

## **Veel gestelde vragen CVRM DBC Synchron ( FAQ) versie maart 2015**

### **Om welke patiënten gaat het?**

Het gaat om patiënten met een verhoogd cardio-vasculair risico. Dit zijn enerzijds patiënten die al een hart of vaatziekte hebben doorgemaakt (secundaire preventie), anderzijds patiënten met risicofactoren zoals hoge bloeddruk, hoog cholesterol, roken etc.(primaire preventie).

### **Wie zitten er in de CVRM DBC van Synchron?**

Niet alle patiënten met een verhoogd risico vallen in de DBC. Er zijn een paar exclusiecriteria:

\*diabetes (vallen in andere DBC)

\*terminale ziekte/ gevorderde dementie (niet zinvol meer)

\*voor CVRM onder behandeling van specialist.

\*no show: patient is niet in staat ( wil niet) geregelde controles te ondergaan.

Daarnaast is er voor de primaire preventie een afkappunt genomen: alleen boven het SCORE risico van 20% valt de patiënt binnen de DBC. Ook patiënten met een SCORE risico tussen de 10 en 20% met 2 aanvullende matige of 1 sterke risicofactor ( zie tabel richtlijn) vallen binnen de DBC. Hun werkelijke risico is namelijk > 20%.

### **Om welke secundaire preventie patiënten gaat het?**

Onder doorgemaakte hart –of vaatziekte verstaan we: myocardinfarct, angina pectoris, CVA, TIA, perifere arterieel vaatlijden, aneurysma aorta abdominalis.

### **Vallen de primaire preventie patiënten van CZ ook onder de DBC?**

Ja, m.i.v. 1-1-2015 vallen de primaire preventie patiënten van CZ ook onder de DBC en is er dus geen onderscheid meer tussen verzekeraars.

### **Om hoeveel patiënten die in de DBC behoren te komen gaat het?**

In een gemiddeld samengestelde praktijk gaat het om ongeveer 10% van de patiëntenpopulatie. Meer ouderen betekend een hoger percentage,.

### **Wat zit er in de DBC?**

In de DBC zit huisartsenzorg CVRM plus de zorg voor onderliggende cardio-vasculaire ziekten geleverd door huisarts, POH en assistente en de diëtist. Er worden door de huisartspraktijk dus geen verrichtingen voor deze patiënten geboek.. Wel kunnen er de M&I verrichtingen 24-uurs RR meting, enkel-arm-index, ECG en event-recorder geboek worden.

### **Zit het ECG ook in de DBC?**

Nee, m.i.v. 1-1-2015 zit het ECG niet meer in de DBC en kan dus voor alle patienten separaat geboket worden.

### **Zit stoppen met roken begeleiding in de DBC?**

Ja, begeleiding met SMR zit in de DBC. Niet de medicamenten.

### **Zit het lab in de DBC?**

Nee, laboratorium bezoek zit niet in de DBC en gaat mogelijk van eigen risico af.

### **Wat is er nodig in de praktijk?**

Voldoende POH tijd (4-6 uur per week per normpraktijk of wel 0,4 FTE voor de DBC's DM, COPD en CVRM), een praktijkprotocol, kennis van de richtlijnen, standaarden en zorgprogramma's, zo nodig een verbeterplan, werken met het KIS.

### **Wat houdt de behandeling van cardiovasculaire ziekte in?**

De chronische zorg voor de volgende aandoeningen valt binnen de DBC: Status na myocardinfarct, angina pectoris, CVA, TIA en PAV. Als een patiënt een HVZ heeft (en als zodanig geregistreerd staat), geldt dat klachten gerelateerd hieraan ook behandeld dienen te worden binnen de DBC VRM. Zolang het echter nog onduidelijk is of de klachten te maken hebben met een HVZ (fase van diagnostiek), kan de betreffende arts voor deze zorgverlening een beroep doen op de reguliere financiering en valt deze zorg dus buiten de DBC.

Acute situaties (waarvoor bijv. een spoedvisite vereist is), die gerelateerd zijn aan de DBC VRM, vallen niet binnen de DBC. Hiervoor kan de betreffende arts een beroep doen op de reguliere huisartsenfinanciering. Acute situaties (waarvoor bijv. een HDS- of SEH-bezoek noodzakelijk is), die gerelateerd zijn aan bovenstaand risico dan wel aan een HVZ, vallen ook niet binnen de DBC. In deze gevallen vindt vergoeding van de genoten zorg plaats vanuit de hiervoor geëigende financieringsstructuren.

### **Valt atriumfibrilleren ook onder de inclusiecriteria?**

Nee. AF is geen 'atherosclerotische ziekte'. Het komt wel vaak voor als complicatie van hartziekten of hypertensie maar 'lone' atriumfibrilleren patiënten vallen niet onder de DBC.

### **Moet de jaarcontrole door de huisarts worden uitgevoerd?**

Nee. Een goed ingestelde patiënt waarbij geen specifieke vragen of doelstellingen op het gebied van leefstijl zijn kan 1 x per jaar op (jaar)controle komen bij de POH. Al naar gelang noodzaak op het gebied van instelling medicatie of begeleiding bij leefstijl (individueel zorgplan) wordt er vaker gecontroleerd. Moeilijk op medicatie instelbare patiënten, co-morbiditeit of behandeling van onderliggend hart of vaatlijden kunnen aanleiding zijn om controles door de huisarts te laten verrichten.

### **Hoe vaak moet de patient worden gecontroleerd?**

Minimaal 1 maal per jaar (jaarcontrole) en verder naar behoefte. Dat kan dus bij instellen op antihypertensieve medicatie vrij frequent zijn (b.v. om de 2-4 weken) waarbij de hulp van

doktersassistente gebruikt kan worden. Ook bij leefstijlbegeleiding ( b.v. stoppen met roken) zijn de contacten frequenter.

### **En wat nu als het risico door behandeling nu onder de 20% daalt?**

Dit is niet relevant. Patiënt blijft in het zorgprogramma. De SCORE tabel is met name bedoeld om het initiële risico te bepalen en minder geschikt voor het vervolgen van een patiënt.

### **Wat is de rol van de diëtist?**

Voeding en gewichtsreductie zijn belangrijke leefstijlaanpassingen om het cardiovasculair risico te doen afnemen. De diëtist kan hier een belangrijke rol bij spelen. De diëtist maakt deel uit van de DBC. Deze zorg wordt dus volledig vergoed en er geldt ook geen eigen risico voor de patiënt. Patiënten met doorgemaakte hart/vaatziekte (secundaire preventie) die geïnccludeerd zijn in de DBC bezoeken minimaal 1 maal de diëtist en naar behoefte vaker. Primaire preventie patiënten worden naar behoefte gestimuleerd de diëtist te bezoeken. Regionaal kunnen er groepsconsulten georganiseerd worden. Hiervoor kan je contact opnemen met je lokale diëtist.

### **Wat te doen als een patiënt ook bij een specialist komt?**

Indien het CVRM expliciet door deze specialist gedaan wordt valt de patiënt buiten de DBC. Indien dit niet gedaan wordt of als hier gereede twijfel over is kan er voor gekozen worden de patiënt binnen de DBC te laten vallen. Met de cardioloog zijn substitutie afspraken gemaakt: stabiele cardiale patienten worden zo veel mogelijk terug verwezen naar de huisarts en deze worden geïnccludeerd in de DBC.

### **Is er een maximum leeftijd?**

Nee, er is geen maximum leeftijd.

### **Wat te doen met de oudere patiënt?**

Ouderen (>70 jaar) hebben o.b.v. hun leeftijd bijna altijd een SCORE risico van > 20%. Indien zij een SBD van > 140 mmHg hebben (>80 jaar >160 mmHg) of een LDL > 2,5 mmol komen zij in principe aanmerking voor medicatie. Indien deze gestart wordt ( individueel bepalen) komen zij in aanmerking voor opname in de DBC. In grote studies is bewezen dat ook ouderen baad hebben bij m.n. regulatie van hun bloeddruk.

### **Hoe kan iedere medewerker direct zien of een patiënt in de DBC zit?**

Het is handig om een merkteken aan te maken waarbij het bij het openen van het dossier direct zichtbaar is dat patiënt in de DBC valt. Het best lenen zich hier ruiters voor maar ook een toevoeging aan de probleemcode kan hiervoor gebruikt worden.

### **Wat en waar moet ik registreren?**

Registratie vindt plaats in het KIS. De met rood aangegeven items in het KIS zijn obligaat. Voor 2015 ligt de nadruk van het registreren op invulling van het IZP.

### **Hoe meldt je de patiënten aan bij Synchron?**

Patiënten die voldoen aan de inclusiecriteria worden geïncludeerd in het KIS. Declaratie vindt plaats middels VIP-Calculus.

### **Waar vind ik hulp?**

Hedi Ter Braak, [info@synchron.info](mailto:info@synchron.info) m.n. voor administratieve zaken.

Max Rubens, kaderhuisarts H&V ziekten, [m.rubens@home.nl](mailto:m.rubens@home.nl) m.n. voor inhoudelijke zaken

Marisca van de Berg, POH-S [maris71@ziggo.nl](mailto:maris71@ziggo.nl) , m.n. voor organisatorische zaken

Frank van Summeren [info@frankvansummeren.com](mailto:info@frankvansummeren.com) m.n. voor HIS/KIS zaken