



# Zorgprogramma Cardiovasculair Risicomanagement

HERZIENE VERSIE N.A.V. MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN CVRM 2019



## INHOUDSOPGAVE

### Inhoud

Inleiding.....	3
Doelgroepen.....	3
Identificatie van de doelgroepen.....	4
Inclusiecriteria voor deelname aan zorgprogramma CVRM .....	5
Exclusiecriteria voor deelname aan zorgprogramma CVRM.....	6
Uitgangspunten .....	6
Monitoren van de doelgroepen .....	8
Verwijzingen binnen de keten.....	8
Kwaliteitsindicatoren .....	8
Multidisciplinair EPD.....	9
Bijlagen.....	10

### Bijlagen

1 SLA diëtetiek

[x]

## Inleiding

Het doel van de CVRM zorg is het verminderen van het risico op ziekte en sterfte aan hart- en vaatziekten. Om dit te bereiken worden risicofactoren behandeld, in eerste instantie door leefstijladviezen en waar nodig door inzet van medicatie. Binnen deze behandeling zetten we Coachende technieken uit de "Positieve Gezondheid" in. Doel is het bieden van ondersteuning bij het inpassen van de aandoening binnen de leefwereld van de patiënt en samen keuzes maken hierin. Hierbij een zo gezond mogelijke leefstijl bereiken is het streven.

De nieuwe richtlijn CVRM werd in april 2019 uitgebracht. Het zorgprogramma CVRM is conform deze richtlijn. De belangrijkste wijzigingen van de nieuwe richtlijn ten opzichte van die uit 2011 zijn:

- De SCORE-tabel is gewijzigd. Zowel het risico op sterfte door een hart- en vaatziekte als het risico op morbiditeit door een hart- en vaatziekte worden weergegeven.
- De LDL-C-streefwaarden zijn veranderd (zie de multidisciplinaire richtlijn CVRM).
- Er is niet meer een lichte voorkeur voor diuretica bij de behandeling van een verhoogde bloeddruk. Alle groepen antihypertensiva zijn even effectief in het verlagen van bloeddruk.
- In plaats van de term hypertensie wordt in deze richtlijn gesproken van een verhoogde bloeddruk.
- Er is meer ruimte voor chronische nierschade.

De richtlijn uit 2019 is een leidraad waardoor er meer ruimte is om samen met de patiënt te bespreken welke interventie plaatsvindt volgens zogenaamd shared decision making. De afspraken en de streefdoelen worden vastgelegd in het individueel zorgplan (IZP).

## Doelgroepen

De doelgroep binnen dit zorgprogramma omvat alle patiënten die volgens de huidige richtlijn in de risicogroep vallen met een hoog en een zeer hoog risico. Zie tabel 1 Risicocategorieën.

De patiënten die geïnccludeerd kunnen worden, zijn in 5 doelgroepen te verdelen:

- **Doelgroep 1: patiënten die bekend zijn met hart- en vaatziekten**  
Patiënten zijn reeds in zorg volgens het vorige zorgprogramma vanwege hart- en vaatziekten  
Patiënten die voldoen aan een van de nieuwe aandoening specifieke inclusiecriteria (matige of ernstige chronische nierschade, arteriële en veneuze retinalis trombose, intracerebrale bloeding, atherosclerose)  
Patiënten (met een hoog of zeer hoog risico) die conform de RTA CVRM door de specialist worden terugverwezen naar de eerste lijn
- **Doelgroep 2: patiënten met een zeer hoog risico (score >10%) zonder hart- en vaatziekten**
- **Doelgroep 3: patiënten met een hoog risico (score ≥5 en <10%) met medicatie (antihypertensiva en/of cholesterolverlagers)**
- **Doelgroep 4: patiënten met een hoog risico (score ≥5 en <10%) zonder medicatie**
- **Doelgroep 5: patiënten met toegenomen risico op hart- en vaatziekten (screening)**  
Patiënten met in de voorgeschiedenis zwangerschapshypertensie, pre-eclampsie, zwangerschapsdiabetes

<b>Zeer hoog risico</b> <i>(leefstijladvies aangewezen; medicamenteuze therapie meestal aangewezen)</i>	Personen die vallen in een van de volgende categorieën: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eerder vastgestelde hart- of vaatziekte, waaronder acuut coronair syndroom, angina pectoris, coronaire revascularisatie, TIA of beroerte, symptomatische aorta-iliofemorale atherosclerose, aorta-aneurysma, claudicatio intermittens of perifere revascularisatie. Ten aanzien van beeldvorming geldt alleen een aangetoonde atherosclerotische stenose of aangetoonde ischemie als 'vastgestelde hart- en vaatziekte'</li> <li>• Diabetes mellitus met orgaanschade zoals proteïnurie of met een belangrijke risicofactor zoals roken of ernstige hypercholesterolemie (totaalcholesterol &gt; 8mmol/l) dan wel ernstig verhoogde bloeddruk (≥180 mmHg).</li> <li>• Ernstige chronische nierschade: eGFR &lt;29 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, of eGFR 30-44 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> met ACR 3-30 mg/mmol, of eGFR 45-59 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> met ACR &gt;30 mg/mmol.</li> <li>• Een berekende SCORE ≥10%.</li> </ul>
<b>Hoog risico</b> <i>(leefstijladvies aangewezen, overweeg medicamenteuze therapie)</i>	Personen die vallen in een van de volgende categorieën: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernstig verhoogde enkele risicofactor, in het bijzonder totaalcholesterol &gt;8 mmol/l of bloeddruk ≥180 mmHg.</li> <li>• De meeste andere personen met diabetes mellitus (met uitzondering van jongeren met type 1-diabetes mellitus en zonder klassieke risicofactoren, die een laag of matig risico kunnen hebben)</li> <li>• Matige chronische nierschade: eGFR 30-44 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> met ACR &lt;3 mg/mmol, of eGFR 45-59 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> met ACR 3-30 mg/mmol, of eGFR ≥60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> met ACR &gt;30 mg/mmol.</li> <li>• Een berekende SCORE ≥5% en &lt;10%.</li> </ul>
<b>Laag tot matig verhoogd risico</b> <i>(leefstijladvies aanbevolen, medicamenteuze therapie zelden aangewezen)</i>	Een berekende SCORE <5% voor 10 jaar. Veel personen van middelbare leeftijd vallen in deze categorie.

## Identificatie van de doelgroepen

Het CVRM start met de identificatie van patiënten met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten. Zij hebben een verhoogd risico op progressie van de ziekte en op nieuwe hart- en vaatziekten. Bij deze groepen patiënten worden regulier alle belangrijke risicofactoren in kaart gebracht. Start bij een nieuw geïdentificeerde patiënt met een jaarcontrole. Alleen bij patiënten die niet direct kunnen worden ingedeeld in een van de risicogroepen (zeer hoog of hoog risico) wordt het risico berekend aan de hand van de SCORE-tabel.

Na de identificatie en het bepalen van het risico op (toename) van hart- en vaatziekten wordt vastgesteld welk voorkeursbeleid voor de patiënt wordt beoogd (zie NHG-standaard CVRM; Praktische handleiding bij de NHG-standaard CVRM). Via shared decision making bepalen zorgverlener en patiënt welke doelen gesteld worden in het Individueel Zorgplan (IZP) voor het aanpakken of behandelen van bepaalde risicofactoren. Het doel van het IZP is dat de patiënt inzicht krijgt in het ziekteproces, dat het zelfmanagementvaardigheden versterkt en dat het stimuleert tot het vervullen van een sleutelrol in het monitoren van het verloop van het eigen ziekteproces. Met het IZP kan recht gedaan worden aan de individuele verschillen tussen patiënten en aan de eigen motivatie en competenties voor het willen en kunnen nemen van verantwoordelijkheden voor de (mede)uitvoering van zorg. Het IZP fungeert als een soort draaiboek voor de patiënt als zijnde de regisseur over zijn eigen leven en gezondheid. Op basis van het IZP weet de patiënt wat hij van de zorgverlener mag verwachten en wat hij zelf kan doen.

## Inclusiecriteria voor deelname aan zorgprogramma CVRM

### 1. check of patiënt voldoet aan de aandoening specifieke inclusiecriteria\*:

- ≥ 18 jaar EN minimaal één van de volgende criteria:
- Indicatie voor medicamenteuze behandeling (C02, C03, C07, C08 en/of C09) bij hypertensie (K86, K87) en/of (C10) bij hypercholesterolemie (T93) volgens de multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement
- U99, U99.01 matige of ernstige chronische nierschade (voor het NHG-advies ICPC-codering zie tabel 2)
- K74 angina pectoris (inclusief subcategorieën instabiele AP en stabiele AP)
- K75 acuut myocardinfarct
- K76 ischemische HVZ (IHZ)
- K76.01 coronair sclerose
- K76.02 myocardinfarct (>4 weken geleden)
- K89 retinalis trombose (zien we als TIA)
- K89 TIA
- K90.02 intracerebrale bloeding
- K90.03 cerebraal infarct
- K91 atherosclerose (aangetoonde atherosclerotische stenose of aangetoonde ischaemie)
- K92.01 PAV/claudicatio intermittens
- K99.01 aneurysma aortae

\*>70 jaar EN een indicatie voor medicatie volgens het addendum voor ouderen; bij patiënten >70 jaar wordt de SCORE niet bepaald. Inclusie is afhankelijk van de kwetsbaarheid, aanwezige ziekte en/of risicofactoren. Het addendum voor ouderen maakt deel uit van de multidisciplinaire richtlijn CVRM

### Prevalentie vaatziekten\*

	Prevalentie	Aantal pt. In norm praktijk
Myocardinfarct	3,9 %	91
CVA	1,36 %	32
PAV	1,5 %	35
CNS	2%	47
VVR risico hoog/z.hoog	4%	94
Totaal	12,76 %	299

\*Aangezien patiënten meerdere ICPC codes kunnen hebben vertekent dit de prevalentiecijfers. Voor de regio N.W. - Utrecht wordt op basis van ervaring voor de totale groep met hoog en zeer hoog risico en HVZ groep een prevalentie van 11 % gehanteerd waarvan prevalentie van de HVZ groep 5 % is. Van de nieuwe inclusiegroep primaire preventie (6 %) wordt naar verwachting 70% opgenomen in ketenzorg omdat dit het landelijke gemiddelde inclusiepercentage is van deze groep. Bovenstaande in aanmerking genomen wordt grofweg uitgegaan van ca. 100 extra te includeren patienten per normpraktijk.

## 2. check de hoofdbehandelaar van de patiënt

Alleen patiënten waarvan de huisarts hoofdbehandelaar is, kunnen worden opgenomen in het zorgprogramma.

Tabel 2: NHG-advies voor ICD-code chronische nierschade

Nierfunctie (eGFR in ml/min/ 1,73 m <sup>2</sup> )			Albuminurie stadia (albumine/creatinine ratio in mg/mmol)		
			A1	A2	A3
Stadium Beschrijving			Normaal	Matig verhoogd	Ernstig verhoogd
			< 3	3-30	> 30
G1	Normaal of hoog	> 90	*	U98.03*	U99
G2	Mild afgenomen	60-89	*	U98.03*	U99
G3a	Mild tot matig afgenomen	45-59	U99.01	U99.01	U99.01
G3b	Matig tot ernstig afgenomen	30-44	U99.01	U99.01	U99.01
G4	Ernstig afgenomen	15-29	U99.01	U99.01	U99.01
G5	Nierfalen	< 15	U99.01	U99.01	U99.01

\*Tenzij bekende nierziekte, in dat geval U99

## Exclusiecriteria voor deelname aan zorgprogramma CVRM

- Patiënt met deelname aan een zorgprogramma DM of kwetsbare ouderen
- Patiënt heeft specialist als hoofdbehandelaar, bijvoorbeeld:
  - er sprake is van familiale hypercholesterolemie, waarvoor behandeling door een vasculair internist plaatsvindt
  - de patiënt hypertensie heeft als gevolg van specifieke aandoeningen, zoals ernstige nierarteriestenose of feochromocytoom (secundaire hypertensie)
- Generieke exclusiecriteria voor programmatische zorg
 

Er zijn verschillende redenen denkbaar op grond waarvan huisarts en patiënt samen kunnen besluiten om geen gebruik (meer) te maken van een zorgprogramma:

  - Op initiatief huisarts; stabiel lage ziektelast/afname medische noodzaak
  - No show; patiënten die herhaald niet verschijnen of de afgesproken controles worden benaderd om te bespreken of zij nog gebruik willen blijven maken van het zorgprogramma. De zorgverlener neemt hiertoe het initiatief. Bereidheid en motivatie patiënt
  - Op verzoek van patiënt; persoonlijke omstandigheden (beperkte levensverwachting of ernstige vormen van co morbiditeit waarbij de verwachting bestaat dat deelname aan het zorgprogramma geen toegevoegde waarde heeft) of onvoldoende meerwaarde
  - Ander zorgprogramma; een patiënt binnen het zorgprogramma CVRM die diabetes mellitus krijgt gaat over naar het zorgprogramma DM, of instroomt in het zorgprogramma kwetsbare ouderen.

## Uitgangspunten

- De zorg wordt geleverd volgens de multidisciplinaire richtlijn CVRM 2019.
- De doelgroep wordt in kaart gebracht en eenduidig geregistreerd.
- Aan de hand van het cardiovasculaire risico wordt het beleid bepaald.
- De zorg vindt geprotocolleerd en gestructureerd plaats, waarbij taakdelegatie en eenduidige werkafspraken belangrijke randvoorwaarden zijn.

- Persoonsgerichte zorg, Preventie en levensstijlverandering zijn de basis van de behandeling voor alle patiënten.
- Zelfmanagement is een belangrijk onderdeel van het zorgprogramma.
- Multidisciplinaire benadering (inschakelen diëtist, fysiotherapeut of overleg met kaderarts of specialist).

De multidisciplinaire richtlijn laat ruimte om af te wijken van de standaardbehandeling. Mits goed onderbouwd, geregistreerd en in overleg met de patiënt is dit mogelijk.

#### Minimale registratieset voor monitoring kwaliteit

De praktijken die deelnemen aan het Zorgprogramma CVRM vragen we om de volgende gegevens vast te leggen in het HIS. Dit zijn de kwaliteitsindicatoren van InEen.

- 2815 CVHBKZ Hoofdbehandelaar CVRM
- 3830 CVKZKZ Deelname ketenzorgprogramma CVRM
- 2414 HVRZKZ Reden geen program./ ketenzorg CVRM
- 2413 HVCBKZ Controlebeleid CVRM
- 1739 ROOKAQ Roken
- 1591 ALCOPQ Alcoholgebruik in E per dag (gemiddeld)
- 3958 BWRLAQ Lichaamsbeweging volgens beweegerichtlijn 2017
- 3955 HF19KQ Hart-/vaatziekte in familie (CVRM 2019)
- 3238 HF65KQ HVZ 1e gr. familie <65jr
- 3326 RRS7KAMH [Gem. syst bloeddruk \(5-7 dg thuis\); te gebruiken voor zorg op afstand en bij 'witte jassen hypertensie'](#)
- 560 LNGPAO Lengte (cm)
- 357 GEWAO Gewicht (kg)
- 1272 QUETAO Quetelet-index (BMI) berekening/Formule
- 1744 RRSYKA Systolische bloeddruk
- 2659 RRGSKAMH gemiddelde syst. bloeddruk (24-u meting)
- 3336 RR3SKA Gem. syst RR 30 min meting
- 3326 RRS7KAMH Gem. syst bloeddruk (5-7 dg thuis)
- 372 GLUCBNU Glucose nuchter
- 382 gluc nuchter draagbare meter
- 192 CholBMT Cholesterol Totaal
- 446 HDLB HDL-cholesterol
- 542 LDLB LDL-Cholesterol
- 2683 LDLDB LDL-cholesterol direct
- 1377 TRIGB Triglyceriden
- 181 CHHDBMI Cholesterol/HDL cholesterol ratio
- 3583 KRECOFB CKD-EPI, eGFR
- 40 ALBKUMI albumine/creatinine ratio urine (ACR)
- 3953 RH19KQFB Risico HVZ volgens CVRM-richtlijn 2019
- 3882 IZPAZ Individueel zorgplan aanwezig?

## Monitoren van de doelgroepen

De inhoud van de behandeling en begeleiding wordt afgestemd op het risicoprofiel en op de afspraken zoals deze zijn vastgelegd in het IZP. Bij patiënten wordt een aantal keren per jaar gemonitord in hoeverre het behandelplan met de vastgestelde doelen realiseerbaar blijkt. De frequentie is afhankelijk van de indicatie en het bereikte resultaat. In het algemeen wordt de begeleiding stapsgewijs ingezet conform de multidisciplinaire richtlijn CVRM.

Bij patiënten van 70 en ouder worden voor- en nadelen van medicamenteuze behandeling afgewogen (zie de Multidisciplinaire richtlijn CVRM).

Follow-up, of het volgen van de gemaakte afspraken en het resultaat ervan, is noodzakelijk voor het bereiken van een blijvend effect. Via controle kan men het effect van de behandeling nagaan (gewichtsafname, verlaging bloeddruk en cholesterol), controleren of de behandeling passend is, veilig (medicatieveiligheid) en goed (therapietrouw) gebruik van medicijnen bevorderen en suboptimaal medicijngebruik signaleren. Controle en feedback van de zorgverlener sterkt en motiveert patiënten om hun levens blijvend te veranderen. Tijdens de behandeling en de follow-up kunnen patiënten rekenen op begeleiding door zorgverleners gedurende langere tijd.

## Verwijzingen binnen de keten

Het ketenzorgprogramma CVRM zal uitgevoerd worden in de 1<sup>e</sup> lijn onder regie van de huisarts. Ten aanzien van verwijzingen en consultaties in de keten worden voor de 1<sup>e</sup> lijn afspraken gemaakt met diëtisten ten behoeve van de behandeling van overgewicht; obesitas; lipidenstoornissen en nierfunctiestoornissen en met de fysiotherapeut ten behoeve van beweging en leefstijladviezen. Deze afspraken worden contractueel vastgelegd in service level agreements (SLA's). Afspraken met de patiënt als (keten)partner zijn vastgelegd in het IZP. De zorg voor VRM gaat immers verder dan alleen de controles door de behandelaar. Het cardiovasculair risicomanagement vraagt elke dag om aandacht en de patiënt zal zelf gemotiveerd moeten raken om zijn leefgewoontes aan te passen. Stoppen met roken, gezond eten, voldoende bewegen en tijd nemen voor ontspanning dragen allen bij tot het reduceren van het individuele risico op hernieuwde hart- en vaatziekten.

Met specialisten in de 2<sup>e</sup> lijn worden eveneens afspraken gemaakt. Hierbij wordt aangesloten bij de regionale transmurale afspraken (RTA's) met de preferente ziekenhuizen in de regio Utrecht. Het betreft afspraken met internisten, nefrologen, cardiologen, neurologen en vaatchirurgen. In de werkafspraken worden de grenzen voor behandeling in de 1<sup>e</sup> lijn, dan wel noodzaak tot beoordeling (consultatie) dan wel verwijzing naar de 2<sup>e</sup> lijn aangegeven. Concreet zijn indicaties voor verwijzing diagnostische problemen en ondanks adequate therapie het niet of onvoldoende bereiken van de behandeldoelen. In deze situaties zal het hoofdbehandelaarschap worden overgedragen van huisarts naar de betreffende medisch specialist. Een actief beleid wordt gevoerd om de CVRM-zorg voor patiënten die nog in de 2<sup>e</sup> lijn gecontroleerd worden, over te nemen.

## Kwaliteitsindicatoren

Voor het ketenzorgprogramma VRM zijn twee soorten indicatoren te onderscheiden: zorginhoudelijke indicatoren en organisatorische indicatoren. De indicatoren zijn bedoeld voor kwaliteitsverbetering binnen de zorgketens waarvoor RegiozorgNU verantwoordelijk is. Daarnaast dienen zij transparantie te geven van de kwaliteit van de ketenzorg aan de ziektekostenverzekeraars die het ketenzorgprogramma contracteren.



### *Zorginhoudelijke indicatoren*

De zorginhoudelijke indicatoren zijn onderverdeeld naar VRM zorg voor patiënten met een verhoogd risico op HVZ en VRM zorg voor patiënten met HVZ. Het NHG heeft deze indicatoren aangepast op basis van de multidisciplinair richtlijn VRM uit 2011 en in 2013 is de zorgstandaard CVRM van Vitale vaten herzien. Uit de zorg die is beschreven in deze programma's komen de indicatoren voor de groep HVZ-patiënten naar voren.

### *Organisatie indicatoren*

Deze indicatoren worden ingedeeld volgens de kernelementen van het Chronic Care Model:

- Ondersteuning zelfmanagement; (vergroten zelfredzaamheid patiënt)
- Ontwerp van het zorgproces; (organiseren van een efficiënte, gecoördineerde samenwerking)
- Beslissingsondersteuning; (toepassen van evidence-based zorg)
- Informatiesystemen. (ict-oplossingen)

Het Platform Vitale Vaten zoekt in de verdere ontwikkeling van deze indicatoren nog samenwerking met de ontwikkelgroepen van andere zorgstandaarden, zoals in een project dat ZiZo Chronische Zorg (nu Kwaliteitsinstituut) hiertoe opstartte. RegiozorgNU volgt wat dit betreft de landelijke ontwikkelingen.

## **Multidisciplinair EPD**

Voor het goed functioneren van de ketenzorg, het behalen van kwaliteitsambities en voor het bevorderen van keten commitment is het van belang dat de zorgpartners, inclusief de patiënt zelf toegang hebben tot de PGO of tot de gegevens uit het KIS via het HIS. Hierin worden de gegevens van patiënten geregistreerd, gedeeld en geïnterpreteerd als onderdeel van het VRM. Met een KIS kan naast de uitwisseling van medische gegevens tussen de verschillende zorgverleners ook de samenwerking tussen zorgverleners geregeld worden. Transparantie in risicoprofiel van de patiënten, in het beleid en het IZP is daarbij belangrijk. Voor patiënten zal ook digitaal toegang geregeld worden tot het PGO of het HIS. Dit is relevante functionaliteit in het kader van het stimuleren en ondersteunen van zelfmanagement.

Op geaggregeerd niveau geeft het KIS zicht op patiënten die aanvullende zorg nodig hebben of betere registratie van gegevens. Tevens faciliteert het KIS dat de data op geaggregeerd niveau managementinformatie geven over de kwaliteitsindicatoren. Op basis daarvan kan worden besloten welke aanvullende activiteiten nodig zijn voor doorontwikkeling van de kwaliteit in de keten.

## Bijlagen

### SERVICE LEVEL AGREEMENT (SLA) Diëtisten (HPZ) TEN AANZIEN VAN diëtetiek t.b.v. DE EERSTELIJNS DBC DIABETES MELLITUS (DM)/COPD en CVRM voor RegiozorgNU B.V. 2022

#### 1.1. Identificatie van partijen, functie, niveau in de organisatie

RegiozorgNU, vertegenwoordigd door:  
De heer F.F. Siemssen, directeur

<Naam diëtistenpraktijk>, vertegenwoordigd door:  
..... <Naam contactpersoon>

#### Uitgangspunten 1.2

##### 1.2.1 Definities en afkortingen

DBC	: Diagnose Behandel Combinatie
DM	: Diabetes Mellitus
COPD	: Chronic obstructive pulmonary disease
CVRM	: Cardiovasculair risicomanagement
HIS	: Huisarts Informatie Systeem
KIS	: Keten informatiesysteem
RegiozorgNU B.V.	: Huisartsengroep
SLA	: Service Level Agreement

##### 1.2.2 Inleiding en uitgangspunten

De zorgverzekeraars (i.c.: Zilveren Kruis, VGZ en Z&Z en volgende verre verzekeraars) maken contractafspraken met contractant (i.c.: huisartsen verenigd RegiozorgNU B.V. over een geïntegreerd zorgpakket (DBC) diabetes mellitus/COPD en CVRM aan eerstelijns patiënten. RegiozorgNU B.V. neemt binnen deze DBC enkele diensten (i.c.: diëtetiek) af binnen bovengenoemde diëtistenpraktijk. Deze diensten zijn vastgelegd in een Samenwerkingsovereenkomst Eerstelijns DBC Diabetes Mellitus/COPD/CVRM waarin naar deze SLA wordt verwezen. Deze SLA beschrijft de diensten die vanuit de diëtisten praktijk worden aangeboden aan de RegiozorgNU B.V. in het kader van de eerstelijns DBC Diabetes Mellitus/COPD/CVRM

##### 1.2.3 Onderwerp van overeenkomst

De volgende diensten worden binnen de Eerstelijns DBC Diabetes Mellitus/COPD en CVRM geleverd:

Individuele begeleiding voor voeding- en dieetzorg:

- |   |             |
|---|-------------|
| - Begeleiding nieuwe diabetespatiënt  | 240 minuten |
| - Dieet advisering bij instellen op insuline  | 150 minuten |
| - Diabeten die al langer gediagnostiseerd zijn, maar waarvoor (weer) begeleiding nodig is. Deze verwijzing vindt plaats via de huisarts en betreft geen vrije toegang van de patiënt. Indien er een vraag van patiënt is gaat de diëtiste hierover in overleg met de hoofdbehandelaar |             |
| -Begeleiding COPD patiënt   | 180 minuten |

Daarvan kan sprake zijn bij matig, ernstig COPD (GOLD I en II) in combinatie met overgewicht BMI > 30, ondergewicht (BMI <21), of ongewenst gewichtsverlies (> 5% in één maand of> 10% in 6 maanden)

Secundaire en Primaire CVRM-patiënten. (lees patiënten die reeds event hebben doorgemaakt)

- Verminderen vochtretentie	180 minuten
- Verlagen van de bloeddruk	180 minuten
- Ondersteunen van de bloeddrukverlagende medicatie	180 minuten
- Handhaven/verbeteren van de voedingstoestand	180 minuten
- Verbeteren lipidenwaarden	180 minuten
- Overgewicht BMI $\geq$ 25 met voedingsvragen	180 minuten

Multidisciplinair overleg:

- Project teamoverleg	i.o vaststellen
- Overleg met praktijkverpleegkundige/PO en andere	
-relevante disciplines	i.o vaststellen

Indien er meer minuten nodig zijn voor de begeleiding van bovenstaande indicatoren zal dit in overleg gebeuren met de hoofdbehandelaar (lees huisarts).

### Randvoorwaarden 1.3

#### 1.3.1 Aard en omvang van de overeenkomst

De SLA betreft de diensten aangeboden vanuit diëtisten t.b.v. de eerstelijns DBC Diabetes Mellitus /COPD/CVRM, zoals gecontracteerd door RegiozorgNU B.V.

De voorwaarden die in zijn algemeenheid van medische zorg en dienstverlening verwacht mogen worden zijn van toepassing op deze SLA. Deze SLA heeft geen juridische status.

De partijen zullen zich maximaal inzetten om de diensten in deze SLA in te vullen t.b.v. het welslagen van de eerstelijns DBC Diabetes Mellitus /COPD/CVRM

#### 1.3.2 Beschrijving van de dienst, beschikbaarheid, servicebeschikbaarheid, personele bezetting

De werkzaamheden gebeuren zoals door de beroepsvereniging in richtlijnen is vastgelegd.

Bij deze aanbieding zijn de volgende punten in overweging meegenomen:

- Diëtist draagt zelf zorg voor scholing, diëtisten zijn ingeschreven in kwaliteitsregister Paramedici en lid van de Vereniging van Diëtisten.
- Bij langdurige afwezigheid wegens ziekte zal voor vervanging gezorgd worden.
- Uitgangspunt bij dit tarief is dat per uur/per patiënt/cliënt gedeclareerd wordt (met uitzondering van de informatieavonden/groepsvoorlichtingen).
- Tarief is inclusief reiskosten en reistijd

**1.3.3 Afbakening van automatisering en overige middelen**

De diëtisten werken in Portavita. Vanuit Portavita zal de verwijzing naar de diëtist plaatsvinden en ook de rapportages zullen worden genoteerd in Portavita

De specificaties van en inlogcodes voor de Portavita applicatie zijn opvraagbaar. Op werkdagen is de helpdesk bereikbaar via [info@regiozorgnu.nl](mailto:info@regiozorgnu.nl). Een actuele gebruikershandleiding van de Portavita applicatie is beschikbaar.

**1.4 Duur en beëindiging van de overeenkomst. Duur en evaluatie**

1 x per jaar zal er een evaluatie plaatsvinden. De inhoud van de evaluatie zal in samenspraak worden opgezet. Het contract loopt tegelijk wat betreft de tijdsduur met het afgesloten contract met de preferente zorgverzekeraar in deze Zilveren Kruis en VGZ. Concreet zal de SLA stilzwijgend jaarlijks worden verlengd met een opzegtermijn van 6 maanden beiderzijds, waarbij jaarlijks de prijsafspraken, kwaliteitsniveau en omvang patiëntengroep opnieuw worden vastgesteld.

Indien in 2020 blijkt dat onderhavig contract een belemmering vormt om de zorg voor diabeten vorm te geven, zoals deze in de basisverzekering is vastgelegd en op grond van de zorgwet uitgevoerd dient te worden, heeft contractant het recht om het contract te ontbinden.

De hoofdcontractant zal hierover ook geen verdere verplichting aangaan met de contractant.

**1.5 Overlegstructuren, contactpersonen en correspondentie**

*Operationeel vanuit RegiozorgNU B.V.*  
F.F. Siemssen, directeur

*Operationeel vanuit diëtisten:*

Portavita, via RegiozorgNU B.V.

**1.6 Beveiliging\***

Beveiliging van systemen, services en data zijn belangrijke aspecten. Deze onderdelen dienen dan ook beschermd te worden tegen interne en externe aanvallen.

De beveiliging en beheer van de internet-webbased Portavita applicatie ligt volledig bij de hoofdcontractant, i.c.: RegiozorgNU B.V. die hiervoor contractuele afspraken heeft met Portavita. Ook het beheer en de beveiliging van patiënten en medische gegevens liggen daar.

**1.7 Rapportage**

Rapportage is alleen mogelijk via Portavita.

**1.8 Financiële vergoeding\*****1.8.1 Prijzen\***

Hiervoor wordt verwezen naar de samenwerkingsovereenkomst.

**1.8.2 Betaling\***

Zie artikel 10, bladzijde 4 van hoofdcontract

**Slotbepalingen en handtekeningen\***

Indien in 2020 blijkt dat onderhavig contract een belemmering vormt om de zorg voor diabeten vorm te geven, zoals deze in de basisverzekering is vastgelegd en op grond van de zorgwet uitgevoerd dient te worden, heeft contractant het recht om het contract te ontbinden.

Handtekeningen en datum : januari 2020 te Utrecht

namens RegiozorgNU B.V. :  
F.F. Siemssen, directeur

namens diëtistenpraktijk <naam praktijk> :  
<naam contactpersoon>

**Addendum behorende bij****a. Tarief:**

Het tarief dat de zorgaanbieder voor de levering van de deelprestatie in rekening kan brengen bedraagt: uurtarief diëtiste **€ 66,10**

**RegiozorgNU** is dé regionale zorgorganisatie in de regio Noordwest-Utrecht. Wij helpen zorgverleners en patiënten samen te werken aan betere gezondheid.

**WWW.REGIOZORGNU.NL**