprotocol verwezen zou moeten worden naar de 2e lijn (zie hoofdstuk 6).

- **Verwijscriteria 1^{ste} en 2^{de} lijns partners** (paragraaf 6.1 en 6.2):
In hoofdstuk 6 zijn de verwijscriteria en zorgproducten opgenomen voor de 1^e en 2^e-lijns ketenpartners. In het nieuwe zorgprogramma wordt onderscheid gemaakt in verwijzing naar de internist/vasculair geneeskundige en de internist/nefroloog. Verder is afgesproken dat het bij verwijzingen naar de 2^e lijn aan de internist is om te bepalen of een verwijzing inderdaad binnen de keten kan worden opgepakt en door wie dat het beste kan worden gedaan (internist of verpleegkundige). De zorgproducten staan beschreven in hoofdstuk 6.
- **Pilot Fysiotherapie**
In een aantal praktijken starten we met een pilot fysiotherapie binnen de keten CVRM. Gelet op de bewezen positieve effecten van bewegen, is het doel de drempel om te gaan bewegen bij patiënten te verlagen. Binnen de pilot zijn daarom een 0-meting en een beweegadvies als zorgproducten van de fysiotherapeut opgenomen in de CVRM-keten. Deze zorgproducten worden aangeboden aan CVRM-patiënten die niet voldoen aan de beweegnorm en niet voldoende hebben aan de ondersteuning die de huisartspraktijk op dit terrein kan bieden. De pilot moet uitwijzen of verwijzing naar de fysiotherapie met een kortdurende interventie inderdaad leidt tot toename van beweging bij deze patiënten.

NB: het zorgprogramma CVRM blijft een dynamisch document. Binnenkort verwachten wij enkele aanpassingen door te voeren naar aanleiding van een herziening van de NHG-standaard CVRM. Kijkt u altijd op de website voor de actuele versie van het Digitale Handboek CVRM!

Belangrijkste wijzigingen zorgprogramma Astma-COPD

De belangrijkste inhoudelijke wijzigingen in het zorgprogramma CVRM ten opzichte van de vorige versie zijn:

- **Ziektelastmeter** (paragraaf 3)
In 2018 is de ziektelastmeter beschikbaar gekomen in het Ketenzorg Informatiesysteem.
- **Groepsconsult** (paragraaf 4)
De huisartsenpraktijk kan een deel van de consulttijd per patiënt benutten voor voorlichting en educatie in groepsverband. Veel patiënten waarderen contacten met andere ervaringsdeskundigen en de voorlichting over de chronische aandoening en het leven met een chronische aandoening is deels algemeen en geschikt voor bespreking in groepsverband. Beschikbare consulttijd wordt daarmee op een andere, efficiënte wijze ingezet. Tijdens het individuele consult hoeft de POH dan naar verwachting op termijn minder tijd te besteden aan algemene informatie en voorlichting. Ketenzorg Friesland kan ondersteuning bieden bij het opzetten en organiseren van groepsbijeenkomsten voor patiënten, bijv. door het delen van voorbeelden en draaiboeken voor verschillende vormen van groepseducatie. De vergoeding voor de organisatie van groepsbijeenkomsten door een of meer huisartsenpraktijken valt binnen het kwartaaltarief.
- **Vaststellen voedingstoestand** (paragraaf 4.2.2 en p. 6.1.1):
De criteria voor het vaststellen van een verminderde voedingstoestand en de verwijzing naar de diëtiste bij patiënten met COPD zijn aangepast aan de nieuwste inzichten.
- **Screening op depressie** (paragraaf 4.2.4):
Opgenomen in het zorgprogramma is de Instel-vragenlijst. Deze kan behulpzaam zijn bij een eerste screening op psychische problemen. Het risico op psychische problemen zoals stress en depressie bij patiënten met een chronische ziekte is duidelijk toegenomen.
- **Exacerbatie management** (paragraaf 5.3):
In 2018 zal het voorkomen van exacerbaties een punt van aandacht zijn in de regelmatige besprekingen van KZF en DFZ. Een patiënt kan door allerlei oorzaken een exacerbatie krijgen. De exacerbatie moet direct behandeld worden. De POH en/of de huisarts is degene die samen met de patiënt hernieuwde doelstellingen vastlegt en voorlichting geeft. Indien noodzakelijk overleggen de verschillende disciplines over bijstelling van het individueel zorgplan. Een exacerbatie zorgt er vrijwel altijd voor dat een COPD-patiënt inactiever wordt, waardoor gemakkelijker recidieven ontstaan. Daarom is het raadzaam om de patiënt in de stabiele fase hierna te verwijzen naar de fysiotherapeut.
Voorlichting over exacerbaties bestaat minimaal uit de volgende onderdelen:
 - hoe kan de kans op een exacerbatie worden verkleind;
 - vroegtijdige onderkenning van de verschijnselen; herkennen en voorkomen van exacerbatie;
 - beschikbaarheid van “nood”-medicatie in de thuissituatie;
 - een actieplan hoe, wanneer en bij wie hulp in te schakelen, follow-up en evaluatie.Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de brochure van het Longfonds of REDUX van de CAHAG.
- **Verwijzing naar de longarts** (paragraaf. 6.2.1):
Naast de expertanalyse (bevestiging diagnosestelling van bestaande patiënten met de voorlopige diagnose) zijn er ruimere verwijzingsmogelijkheden naar de 2^e lijn gekomen, te weten een email-consult en een specialistische consultatie, waarbij de patiënt door de longarts wordt gezien. De indicaties hiervoor zijn conform het wisselprotocol.

NB: het zorgprogramma Astma-COPD blijft een dynamisch document. Kijkt u altijd op de website voor de actuele versie van het Digitale Handboek Astma-COPD!