

CVRM Implementatie Traject (CRIT) voor HVZ patiënten

Voor de logistieke inrichting van het CVRM spreekuur voor HVZ patiënten is het essentieel dat iedereen weet wie wat doet, wanneer, hoe vaak en hoe lang. E.e.a. is afhankelijk van de individuele situatie per praktijk. Bij het inrichten van het HVZ spreekuur is het volgen van een CVRM implementatie traject (CRIT) een leidraad. In onderstaande tabel staan de verschillende fases van het CRIT beschreven. Deze fases lopen in de dagelijkse praktijk door elkaar heen.

Tabel 2. CRIT

CRIT	Checklist implementatietraject	Voldaan
1	Richt uw ICT in: a) Maak een overzicht van de HVZ patiënten b) Hanteer HIS risico profiel aan de hand van de minimale indicatoren set c) Implementeer de registratie instructies d) Doe dossier onderzoek conform het stroomdiagram en de werkwijzer e) Implementeer de declaratie inrichting	
2	Maak praktische werkafspraken over: a) Diagnostiek en behandeling op basis van het regionale HVZ zorgplan b) Taken huisarts, POH en doktersassistent c) Gestructureerd overleg huisarts met betrokken hulpverleners HVZ spreekuur d) Richt oproep-, controle- en follow up systeem in	
3	Implementeer de regionale samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners	
4	Volg nascholing op HVZ gebied volgens nascholingscurriculum ZEL	
5	Audit doorlopen	

Ad. 1 Richt uw ICT in

Hieronder volgt een (procedurele) uitleg van de stappen de huisarts doorloopt voor het inrichten van de ICT. De ICT commissie van de ZEL heeft ten behoeve van de daadwerkelijke uitvoer een extractie instructie, monitoringsformulier en declaratie instructie formulier per HIS ontwikkeld. Heeft u deze nog niet ontvangen, neem dan contact op met de ZEL.

A. Maak een overzicht van de HVZ patiënten die binnen de CVRM zorg vallen

Maak volgens het selectieprotocol van de ZEL een uitdraai van de patiëntenpopulatie (zie ICT wijzer ICT commissie). Met het keten informatie systeem (KIS) kan in de toekomst vanuit de ZEL een extractie uit het HIS gemaakt worden.

Tabel 3. Selectieparameters

Selectieparameters HVZ; inclusiecriteria	ICPC
Angina Pectoris	K74.00
Instabiele angina pectoris	K74.01
Stabiele angina pectoris	K74.02
Acuut Myocardinfarct	K75.00
Andere chronische ischaemische hartziekten	K76.00
Coronairsclerose	K76.01
Vroeger myocardinfarct (> 4 weken geleden)	K76.02
TIA	K89.00
Intracerebrale bloeding	K90.02
Cerebraal infarct	K90.03
Claudicatio Intermittens/Perifeer arterieel vaatlijden (PAV)	K92.01
Aneurysma Aortae	K99.01

Let op: In de selectie mogen géén DM2 patiënten zitten (T90.00, T90.01 en T90.02). Het is dus belangrijk dat u alle patiënten met deze codes uit het bestand filtert, of direct uitsluit tijdens het aanmaken van de patiëntselectie.

B. Hanteer HIS risicoprofiel aan de hand van de minimale indicatoren set

HVZ patiënten hebben een hoog risico op een recidief en/of sterfte ten gevolge van HVZ. Het risico van HVZ is multifactorieel bepaald. Daarom worden de risicofactoren in samenhang beoordeeld en behandeld. Voor alle patiënten met een HVZ wordt hun risicoprofiel bepaald. Het risicoprofiel is een overzicht van voor HVZ relevante risicofactoren:

Tabel 4. Minimale meetwaarden set

Omschrijving	Afkorting	Code	Standaardinvoer	Registratiefrequentie
Gegevens hoofdbehandelaar	NHG			NHG
Hoofdbehandelaar CVRM	CVHB KZ	2815		bij elk bezoek
Lichamelijk onderzoek	NHG			
Lengte	LNGP AO	560	M	Eenmalig/wijzigingen
Gewicht	GEW AO	357	Kg	jaarlijks
BMI (Quetelet Index)	QUET AO	1272		jaarlijks
Middelomtrek	OMVA DH	1872		op indicatie
Systolische bloeddruk	RRSY KA	1744	mmHg	tenminste jaarlijks
Diastolische RR	RRDI KA	1740	mmHg	tenminste jaarlijks
Polsritme	POLR	2102	1 = regulair 2 = irregulair	tenminste jaarlijks
Polsfrequentie	POLS	1875	x/min.	tenminste jaarlijks
Systolische bloeddruk (thuismeting)	RRSY KA MH	2055	mmHg	
Diastolische bloeddruk (thuismeting)	RRDI KA MH	2056	mmHg	
Systolische bloeddruk (24 uren meting)	RRGS KA MH	2659	mmHg	

Diastolische bloeddruk (24 uurs meting)	RRGD KA MH	2660	mmHg	
Omschrijving	Afkorting	Code	Standaardinvoer	Registratiefrequentie
Laboratorium	NHG			NHG
Glucose nuchter	GLUC B NU (veneus) GLUC BC NU (capillair)	372 382		per 3-5 jaar herhalen
Kalium	K B	513	mmol/l	jaarlijks, bij gebruik diuretica, ACE- remmers of ARB
Cholesterol totaal	CHOL B MT	192	mmol/l	per 3-5 jaar herhalen
HDL-cholesterol	HDL B	446	mmol/l	per 3-5 jaar herhalen
LDL-cholesterol	LDL B	542	mmol/l	per 3-5 jaar herhalen; bij gebruik statines op indicatie
Chol/HDL-chol ratio	CHHD B MI	181	mmol/l	per 3-5 jaar herhalen
Triglyceriden	TRIG B	1377	mmol/l	per 3-5 jaar herhalen
Kreatinine	KREA B	523	micromol/l	jaarlijks, bij gebruik diuretica, ACE- remmers of ARB
(micro-) albumine urine of (micro-) albumine/ kreatinine ratio	ALB U of ALBK U MI	38 of 40	mg/l of mg/mmol	Jaarlijks, bij gebruik diuretica, ACE- remmers of ARB
Nierfunctie: MDRD (eGFR) of Cockcroft-Gault	KREM O FB KREA O FB	1919 1918	ml/min/1,73 ml/min	jaarlijks, bij gebruik diuretica, ACE- remmers of ARB; anders per 3-5 jaar herhalen
Leefstijl en risicofactoren	NHG			NHG
Roken	ROOK AQ	1739	1 = ja 2 = voorheen 3 = nooit	eenmalig bij nooit rokers, jaarlijks bij rokers/voorheen rokers
Advies stoppen met roken gegeven	ADMI AQ	1814		jaarlijks, bij rokers
Alcoholgebruik	ALCO PQ	1591	eh/dag	jaarlijks
Advies gezonde voeding gegeven	ADVD AQ	2137		eenmalig vastleggen, op indicatie
Lichaamsbeweging	NNGB AQ	3239	1 = volgens norm gezond 2 = meer dan ADL 3 = ADL 4 = minder dan ADL 5 = onduidelijk	jaarlijks

Advies lichaamsbeweging gegeven	ADLB LQ	1816		eenmalig vastleggen, op indicatie
Therapietrouw medicatie (preventie HVZ)	HVTM KQ	2198		Jaarlijks
Omschrijving	Afkorting	Code	Standaardinvoer	Registratiefrequentie
Hart en vaatziekte naaste familie <65 jaar	HF65 KQ	3238	1 = nee 2 = ja 3 = onduidelijk	eenmalig vastleggen en bij wijzigingen
Diabetes naaste familie	DMFM	1648	1 = nee 2 = ja 3 = onduidelijk	eenmalig vastleggen en bij wijzigingen
Risico HVZ volgens CVRM richtlijn	RH12 KQ FB	3241	1= 0-4% groen 2= 5-9% geel 3= ≥10% rood 4= kan niet berekend worden	eenmalig op indicatie, zie richtlijn, niet bij mensen met HVZ
Medicatie	ATC			
Antihypertensiva	C02			registreren indien van toepassing
Diuretica	C03			registreren indien van toepassing
Bètablokkers	C07			registreren indien van toepassing
Calciumantagonisten	C08			registreren indien van toepassing
Middelen aangrijpend op RAAS	C09			registreren indien van toepassing
Antilipaemica	C10			registreren indien van toepassing
Antistolling/thrombocytenaggratieremmers	B01A			registreren indien van toepassing
Influenza vaccinatie (ATC)	J07BB of R44 (ICPC)			registreren indien van toepassing

- Gegevens over medicatie gaan mee conform de meest recente richtlijn Overdracht van medicatiegegevens. Deze tabel expliciteert alleen welke aandoening specifieke medicatie geregistreerd en uitgewisseld moet worden.
- In de kolom registratiefrequentie staat alleen wat de NHG richtlijn adviseert. Van belang is ook welke afspraken zorgverlener en patiënt hierover maken.

C. Implementeer de registratie instructies

Ten tijde van de peildatum moet aan alle in-en exclusiecriteria voldaan worden. Omdat er sprake kan zijn van multi-morbiditeit op HVZ gebied wordt geadviseerd om aan het eerste doorgemaakte HVZ event de episodetitel CVRM toe te voegen (zie ook uitleg blz.13). Indien mogelijk maakt u in het HIS een cluster CVRM aan. Door aan de episodetitel van het eerste HVZ-event CVRM toe te voegen is voor alle medewerkers duidelijk aan welke ICPC code (of cluster) de CVRM handelingen van deze HVZ patiënt kunnen worden vastgelegd. Bij elk bezoek aan de huisarts wordt de hoofdbehandelaar CVRM

(CVHB_KZ) ingevuld. In dit registratieprotocol worden de gegevens uit de nieuwe CBO/NHG consensus CVRM toegepast. Totdat de officiële aanpassingen in de Hissen zijn doorgevoerd worden nog de nu geldende waardes gebruikt.



D. Voer dossieronderzoek uit

Hieronder volgt eerst een tekstuele uitleg van het dossieronderzoek. Daarna wordt het schematisch weergegeven in een stroomschema en volgt een korte samenvatting.

Papieren beoordeling dossier en schonen van het patiëntenbestand

Naar aanleiding van selectie criteria wordt een bestand gegenereerd. Het bepalen van de daadwerkelijke aanwezigheid van de diagnose HVZ bij deze patiënten vereist een zeer nauwkeurige controle.

Patiënten met doorgemaakte HVZ (zie stroomdiagram dossieronderzoek op pagina 15)

Patiënten met HVZ komen in aanmerking voor CVRM. Wanneer er sprake is van angina Pectoris, acuut Myocardinfarct, andere chronische/ischaemische hartziekten, cerebraal infarct, intracerebrale bloeding, Transient Ischemic Attack (TIA), claudicatio Intermittens, aneurysma Aortae en hoofdbehandelaarschap 'huisarts' wordt de patiënt eveneens opgenomen in keten-DBC HVZ. Een veelgemaakte fout is dat aan patiënten met pijn op de borst meteen de ICPC van angina pectoris wordt toegekend. Als achteraf blijkt, dat dit slechts "aspecifieke thoracale pijnklachten" zijn, moeten op consultniveau deze foute ICPC 's opgezocht worden en verwijderd worden. Automatisch aangemaakte contra-indicaties en episodes dienen eveneens verwijderd te worden. Vaak gaan deze fouten ver terug in het verleden.

Beoordeling hoofdbehandelaarschap HVZ

Is eenmaal nauwkeurig vastgesteld dat betrokkene daadwerkelijk HVZ heeft doorgemaakt, dan wel atherosclerotisch orgaanschade heeft wordt bekeken of de patiënt het afgelopen jaar voor CVRM controle op het spreekuur in de huisartsenpraktijk is geweest. Zo ja, dan wordt hoofdbehandelaarschap 'huisarts' toegevoegd. De patiënt is dus niet voor zijn HVZ onder behandeling bij de specialist.

Zo nee, dan moet naar de laatste verzonden brief van de specialist gezocht worden. Indien aanwezig in de laatste 2 jaar kun je ervan uitgaan, dat betrokkene door specialist gecontroleerd wordt, tenzij uitdrukkelijk vermeld staat, dat controles overgedragen worden aan de huisarts.

Als de "briefloze termijn" > 2 jaar is kun je bij de patiënt informeren of hij/zij nog onder controle is bij de specialist (hetzij telefonisch, hetzij door de patiënt op te roepen).

Het hoofdbehandelaarschap 'huisarts' kan pas worden ingevuld als de patiënt daadwerkelijk voor CVRM controle op het spreekuur in de huisartsenpraktijk komt!

Indien de specialist (cardioloog, vaatchirurg, neuroloog, internist) hoofdbehandelaar is dan valt patiënt buiten de keten-DBC HVZ en mogen er geen protocollaire controles binnen de keten gedeclareerd worden.

Indien het hoofdbehandelaarschap 'huisarts' is wordt de patiënt opgeroepen. Leg met de diagnostische bepaling 'hoofdbehandelaar CVRM' de hoofdbehandelaar vast. Daarnaast kan ter extra identificatiemogelijkheid aan de bestaande episodetitel CVRM toegevoegd worden. Hiermee kan de groep patiënten onderscheiden worden van die patiënten, die eveneens HVZ hebben, maar om andere redenen (bijvoorbeeld maligniteit of anderszins [zie hiervoor de exclusiecriteria]) niet geïnccludeerd worden en buiten het zorgplan HVZ vallen. Registreer de activiteiten in de desbetreffende episode. Bij meerdere ICPC coderingen bij één patiënt (bijvoorbeeld Angina Pectoris en Hypertensie is de ICPC codering HVZ (hierbij dus Angina Pectoris) dominant. CVRM handelingen en activiteiten dienen in deze HVZ-episode geregistreerd te worden. Indien er meerdere episodes met HVZ zijn, dan kan men kiezen om het eerste HVZ-event dominant te maken en aan deze episode regel CVRM toe te voegen. Registreer de CVRM handelingen en activiteiten in de desbetreffende episode. Indien het HIS een mogelijkheid heeft om van alle episodes één cluster aan te maken kan een CVRM cluster aangemaakt worden. Registreer de CVRM handelingen en activiteiten in de desbetreffende CVRM cluster.

Indien de patiënt niet meer in de HVZ keten valt wordt de CVRM in de episodetitel verwijderd en wordt het hoofdbehandelaarschap van de huisarts aangepast.

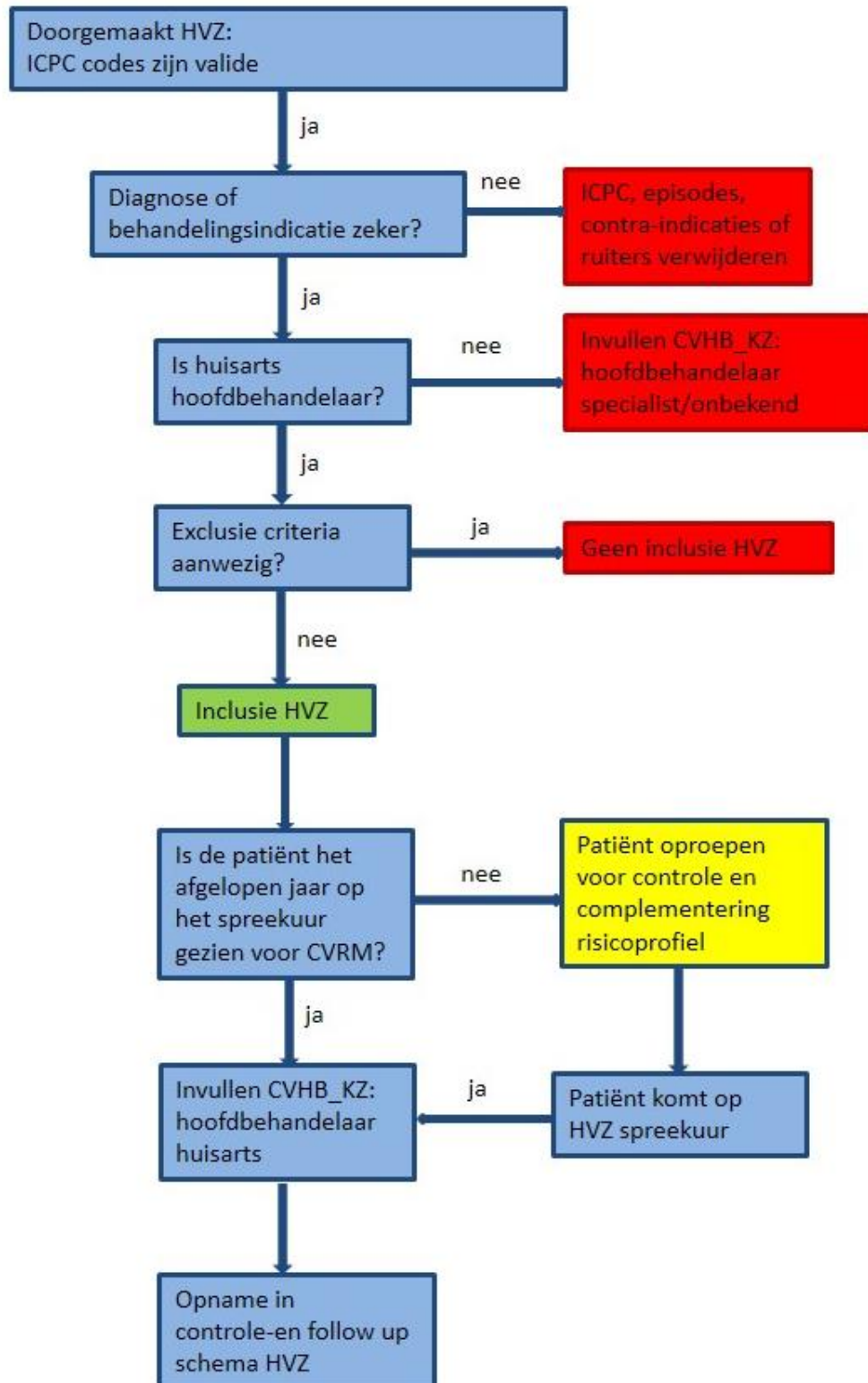
Verdere controle en complementering risicoprofiel

Het bestand van patiënten, dat na schonen overblijft en nog niet onder controle van de huisarts is, dient opgeroepen te worden voor verdere controle en complementering van het risicoprofiel.

Inclusie criteria voor de keten-DBC HVZ

De HVZ groep moet aan alle in-en exclusiecriteria voldaan worden ten tijde van de peildatum. Indien de huisarts hoofdbehandelaar is wordt bij elk bezoek het hoofdbehandelaarschap 'huisarts' ingevuld.

Stroomdiagram dossieronderzoek



Beknopte samenvatting Dossieronderzoek:

Het dossier moet op de volgende items moeten worden gecheckt:

- 1. Is een geselecteerde ICPC code destijds terecht toegekend op basis van de omschreven richtlijnen?**
 - **ja:** dan spreken we van een valide diagnose.
 - Valide ICPC codes patiënten met HVZ:
K74.00, K74.01, K74.02 , K75.00, K76.00, K76.01, K76.02, K89.00, K90.02, K90.03, K92.01, K99.01.
 - valide diagnose ja: zet op gevalideerde lijst.
 - valide diagnose nee: zet op de actielijst. Verwijder ICPC codes, contra-indicaties of ruiters.

- 2. Is de huisarts hoofdbehandelaar, zijn er geen exclusiecriteria aanwezig en heeft patiënt een HVZ doorgemaakt?**
 - **ja:** inclusie in HVZ keten.

- 3. Is de patiënt het afgelopen jaar op het CVRM spreekuur geweest?**
 - **ja:** inclusie in HVZ keten. Vul hoofdbehandelaarschap huisarts CVHB_KZ in en neem patiënt op in controle-en follow up schema HVZ.

 - Is de patiënt het afgelopen jaar niet op het CVRM spreekuur geweest?
 - **nee:** roep patiënt op voor controle en complementering risicoprofiel op het CVRM spreekuur. Pas na komst op het spreekuur kan hoofdbehandelaarschap CVHB_KZ huisarts worden ingevuld waarna inclusie in HVZ keten.

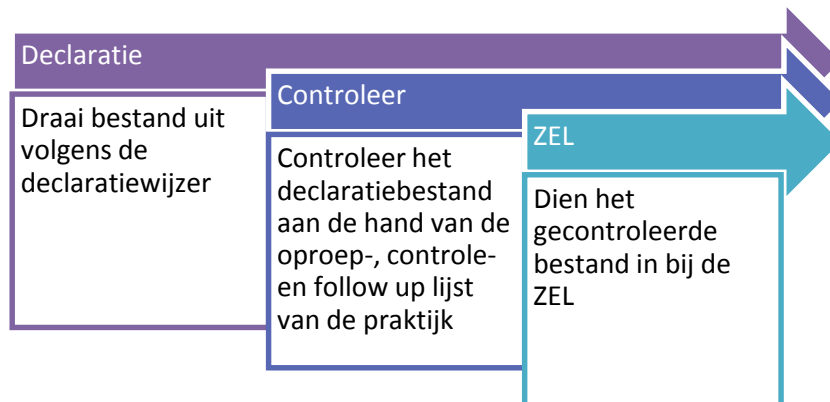
- 4. Is huisarts geen hoofdbehandelaar, zijn er exclusiecriteria aanwezig, is er alleen een verhoogd cardiovasculair risico en/of is de patiënt onder behandeling bij de specialist?**
 - **ja:** exclusie HVZ keten.
 - noteer labcode CVHB_KZ hoofdbehandelaar specialist/onbekend.
 - **Exclusiecriteria DBC HVZ aanwezig ja:** exclusie HVZ keten (heeft geen HVZ en is onder behandeling
 - van de tweede lijn, heeft diabetes mellitus type 1 of 2, zonder HVZ met een subarachnoïdale bloeding, er is sprake van ernstige co morbiditeit waar CVRM niet zinvol is, heeft een maligniteit waar CVRM niet zinvol is of is in de fase van palliatieve en/of terminale zorg)

E. Implementeer de declaratie inrichting

De ZEL heeft per praktijk en per HIS een declaratiewijzer ontwikkeld.

Omdat de HVZ groep een groep is met meerdere diagnoses en dus meerdere ICPC coderingen wordt op dit moment geadviseerd om op CVHB_KZ hoofdbehandelaar huisarts CVRM in combinatie met de valide ICPC coderingen (K74.00, K74.01, K74.02 , K75.00, K76.00, K76.01, K76.02, K89.00, K90.02, K90.03, K92.01, K99.01) de declaratiebestanden aan te maken. Deze declaratiebestanden worden elk kwartaal aangeleverd bij de ZEL. Om fouten in de declaratiebestanden te voorkomen worden de

gegenereerde declaratiebestanden elk kwartaal naast de oproep-, controle- en follow up lijst van het CVRM spreekuur gelegd. Hiermee wordt voorkomen, dat er foutieve patiënten gedeclareerd worden.



De HVZ keten heeft een zogenaamd KOP tarief plus. In dit koptarief zijn de kosten van de organisatie van de ketenzorg opgenomen (zoals scholing, overlegtijd, voorbereiding en uitwerking audit/visitatie), inclusief een bedrag voor de POH. De POH mag naast dit vaste bedrag per jaar geen aparte verrichtingen declareren.

Ad. 2 Maak praktische werkafspraken

A. Diagnostiek en behandeling

De huisarts en POH maken praktische werkafspraken en afspraken over diagnostiek en behandeling. Hierbij valt te denken aan:

- Niet medicamenteuze behandeling (zoals stoppen met roken, voedingsgewoonten, BMI, alcoholgebruik, beweging en stress; zie bijlage 4)
- Medicamenteuze behandeling (zie bijlage 4)
- Zorgpaden HVZ (zie bijlage 6)
- Individueel zorgplan (zie bijlage 3)

In de genoemde bijlagen treft u een inhoudelijke uitwerking van deze onderwerpen.

B. Taken huisarts, POH en doktersassistent

De centrale zorgverlener (CZV) binnen dit zorgplan HVZ is in principe de praktijkondersteuner. In nauwe samenwerking met de huisarts verzorgt hij/zij de educatie en de voorlichting, bewaakt hij/zij als eerstverantwoordelijke het individuele zorgplan en ondersteunt de patiënt bij zelfmanagement. De huisarts wordt ingeschakeld als de complexiteit van de medische problematiek van de patiënt daarom vraagt of indien multi-morbiditeit hierom vraagt. De doktersassistente heeft geen taak bij de start van het individuele zorgplan, maar kan wel een taak vervullen bij de metingen in het kader van CVRM bij de HVZ patiënten.

De huisarts

- Elke HVZ patiënt wordt 1x per jaar door de huisarts gezien (of dit de jaarcontrole is of een consult op een ander moment kan per praktijk worden besloten);
- De huisarts overlegt met de POH over het individuele zorgplan;

- De huisarts evalueert met de POH het gekozen behandelingsbeleid/medicatiebeleid;
- De huisarts signaleert en diagnosticeert co-morbiditeit;
- De huisarts bepaalt de individuele streefwaarden, indien deze afwijken van de normaalwaarden.

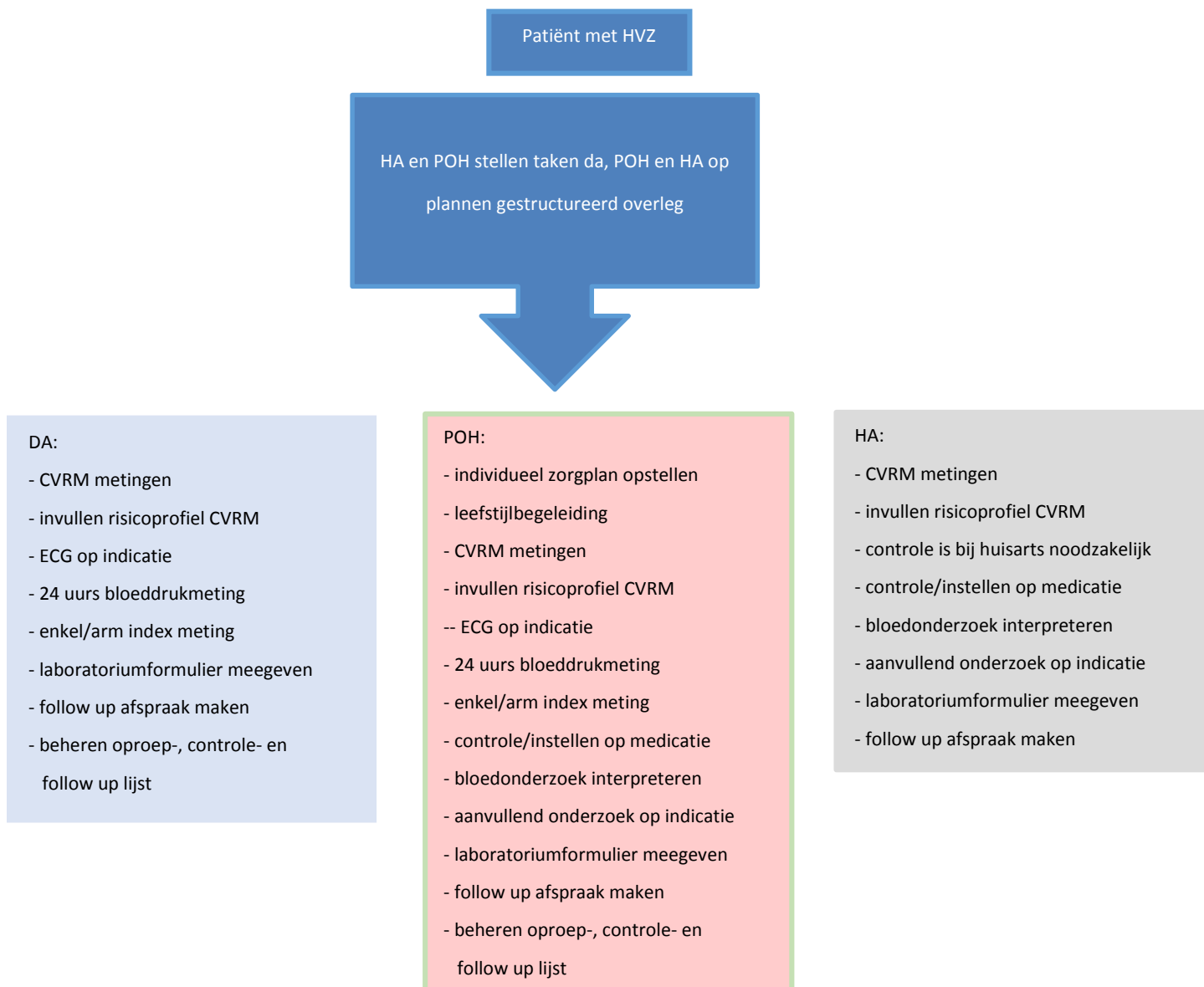
De praktijkondersteuner (POH):

- De POH is de centrale zorgverlener en de spil in de zorgstraat HVZ met de andere zorgverleners;
- De POH is verantwoordelijk voor het voorbereiden en afstemmen van het individueel zorgplan, leefstijlplan en zelfmanagement met de patiënt (o.a via motivational interviewing);
- De POH overlegt met de huisarts over het individuele zorgplan;
- De POH evalueert met de huisarts het gekozen behandelingsbeleid/medicatiebeleid.
- De POH signaleert en diagnosticeert in overleg met de huisarts co-morbiditeit;
- De POH verwerkt nieuwe multi-morbiditeit;

De doktersassistent

- De doktersassistent kan een rol spelen bij het doen van metingen in het kader van HVZ: bijvoorbeeld bloeddruk, pols, enkel/arm index meting, 24- uurs bloeddruk meting, het maken van een ECG etc.

Stroomdiagram opzet tot taakverdeling



C. Gestructureerd Overleg met betrokken hulpverleners van het CVRM spreekuur

Bepaal voor de eigen praktijk tijdstip en plaats en personen.

D. Richt een oproep-, controle- en follow up systeem in

Er zijn verschillende mogelijkheden om een goed en effectief systeem op te stellen. Eea is afhankelijk van de mogelijkheden die een praktijk hiervoor tot zijn beschikking heeft.

Mogelijke opties:

1. Maak gebruik van al bestaande oproep-, controle- en follow up systeem die al in gebruik zijn voor de andere ketens (DM/COPD).
2. Middels een kaartenbak.
3. Maak een gedigitaliseerd bestand.
4. Controleer het bestand aan de hand van de declaratiebestanden.
5. Het HIS heeft een mogelijkheid om de follow up te noteren en controleren.
6. Met behulp van een oproepsysteem van een laboratorium (bijvoorbeeld via het laboratorium van een ziekenhuis).
7. Aan de hand van controle van de medicatie (de apotheek kan hier mogelijk ook een rol bij spelen).

Het is raadzaam in deze oproep-, controle- en follow up lijst de volgende onderdelen bij te houden:

1. HVZ lijst
 - noteer naam van patiënt, geboortedatum, geslacht en diagnose.
 - noteer wie de hoofdbehandelaar is.
2. Actielijst: patiënten waarvoor een actie vereist is
 - noteer naam, geboortedatum, geslacht en soort actie die vereist is.

Voorbeelden van acties zijn: patiënt moet opgeroepen worden, omdat de gegevens niet compleet zijn. Patiënt moet opgeroepen worden, omdat de follow up datum verlopen is, etc.

Desgewenst kan de HVZ verpleegkundige van de ZEL ondersteuning bieden bij het opzetten van een oproep-, controle- en follow up lijst.

Ad. 3 Regionale samenwerkafspraken

Spreek af wanneer naar wie verwezen wordt (o.a. paramedici als diëtistes, fysiotherapeut, psycholoog en specialisten). De regionale afspraken (LTA, RTA) hiervoor zijn nog in ontwikkeling.

Ad. 4 Volg nascholingen op HVZ gebied

Het volgen van een basisscholing is voor alle huisartsen een voorwaarde voor deelname aan de keten. De basisscholing wordt bij voorkeur voorafgaand aan deelname aan de keten gevolgd en dient uiterlijk binnen het eerste jaar van deelname aan de keten gevolgd te zijn.

Er is een uitzondering gemaakt voor huisartsen en de POH die in 2013 of de jaren daarvoor hebben deelgenomen aan de CVRM pilot. Deze huisartsen hebben reeds aan voldoende scholing deelgenomen om te kunnen vaststellen dat de basiskennis aanwezig is.

Binnen de huisartsenpraktijk of HOED vindt ten aanzien van de HVZ keten taakdifferentiatie plaats. Minimaal één huisarts (te noemen: de huisartscoördinator) draagt de verantwoordelijkheid voor deze keten en volgt de onderhoudsnascholingen. Deze deelname weegt mee in de praktijkclassificatie.

Tabel 5 . Basisscholing HVZ

Deel	Thema	Verplicht voor:
1	Organisatie en implementatie	Alle huisartsen en POH die deelnemen aan de HVZ keten ¹
2	Basis en casuïstiek	Huisarts coördinator (en POH facultatief)
3	E-learning CVRM spreekuur	POH (met uitzondering pilot)

De ZEL hanteert geen verplichting voor het behalen van een minimaal aantal nascholingspunten per keten per jaar. Hierbij vertrouwt de ZEL op de professionele autonomie van de huisarts en POH en de verantwoordelijkheid van de huisarts coördinator.

Ad. 5 Audit

In het najaar van 2014 voert de ZEL een audit uit bij de HVZ praktijken. Hiervoor maakt de ZEL een afspraak met u. In deze audit loopt de HVZ verpleegkundige van de ZEL samen met de huisarts coördinator en de POH de 4 elementen van het CRIT door.

Vragen die daarbij aan de orde komen zijn dan ook:

- Lever een overzicht van de patiënten die binnen de HVZ zorg vallen
- Heeft u een HIS risicoprofiel aangemaakt en een declaratieprofiel?
- Heeft u een protocol voor diagnose, werkafspraken en taakverdeling gemaakt?
- Kunt u aantonen dat de huisarts overleg heeft met de betrokken HVZ medewerkers in de praktijk?
- Heeft u een oproep-, controle- en follow up systeem?
- Hoe is uw verwijzing geregeld naar andere zorgverleners in de eerste lijn en tweede lijn?
- Welke scholingen heeft u en uw praktijkmedewerkers gevolgd?

¹ Met uitzondering van de huisartsen en POH uit de pilot CVRM