

Toelichting: De beste zorg voor álle patiënten!

Elke patiënt wordt minimaal 1 keer per kalenderjaar gezien en dit wordt geregistreerd in het KIS

Goede (keten)zorg moet beschikbaar zijn voor iedereen die dit wil/nodig heeft.

Ketenzorg, programmatische zorg, impliceert dat daar aandacht voor is vanuit de praktijk. In de praktijk is het nog wel eens lastig om te voorkomen dat patiënten tussen wal en schip vallen.

Hieronder een aantal tips:

- Zorg voor een waterdicht afspraken- en registratiesysteem; bijvoorbeeld elke patiënt een vervolgspraak meegeven. Dit is de sleutel om het percentage '>1 jaar niet gezien' niet op te laten lopen en er grip op te houden zonder dat het steeds tijd kost.
- Stem intern af dat wanneer een ketenpatiënt afbelt en geen nieuwe afspraak wil maken de POH een seintje krijgt zodat er actie ondernomen wordt. Zo nodig treedt het no show protocol in werking of u registreert dat er sprake is van Deelname Ketenzorg = Nee (DKN) . Zo wordt voorkomen dat patiënten uit beeld raken.
- Aanmelden van een patiënt in het KIS betekent dat patiënt een afspraak krijgt en er direct of zeer snel daarna een consult wordt geregistreerd voor die patiënt.
- Praktisch: probeer zo min mogelijk jaarcontroles in december te plannen. Wanneer een patiënt met een afspraak in december onverhoopt niet verschijnt wordt het al snel volgend jaar voor de nieuwe afspraak gemaakt kan worden.

Benchmark – Declaratie

Voor de jaarlijkse landelijke *benchmark* worden alleen gegevens (indicatoren) meegenomen van patiënten die >1 jaar in de keten zijn opgenomen. Deze gegevens vindt u in de periodiek e-mails die worden verstuurd.

Voor de *declaratie* van ketenzorg geldt dat alleen over die patiënten die daadwerkelijk (minimaal 1 keer per kalenderjaar) zorg ontvangen, geregistreerd in het KIS, mag worden gedeclareerd bij Zilveren Kruis. Of patiënten al dan niet >1 jaar in zorg zijn staat hier los van. Bijvoorbeeld: over een patiënt opgevoerd in het KIS per 16 juni wordt 2 keer het kwartaalbedrag bij ZK gedeclareerd en 2 keer aan u uitbetaald; mits gezien in dat kalenderjaar. U kunt e.e.a. nagaan via Analytics.

Welke patiënten nog oproepen?

U kunt via Analytics nakijken op welke datum het laatste contact is geweest en welke patiënten u wellicht nog moet uitnodigen. Check dit steeds en onderneem actie voor elke declaratiepeildatum (1 jan, 1 april, 1 juli, 1 okt).

De gegevens in Analytics worden elk eerste weekend van de maand ververs. Naar wens selecteert u een preset die aangeeft welke patiënten langer dan 10, 11 of 12 maanden op het spreekuur zijn geweest:

- *DM/COPD/VRM: laatste contact > 10/11/12 maanden geleden*
- *DM/COPD/VRM: laatste datum controles (alle patiënten)*

Raadpleeg de kolommen met de laatste controledatum om te beoordelen welke patiënten dit kalenderjaar nog moeten worden gezien of opgeroepen. Wanneer u erop klikt verschijnen de data in volgorde van oud naar nieuw.

Of gebruik de preset:

- *DM/COPD/VRM: laatste datum contact 'niet dit kalenderjaar'*
- Check of er voor dit jaar een afspraak staat gepland. Zo nee, maak een afspraak. Als dit al wel het geval is doch patiënt verschijnt (weer) niet: overweeg registratie 'Deelname ketenzorg = nee' (DKN)

- Nog géén (vervolg-)afspraken gepland bij patiënten > 1 jaar niet gezien: overweeg *eerst* registratie deelname ketenzorg=nee (via behandelplan) en roep deze patiënten vervolgens op. Wanneer ze daadwerkelijk verschijnen zet u deelname ketenzorg weer op 'ja'.
- Of: staak evt. het dossier omdat patiënt is overgenomen door 2^e lijn of niet in aanmerking komt conform inclusiecriteria.

Een patiënt met de markering DKN ontvangt geen *ketenzorg*, maar is natuurlijk te allen tijde welkom op het spreekuur voor de reguliere basiszorg.

Waarom patiënten registreren met DKN?

- Zolang een patiënt een actief dossier heeft in Portavita wordt ketenzorg bij de zorgverzekering gedeclareerd. Voor ketenzorg geldt de (contractuele) afspraak dat alleen over die patiënten die daadwerkelijk (minimaal jaarlijks) zorg ontvangen mag worden gedeclareerd.
- Dit bedrag wordt weliswaar niet doorberekend aan de patiënt, maar is voor de patiënten wel inzichtelijk. Medrie krijgt hierover vaak vragen van patiënten. Terechte vragen, want aan patiënten die langer dan een jaar niet gezien zijn op het spreekuur is geen inhoudelijke ketenzorg geleverd. Door de zorgverzekeraar en door de accountant wordt Medrie hierop gecontroleerd.
- Ook vanuit het oogpunt van privacy is het belangrijk deze dossiers als DKN te markeren.
- 'Lege' dossiers vervuilen de benchmarkcijfers. Alleen (actieve) patiënten die gezien worden, en waarbij dus recente gegevens beschikbaar zijn, behoren te worden meegenomen voor de benchmark.
- Via DKN houdt u uw ketenpopulatie goed in beeld, zowel in uw KIS als uw HIS. Wanneer u het dossier van deze patiënten zou staken is dit niet het geval.
- No- show patiënten behoren jaarlijks te worden opgeroepen.
- Er zijn meer redenen om DKN toe te kennen, zoals 'op initiatief arts' of 'patiënt'. In die gevallen hoeven patiënten niet per definitie jaarlijks te worden opgeroepen.

Streef er verder naar minimaal jaarlijks de volgende items te bespreken/te (laten) bepalen:

- **DM:** MDRD, voetcontrole verricht en oogcontrole verricht (1x/2 jaar)
- **COPD:** MRC/CCQ en NHG rookstatus ('ja' en 'voorheen' jaarlijks, 'nooit' eenmalig)
- **VRM:** LDL, systolische bloeddruk en NHG rookstatus ('ja' en 'voorheen' jaarlijks, 'nooit' eenmalig)

Via Portavita (rode bollen) en/of Portavita Analytics (presets) kunt u zien in hoeverre deze zorg voor patiënten is uitgevoerd:

- *DM/COPD/VRM: laatste datum controles (alle patiënten)*

Rookstatus

Indien patiënten voorheen rookten of nog steeds roken dient u dit jaarlijks na te vragen/aan te vinken met als doel hierover in gesprek te komen met de patiënt. Dit is conform NHG. De rookhistorie dient u eenmalig in het KIS vast te leggen, daarna klapt het scherm wel steeds uit, maar is het niet verplicht (niet roodomrand) dit nogmaals in te vullen. Wanneer een patiënt nog nooit heeft gerookt volstaat eenmalig navragen/aanvinken.