

datum            9 december 2022  
referentie       221209 / 1124  
uw kenmerk  
betreft           Indicatoren Transparante  
                      Ketenzorg over 2023

Contactpersonen van de zorggroepen en  
gezondheidscentra met een contract voor  
ketenzorgprogramma's

Geachte heer/mevrouw,

Met deze brief informeren we u over de indicatoren voor de landelijke benchmark ketenzorg over het verslagjaar 2023. De indicatoren over het verslagjaar 2023 zijn bepaald in een werksessie met inbreng van het NHG, de betreffende expertgroepen van kaderhuisartsen en een overleg met patiëntvertegenwoordigers.

### **Indicatoren benchmark 'Transparante Ketenzorg' voor verslagjaar 2023**

#### **Basisset indicatoren**

De wijzigingen in de basisset indicatoren voor de benchmark 'Transparante Ketenzorg' hebben betrekking op:

- **VVR (hoog risico/zeer hoog risico)**
- Vooruitlopend op een door de NHG te ontwikkelen ICPC-code voor het cardiovasculair risico wordt de mogelijkheid geboden om het cardiovasculair risico te registreren door een nieuwe indicator 8.
  - Indicator 8: *Percentage VVR-patiënten heel jaar in zorgprogramma met registratie cardiovasculair risico eerste registratie ooit*
- **Astma bij volwassenen**
- Op verzoek van de patiëntenorganisatie van het Longfonds is één indicator toegevoegd bij het zorgprogramma voor astma.
  - Indicator 6: *Percentage astmapatiënten heel jaar in zorgprogramma met 1 of meer longaanval(len) in de afgelopen 12 maanden.*
- **Kwetsbare Ouderen**
- In 2023 wordt voor het eerst een beperkte set indicatoren (kwetsbare) ouderen opgenomen in de basisset indicatoren op verzoek van:
  - de leden van InEen om de mogelijkheid te bieden tot het monitoren van dit programma via de benchmark;
  - de Laego<sup>1</sup> gezien de ontwikkelingen in de ouderenzorg, de handreiking 'Kwetsbare Ouderen thuis'<sup>2</sup> en de plek die ouderenzorg heeft gekregen in het Integraal Zorg Akkoord.

---

<sup>1</sup> De expertgroep van kaderhuisartsen ouderengeneeskunde

<sup>2</sup> Kwetsbare ouderen thuis, handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk, maart 2021

- In eerste aanleg is besloten een beperkte indicatorenset op te nemen in de reguliere benchmark 'Transparante ketenzorg'. Dit betreft indicatoren die aansluiten bij de handreiking 'Kwetsbare ouderen thuis' en relatief eenvoudig uit de HIS'en en KIS'en kunnen worden gehaald. Indicatoren die vooralsnog niet goed te definiëren en/of uit de HIS'en en KIS'en te halen zijn, krijgen voorlopig een plek in de innovatieset van InEen in afwachting van verdere ontwikkelingen.

**Noemer: Aantal ingeschreven patiënten in populatie van 75 jaar en ouder**

Indicatornr	Omschrijving (InEen)
1	Percentage 75+ bij wie advance care planning (ACP) heeft plaatsgevonden (ICPC: A20)
2	Percentage 75+ en kwetsbaar (ICPC: A05)
3	Percentage 75+ en geheugenproblemen (ICPC: P20)
4	Percentage 75+ en dementie (ICPC: P70)
5	Percentage 75+ en osteoporose (ICPC: L95/L95.02)
6	Percentage 75+ en kwetsbaar en opgenomen in zorgprogramma kwetsbare ouderen

**Noemer: Aantal patiënten heel jaar opgenomen in zorgprogramma kwetsbare ouderen**

Indicatornr	Omschrijving (InEen)
1	Percentage patiënten heel jaar in zorgprogramma kwetsbare ouderen met individueel zorgplan (IZP) IZP AZ (labcode 3882) individueel zorgplan is aanwezig
2	Percentage patiënten heel jaar in zorgprogramma kwetsbare ouderen dat besproken is in MDO in de afgelopen 2 jaar DMDO AZ (labcode 3982) datum bespreking in MDO
3	Percentage patiënten heel jaar in zorgprogramma kwetsbare ouderen bij wie advance care planning (ACP) heeft plaatsgevonden ICPC-code A20
4	Percentage patiënten heel jaar in zorgprogramma kwetsbare ouderen met medicatiereview in de afgelopen 2 jaar MBO AZ (labcode 4021) datum medicatiebeoordeling

### **Inclusie- en exclusiecriteria**

De inclusie- en exclusie criteria zijn vrijwel onveranderd gebleven sinds het overzicht uit 2019. Alleen bij de weergave van de inclusie- en exclusiecriteria voor het zorgprogramma VVR (hoog risico/zeer hoog risico) wordt nu gebruikt gemaakt van de SCORE- tabel met de kleuren groen, geel en rood. Patiënten die tot de geel en rood gekleurde categorieën behoren, komen in aanmerking voor deelname aan het zorgprogramma VVR (hoog risico/zeer hoog risico). Daarnaast zijn inclusiecriteria voor deelname aan het zorgprogramma voor kwetsbare ouderen toegevoegd.

### **Innovatieset indicatoren:**

In de facultatieve keuzelijst van indicatoren (de 'innovatieset') zijn ten opzichte van vorig jaar ook enkele wijzigingen doorgevoerd. De indicatoren uit deze innovatieset kunnen worden gebruikt ter ondersteuning van het interne kwaliteitsbeleid van de zorggroep. Via de innovatieset kan met aanvullende indicatoren (in principe) uit de NHG-indicatorenset gericht aandacht aan een bepaald thema worden gegeven, zodat ketenzorgorganisaties zichzelf kunnen vergelijken met andere ketenzorgorganisaties. De indicatoren uit de innovatieset zijn nadrukkelijk niet verplicht en uitsluitend bedoeld voor intern gebruik door ketenzorgorganisaties.

De wijzigingen in de innovatieset ten opzichte van de vorige versie hebben betrekking op:

#### – **COPD**

- Twee categorieën (matig en ernstig) bij indicator 3 worden samengevoegd tot één categorie 'verhoogd'  
Indicator 3: *Percentage COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma met ziektelast 'verhoogd'*
- Indicator gesplitst in indicator 4 en 5: hiermee wordt aangesloten bij de indicatoren van het NHG over de voedingstoestand van de COPD patiënt.
  - Indicator 4: *Percentage patiënten heel jaar in zorgprogramma met COPD en met registratie BMI in de afgelopen 12 maanden én met registratie 'ongewenst gewichtsverlies' in de afgelopen 12 maanden*
  - Indicator 5: *Percentage patiënten heel jaar in zorgprogramma met COPD met registratie van de BMI in de afgelopen 12 maanden én met registratie 'ongewenst gewichtsverlies' in de afgelopen 12 maanden waarbij BMI < 21 of 'ongewenst gewichtsverlies' met uitkomst 'ja'*

#### – **Kwetsbare Ouderen**

- Enkele indicatoren die nog niet gemakkelijk uit de systemen zijn te extraheren, blijven in de innovatieset. Zie toelichting bij de basisset indicatoren.

#### – **Chronische Nierschade**

- Formulering van de teller en de noemer van deze indicator 2 is aangepast.
  - Indicator 2: *Percentage patiënten met episode nierfunctiestoornis, U99.01 (teller) bij patiënten met een eGFR bepaling (laatste waarde ooit) en eGFR < 60 ml/min/1,73 m2 bij patiënten met risico op CNS in de volledige praktijkpopulatie (noemer)*

De volledige indicatorenset voor het verslagjaar 2023 met een uitgebreidere beschrijving treft u bijgaand aan (zie bijlage 1 en 2).

### **Het gebruik van indicatoren**

De indicatoren zijn door het NHG getoetst op toepasbaarheid voor verschillende doeleinden. Hieruit blijkt dat de indicatoren voor de benchmark ketenzorg - een selectie uit de NHG-indicatorensets - gebruikt kunnen worden voor het kwaliteitsbeleid van de zorggroepen. Volgens het advies van het NHG kan de praktijk of zorggroep deze informatie ook gebruiken om transparant te zijn over de processen en uitkomsten van de zorg die de praktijk of zorggroep verleent, mits er gelegenheid is om de gegevens te voorzien van de benodigde context om tot een betekenisvolle interpretatie te komen. De gegevens kunnen dan worden gebruikt als onderlegger voor een gesprek met de zorgverzekeraar. Het NHG ontraadt om indicatoren die zijn ontwikkeld voor interne verbetering te gebruiken voor externe verantwoording in de zin van keuze-informatie en zorginkoop/prestatiebeloning, waarin zorgverleners, praktijken of zorggroepen met elkaar worden vergeleken.

### **Invulformats verslagjaar 2022**

De geactualiseerde uitwerking en bijbehorende specificaties van de indicatoren voor het verslagjaar 2022 (invulformats) maken we zo spoedig mogelijk bekend. Wij informeren u hierover via het weekbericht en op de website van InEen.

### **Migratie Benchmark 'Transparante Ketenzorg'**

In de Algemene Ledenvergadering van InEen op 27 september 2022 is besloten de Benchmark 'Transparante Ketenzorg' vanaf 2023 onder te brengen bij het CViews platform van Blue Field Agency. Dit betekent concreet dat deelnemende regionale huisartsenorganisaties hun gegevens voortaan aanleveren op het CViews platform. Dit platform is al bekend bij regionale huisartsenorganisaties die ook gegevens aanleveren voor de Benchmark Huisartsenposten. Het uitgangspunt van de migratie is dat huidige functionaliteiten behouden blijven en dat de administratieve belasting voor deelnemers vermindert. In januari ontvangt u meer informatie over de wijzigingen en de manier waarop data kan worden aangeleverd.

We vertrouwen erop u hiermee voor dit moment voldoende te hebben geïnformeerd. Mocht u in de tussentijd vragen hebben over de nieuwe indicatorenset voor de landelijke benchmark ketenzorg, neem dan gerust contact op met InEen via [transparanteketenzorg@ineen.nl](mailto:transparanteketenzorg@ineen.nl)

Met vriendelijke groet,



Anoeska Mosterdijk  
directeur InEen

Bijlage 1 Indicatoren landelijke benchmark 'Transparante Ketenzorg' verslagjaar 2023  
Bijlage 2 Handleiding voor inclusie en exclusie van patiënten in ketenzorgprogramma's  
Bijlage 3 Innovatieset landelijke benchma

## Bijlage 1: Basisset Indicatoren landelijke benchmark ketenzorg verslagjaar 2023

### Diabetes mellitus type 2

Indicatornr	Omschrijving (InEen)
	Prevalentie diabetes mellitus type 2
	Regie: verdeling hoofdbehandelaar huisarts – specialist
	Percentage patiënten in eerste lijn, maar niet in zorgprogramma (geen programmatische zorg)
1a	Percentage diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma 70 jaar of jonger met een gereguleerd LDL <sup>1</sup>
1b	Percentage diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma 70 jaar of jonger zonder hart- en vaatziekten met een gereguleerd LDL
1c	Percentage diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma 70 jaar of jonger met doorgemaakt HVZ event met een streng gereguleerd LDL
2	Percentage diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma dat een lipidenverlagend medicament (bijvoorbeeld statines) gebruikt
3	Percentage diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie eGFR is berekend of bepaald
4	Percentage diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma met urineonderzoek op albuminurie (albumine/kreatinine ratio)
5	Percentage diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd
6	Percentage diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma dat rookt
7	Percentage diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma met een funduscontrole in afgelopen drie jaar
8	Percentage diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma met een registratie van het voetonderzoek

<sup>1</sup> Dit is strikt genomen geen indicator voor het zorgprogramma voor Diabetes mellitus type 2, maar een indicator bedoeld voor het maken een historische vergelijking bij de zorgprogramma's voor HVZ en VVR (hoog risico/zeer hoog risico)

## COPD

Indicatornr	Omschrijving (InEen)
	Prevalentie COPD
	Regie: verdeling hoofdbehandelaar huisarts – specialist
	Percentage patiënten in eerste lijn, maar niet in zorgprogramma (geen programmatische zorg)
1	Percentage COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd
2	Percentage COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie functioneren (MRC of CCQ) is vastgelegd
3	Percentage COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie mate van bewegen is gecontroleerd
4	Percentage COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd
5	Percentage COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma dat rookt
6	Percentage COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma met 2 of meer exacerbaties in de afgelopen 12 maanden

## Hart- en Vaatziekten

Indicatornr	Omschrijving (InEen)
	Prevalentie HVZ
	Regie: verdeling hoofdbehandelaar huisarts – specialist
	Percentage patiënten in eerste lijn, maar niet in zorgprogramma (geen programmatische zorg)
1	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is bepaald in meetperiode
2	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma 70 jaar of jonger en een systolische bloeddruk bepaling in de afgelopen 12 maanden met een adequaat gereguleerde bloeddruk (praktijk, thuis, 24-uur, 30 minuten)
3	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma 70 jaar of jonger met een streng gereguleerd LDL
4	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd
5	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma dat rookt
6	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie eGFR is bepaald in afgelopen jaar
7	Percentage HVZ risico patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in de afgelopen 12 maanden

## VVR (hoog risico/zeer hoog risico)

Indicatornr	Omschrijving (InEen)
	Prevalentie VVR (hoog risico/zeer hoog risico) <sup>1</sup>
	Regie: verdeling hoofdbehandelaar huisarts – specialist
	Percentage patiënten in eerste lijn, maar niet in zorgprogramma (geen programmatische zorg)
1	Percentage VVR (hoog risico/zeer hoog risico) patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is bepaald in meetperiode
2	Percentage VVR (hoog risico patiënten/zeer hoog risico) heel jaar in zorgprogramma jonger dan 70 jaar en een systolische bloeddruk bepaling in de afgelopen 12 maanden met een adequaat gereguleerde bloeddruk (praktijk, thuis, 24-uur, 30 minuten)
3	Percentage VVR (hoog risico/zeer hoog risico) patiënten heel jaar in zorgprogramma 70 jaar of jonger met een gereguleerd LDL
4	Percentage VVR (hoog risico/zeer hoog risico) patiënten heel jaar in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd
5	Percentage VVR (hoog risico/zeer hoog risico) patiënten heel jaar in zorgprogramma dat rookt
6	Percentage VVR (hoog risico/zeer hoog risico) patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie eGFR is bepaald in afgelopen jaar
7	Percentage VVR (hoog risico/zeer hoog risico) patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode
8	Percentage VVR (hoog risico/zeer hoog risico) patiënten heel jaar in zorgprogramma met registratie cardiovasculair risico eerste registratie ooit

<sup>1</sup> In het zorgprogramma VVR (verhoogd vasculair risico) worden patiënten opgenomen met een verhoogd en/of zeer verhoogd risico (volgens de SCORE-tabel) zonder manifeste hart- en vaatziekten of een doorgemaakt event.



## Astma bij volwassenen

Indicatornr	Omschrijving (InEen)
	Prevalentie astma
	Percentage patiënten met de diagnose ASTMA (ICPC R96) én gebruik ICS (ATC R03BA)
	Regie: verdeling hoofdbehandelaar huisarts – specialist
	Percentage patiënten in eerste lijn, maar niet in zorgprogramma (geen programmatische zorg)
1	Percentage astmapatiënten heel jaar in zorgprogramma met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd
2	Percentage astmapatiënten heel jaar in zorgprogramma met registratie van de mate van astmacontrole in de meetperiode in de groep patiënten die roken of met 1 of meer voorschriften inhalatie corticosteroiden (ICS) in de meetperiode
3	Percentage astmapatiënten heel jaar in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd
4	Percentage astmapatiënten heel jaar in zorgprogramma dat rookt
5	Percentage astmapatiënten met meer dan twee (>2) voorschriften SABA in de afgelopen 12 maanden.
6	Percentage astmapatiënten heel jaar in zorgprogramma met 1 of meer longaanval(len) in de afgelopen 12 maanden

## Kwetsbare Ouderen

**Noemer: Aantal ingeschreven patiënten in de populatie van 75 jaar en ouder**

Indicatornr	Omschrijving (InEen) <sup>1</sup>
1	Percentage 75+ bij wie advance care planning (ACP) heeft plaatsgevonden (ICPC: A20)
2	Percentage 75+ en kwetsbaar (ICPC: A05)
3	Percentage 75+ en geheugenproblemen (ICPC: P20)
4	Percentage 75+ en dementie (ICPC: P70)
5	Percentage 75+ en osteoporose (ICPC: L95/L95.02)
6	Percentage 75+ en kwetsbaar en opgenomen in zorgprogramma kwetsbare ouderen

**Noemer: Aantal patiënten heel jaar opgenomen in zorgprogramma kwetsbare ouderen**

Indicatornr	Omschrijving (InEen) <sup>2</sup>
1	Percentage patiënten heel jaar in zorgprogramma kwetsbare ouderen met individueel zorgplan (IZP) IZP AZ (labcode 3882) individueel zorgplan is aanwezig
2	Percentage patiënten heel jaar in zorgprogramma kwetsbare ouderen dat besproken is in MDO in de afgelopen 2 jaar DMDO AZ (labcode 3982) datum bespreking in MDO
3	Percentage patiënten heel jaar in zorgprogramma kwetsbare ouderen bij wie advance care planning (ACP) heeft plaatsgevonden ICPC-code A20
4	Percentage patiënten heel jaar in zorgprogramma kwetsbare ouderen met medicatiereview in de afgelopen 2 jaar MBO AZ (labcode 4021) datum medicatiebeoordeling

<sup>1</sup> De indicatoren voor het zorgprogramma voor kwetsbare ouderen zijn voor het verslagjaar 2023 voor de eerste keer in de basisset opgenomen. Ter verduidelijking en om alvast enig houvast te bieden zijn daarom in de omschrijving van de indicatoren de betreffende ICPC-codes opgenomen. De invulformats voor deze indicatoren voor het zorgprogramma voor kwetsbare ouderen over het verslagjaar 2023 volgen komend jaar (eind 2023).

<sup>2</sup> De indicatoren voor het zorgprogramma voor kwetsbare ouderen zijn voor het verslagjaar 2023 voor de eerste keer in de basisset opgenomen. Ter verduidelijking en om alvast enig houvast te bieden zijn daarom in de omschrijving van de indicatoren de betreffende labcodes opgenomen. De invulformats voor deze indicatoren voor het zorgprogramma voor kwetsbare ouderen over het verslagjaar 2023 volgen komend jaar (eind 2023).

## Bijlage 2

### **HANDLEIDING VOOR INCLUSIE EN EXCLUSIE VAN PATIËNTEN IN KETENZORGPROGRAMMA'S**

Versie december 2022

#### **Waarom in- en exclusiecriteria voor ketenzorgprogramma's?**

Het is belangrijk dat patiënten de noodzakelijke zorg ontvangen. Dat geldt ook voor chronische zorg geleverd door ketenzorgorganisaties. Soms is het echter niet direct duidelijk welke patiënten in aanmerking komen voor deelname aan een ketenzorgprogramma. De groeiende groep chronische patiënten en de praktijkvariatie maakt meer eenduidigheid van belang.

Richtlijnen en (zorg)standaarden helpen hierbij, zij beschrijven volgens de laatste stand van de wetenschap welke zorg is aangewezen. De in- en exclusiecriteria voor deelname aan ketenzorgprogramma's zijn afgeleid van de richtlijnen en (zorg)standaarden en geven aan welke patiënten thuis horen in een zorgprogramma .

Door deze criteria is ook betere registratie mogelijk, die inzicht kan geven in de inzet, effecten en doelmatigheid van ketenzorg. Daar waar duidelijke, wetenschappelijke maatstaven ontbreken, hebben vertegenwoordigers van InEen, expertgroepen van kaderhuisartsen voor diabetes, hart- en vaatziekten, astma/COPD en ouderengeneeskunde<sup>1</sup> en zorgverzekeraars in samenspraak gezocht naar een passende beschrijving van in- en exclusiecriteria .

#### **Wat is het doel van dit document?**

In dit document staan de in- en exclusiecriteria die zorgaanbieders en zorgverzekeraars helpen om te bepalen welke patiënten in aanmerking komen voor deelname aan een ketenzorgprogramma en welke niet. In het document staat om welke drie criteria het gaat, hoe u die kan registreren en wat er verandert voor de aanlevering van de gegevens voor de landelijke benchmark en voor de declaraties.

#### **Hoe gebruiken zorgaanbieders en zorgverzekeraars in- en exclusiecriteria?**

- De huisarts gebruikt de in- en exclusiecriteria om samen met de patiënt te besluiten om deelname aan een ketenprogramma te starten, dan wel voort te zetten.
- Beoordeling van deelname van patiënten aan zorgprogramma op basis van deze criteria is een continu proces en kan in de loop van de tijd veranderen.

---

<sup>1</sup> De expertgroepen zijn organisaties van kaderhuisartsen met een specifieke opleiding en deskundigheid op het gebied van diabetes, hart- en vaatziekten en astma/COPD, ouderengeneeskunde (respectievelijk DiHAG, HartVaathAG, CaHAG en Laego)

- Zorgverzekeraars en zorggroepen gebruiken de in- en exclusiecriteria bij de inkoop van ketenzorg.
- De zorgverzekeraar heeft daarbij de beleidsvrijheid om een ketenzorgprogramma wel of niet te contracteren en nadere kwaliteits- en doelmatigheidsafspraken<sup>2</sup> te maken. De noodzaak voor multidisciplinaire programmatische zorg maakt of een patiënt ook daadwerkelijk moet worden geïncludeerd. Verzekerden die geen ketenzorg ontvangen, krijgen behandeling en/of begeleiding vanuit de basiszorg.
- Zorggroepen en zorgverzekeraars gebruiken de in- en exclusiecriteria in registratie, benchmark informatie en declaraties. Hierdoor kunnen we op basis van meer eenduidige data nieuwe inzichten krijgen over inzet, effecten en doelmatigheid van ketenzorg.

### **Welke afspraken zijn er gemaakt voor het gebruiken van de in- en exclusiecriteria?**

Uitgangspunt van de in- en exclusiecriteria zijn de inhoudelijke overwegingen van zorgverleners die bepalen of een patiënt in een zorgprogramma wordt opgenomen. Het is daarbij cruciaal dat de betrokken zorgverleners alle drie criteria uit de handleiding voor in- en exclusie van patiënten in ketenzorgprogramma's volledig en zorgvuldig hanteren. Dit geldt ook voor de generieke inclusie- en exclusiecriteria zoals geformuleerd bij criterium 3.

InEen spant zich door het geven van voorlichting en instructie maximaal in om deze handleiding bij zorggroepen te implementeren en ziet voor zichzelf een rol weggelegd om zorggroepen te wijzen op hun verantwoordelijkheid bij het sturen op juiste in- en exclusie. Om te beoordelen of de juiste zorg voor de juiste patiënt en doelmatigheid hand in hand blijven gaan, zullen zorggroepen de inclusiepercentages bij de aangesloten huisartsenpraktijken en hun patiëntpopulaties blijven monitoren. Daarbij wordt ook gekeken naar de praktijkvariatie tussen zorggroepen. InEen en ZN evalueren minimaal eens in de twee jaar de in- en exclusiecriteria om te bepalen of deze nog steeds aansluiten bij de stand van wetenschap en praktijk en of ze voldoen aan de beoogde doelen. Aan de hand van de beoordeling van drie criteria kan worden bepaald of patiënten in een ketenzorgprogramma thuis horen. Bij de opzet van deze handleiding vormt de route van de patiënt door het zorgproces het uitgangspunt.

---

<sup>2</sup> Als zorgverzekeraars bijvoorbeeld een hogere inclusie dan verwacht signaleren, kunnen zij hierover het gesprek met de zorggroepen aangaan.

## Hoe past een zorgaanbieder de in- en exclusiecriteria toe?

**Criterium 1.** Check of patiënt voldoet aan de aandoeningsspecifieke in- en exclusiecriteria:

Aandoening	Aandoening specifieke in- en exclusiecriteria
<b>Diabetes type 2</b>	<p><b>Inclusiecriteria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Diagnose T90.02<sup>3</sup> Diabetes Mellitus type2, gesteld volgens de NHG standaard EN <math>\geq 18</math> jaar</li> </ul> <p><b>Exclusiecriteria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Vrouwen met diabetes die een zwangerschapswens hebben of zwanger zijn</li> <li>– Vrouwen met zwangerschapsdiabetes</li> <li>– Diabetes in remissie (<math>&gt; 5</math> jaar normale glucosewaarden (<math>&lt; 7.0</math>) en HbA<sub>1c</sub> waarden (<math>&lt; 48</math>) die niet bij meer diabetes passen) zonder glucose verlagende medicatie<sup>4</sup>)</li> <li>– Diabetes Mellitus type 1</li> <li>– Deelname aan een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen</li> </ul>
<b>Astma</b>	<p><b>Inclusiecriteria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Diagnose R96 Astma en <math>\geq 16</math> jaar en:</li> <li>– gebruik inhalatiecorticosteroiden (of indicatie hiervoor volgens NHG standaard<sup>4</sup>) met als ATC-codes bij inhalatiecorticosteroiden monotherapie (R03BA) en/of bij inhalatiecorticosteroiden in combinatiepreparaten (R03AK06, R03AK07, R03AK08, R03AK10, R03AK11) en/of Montelukast (ATC R03DC03)</li> </ul> <p><b>Exclusiecriteria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Patiënten, die in keten COPD zijn opgenomen (cf. Nza beleidsregel)</li> <li>– Deelname aan een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen</li> </ul>
<b>COPD</b>	<p><b>Inclusiecriteria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– De diagnose R95, COPD is juist gesteld o.b.v. anamnese en spirometrie<sup>5</sup></li> </ul> <p><b>Exclusiecriteria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Deelname aan een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen</li> </ul>
<b>HVZ</b>	<p><b>Inclusiecriteria<sup>6</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <math>\geq 18</math> jaar en <math>&lt; 70</math> jaar EN minimaal één (1) van de volgende criteria: <ul style="list-style-type: none"> <li>• K74 Angina pectoris (incl. subcategorieën instabiele AP en stabiele AP)</li> <li>• K75 Acuut myocardinfarct</li> <li>• K76 Andere/chronische ischemische hartziekte (IHZ)</li> <li>• K89 Passagère cerebrale ischemie/TIA</li> <li>• K90.02 Intracerebrale bloeding</li> <li>• K90.03 Cerebraal infarct</li> <li>• K91 Atherosclerose<sup>7</sup></li> <li>• K92.01 PAV/ claudicatio intermittens</li> <li>• K99.01 Aneurysma aortae</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Exclusiecriteria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– patiënt die in ketenzorg DM2 is geïncludeerd (cf. beleidsregel Nza) of bij deelname aan een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen</li> </ul>

<sup>3</sup> Wanneer een ICPC code is aangeduid op rubrieksniveau, zijn de onderliggende ICPC sub-codes geïncludeerd

<sup>4</sup> Indicatie inhalatiecorticosteroiden: bij onvoldoende of matige controle volgens GINA richtlijnen en/of ACQ.

<sup>5</sup> Rekening houdend met het criterium uit de NHG-standaard COPD 2015 (FEV<sub>1</sub>/FVC  $< 50$  percentiel)

<sup>6</sup> Gebaseerd op de herziene versie van de Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (CVRM).

<sup>7</sup> Een aangetoonde atherosclerotische stenose of aangetoonde ischemie (zie de herziene versie van [de richtlijn Cardiovasculair risicomanagement \(CVRM\)](#)).

<p><b>VVR (hoog risico/zeer hoog risico)</b></p>	<p><b>Inclusiecriteria<sup>8</sup></b> – ≥ 18 jaar en &lt; 70 jaar EN risico geel of rood:</p> <table border="1" data-bbox="373 405 1323 1048"> <tr> <td data-bbox="373 405 699 730"> <p><b>Zeer hoog risico</b> (leefstijladvies aangewezen; medicamenteuze therapie meestal aangewezen)</p> </td> <td data-bbox="699 405 1323 730"> <p>Personen die vallen in één van de volgende categorieën:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eerder vastgestelde hart- of vaatziekte, waaronder acuut coronair syndroom, angina pectoris, coronaire revascularisatie, TIA of herseninfarct, symptomatische aorta-iliofemorale atherosclerose, aorta-aneurysma, claudicatio intermittens of perifere revascularisatie. Ten aanzien van imaging 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 belangrijker risicofactor zoals roken of ernstige hypercholesterolaemie danwel hypertensie.</li> <li>Ernstige chronische nierschade: GFR &lt;30 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>, of GFR 30- 45 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> met ACR &gt;3 mg/mmol, of GFR 45-60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> met ACR &gt;30 mg/mmol.</li> <li>Een berekende SCORE ≥10%.</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 730 699 965"> <p><b>Hoog risico</b> (leefstijladvies aangewezen, overweeg medicamenteuze therapie)</p> </td> <td data-bbox="699 730 1323 965"> <p>Personen die vallen in één van de volgende categorieën:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ernstig verhoogde enkele risicofactor, in het bijzonder cholesterol &gt;8 mmol/l of bloeddruk ≥180/110 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: GFR 30-45 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> met ACR ≤3 mg/mmol, of GFR 45-60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> met ACR 3-30 mg/mmol, of GFR &gt;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> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 965 699 1048"> <p><b>Laag tot matig verhoogd risico</b> (leefstijladvies aanbevolen, medicamenteuze therapie zelden aangewezen)</p> </td> <td data-bbox="699 965 1323 1048"> <p>Personen die vallen in één van de volgende categorieën:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Een berekende SCORE &lt;5% voor 10 jaar. Veel personen van middelbare leeftijd vallen in deze categorie.</li> </ul> </td> </tr> </table> <p style="text-align: right; font-size: small;"><i>GFR = glomerulaire filtratie snelheid; ACR: albumine (in urine)-creatinine ratio</i></p> <p>– &gt; 70 jaar EN – Indicatie voor medicatie volgens het addendum voor ouderen<sup>9</sup></p>	<p><b>Zeer hoog risico</b> (leefstijladvies aangewezen; medicamenteuze therapie meestal aangewezen)</p>	<p>Personen die vallen in één van de volgende categorieën:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eerder vastgestelde hart- of vaatziekte, waaronder acuut coronair syndroom, angina pectoris, coronaire revascularisatie, TIA of herseninfarct, symptomatische aorta-iliofemorale atherosclerose, aorta-aneurysma, claudicatio intermittens of perifere revascularisatie. Ten aanzien van imaging 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 belangrijker risicofactor zoals roken of ernstige hypercholesterolaemie danwel hypertensie.</li> <li>Ernstige chronische nierschade: GFR &lt;30 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>, of GFR 30- 45 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> met ACR &gt;3 mg/mmol, of GFR 45-60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> met ACR &gt;30 mg/mmol.</li> <li>Een berekende SCORE ≥10%.</li> </ul>	<p><b>Hoog risico</b> (leefstijladvies aangewezen, overweeg medicamenteuze therapie)</p>	<p>Personen die vallen in één van de volgende categorieën:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ernstig verhoogde enkele risicofactor, in het bijzonder cholesterol &gt;8 mmol/l of bloeddruk ≥180/110 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: GFR 30-45 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> met ACR ≤3 mg/mmol, of GFR 45-60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> met ACR 3-30 mg/mmol, of GFR &gt;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>	<p><b>Laag tot matig verhoogd risico</b> (leefstijladvies aanbevolen, medicamenteuze therapie zelden aangewezen)</p>	<p>Personen die vallen in één van de volgende categorieën:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Een berekende SCORE &lt;5% voor 10 jaar. Veel personen van middelbare leeftijd vallen in deze categorie.</li> </ul>
<p><b>Zeer hoog risico</b> (leefstijladvies aangewezen; medicamenteuze therapie meestal aangewezen)</p>	<p>Personen die vallen in één van de volgende categorieën:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eerder vastgestelde hart- of vaatziekte, waaronder acuut coronair syndroom, angina pectoris, coronaire revascularisatie, TIA of herseninfarct, symptomatische aorta-iliofemorale atherosclerose, aorta-aneurysma, claudicatio intermittens of perifere revascularisatie. Ten aanzien van imaging 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 belangrijker risicofactor zoals roken of ernstige hypercholesterolaemie danwel hypertensie.</li> <li>Ernstige chronische nierschade: GFR &lt;30 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>, of GFR 30- 45 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> met ACR &gt;3 mg/mmol, of GFR 45-60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> met ACR &gt;30 mg/mmol.</li> <li>Een berekende SCORE ≥10%.</li> </ul>						
<p><b>Hoog risico</b> (leefstijladvies aangewezen, overweeg medicamenteuze therapie)</p>	<p>Personen die vallen in één van de volgende categorieën:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ernstig verhoogde enkele risicofactor, in het bijzonder cholesterol &gt;8 mmol/l of bloeddruk ≥180/110 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: GFR 30-45 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> met ACR ≤3 mg/mmol, of GFR 45-60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> met ACR 3-30 mg/mmol, of GFR &gt;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>						
<p><b>Laag tot matig verhoogd risico</b> (leefstijladvies aanbevolen, medicamenteuze therapie zelden aangewezen)</p>	<p>Personen die vallen in één van de volgende categorieën:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Een berekende SCORE &lt;5% voor 10 jaar. Veel personen van middelbare leeftijd vallen in deze categorie.</li> </ul>						
	<p><b>Exclusiecriteria</b> – patiënt die in ketenzorg DM2 is geïnccludeerd (cf. beleidsregel Nza) of bij deelname aan een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen</p>						
<p><b>Kwetsbare ouderen met complexe zorgvraag</b></p>	<p><b>Inclusiecriteria</b> – kwetsbare oudere patiënten gecodeerd met code A05 EN – complexiteit of complexe zorgvraag</p> <p>Nadrukkelijk wordt hier de leeftijdsgrens weggelaten.</p> <p>Deelname aan het zorgprogramma kwetsbare ouderen is alleen geïndiceerd wanneer er naast kwetsbaarheid (A05) ook sprake is van complexiteit of complexe zorgvraag. Mogelijke redenen voor complexiteit kunnen zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– multimorbiditeit;</li> <li>– meerdere betrokken hulpverleners;</li> <li>– grote ongeplande zorgvraag;</li> <li>– weerstand tegen behandeling.</li> </ul> <p>Op grond hiervan maakt de huisarts als hoofdbehandelaar de afweging of het voor de patiënt meerwaarde heeft om aan zorgprogramma deel te nemen en o.a. een zorgplan te maken en een MDO te organiseren.</p>						

## criterium 2. Check de hoofdbehandelaar van de patiënt

<sup>8</sup> Gebaseerd op de herziene versie van de Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (CVRM).

<sup>9</sup> Bij personen > 70 jaar wordt de SCORE niet bepaald. Inclusie in ketenzorg programma is afhankelijk van kwetsbaarheid, aanwezige ziekte en/of risico factoren. Het addendum voor ouderen maakt deel uit van de nieuwe multidisciplinaire richtlijn voor cardiovasculair risicomanagement.

Alleen patiënten waarvan de huisarts hoofdbehandelaar is, kunnen worden opgenomen in het zorgprogramma. Als een medisch specialist na verwijzing voor één van de ketenzorgaandoeningen de behandeling overneemt, wordt deelname aan het zorgprogramma beëindigd. Terugverwijzing naar en overdracht van het hoofdbehandelaarschap van de medisch specialist naar de huisarts is ook mogelijk, waarbij de patiënt weer kan gaan deelnemen aan het zorgprogramma. Bij medisch specialistische consultatie als onderdeel van het zorgprogramma blijft de patiënt in het zorgprogramma met de huisarts als hoofdbehandelaar. Dit geldt ook voor kortdurende opnames in het ziekenhuis waarbij een medisch specialist in consult wordt geroepen. Als daarbij het hoofdbehandelaarschap niet wordt overgedragen aan de medisch specialist, blijft de patiënt ook na ontslag uit het ziekenhuis in het zorgprogramma. Als de huisarts van de specialist bericht ontvangt dat de specialist het hoofdbehandelaarschap overneemt dan zal de huisarts het ketenzorgprogramma voor de betreffende patiënt beëindigen. Op deze manier wordt voorkomen dat er door meerdere zorgaanbieders declaraties worden verstuurd voor dezelfde zorg.

### Criterion 3 Check de generieke inclusie- en exclusiecriteria voor geen programmatische zorg

In aanvulling op de aandoeningsspecifieke in- en exclusiecriteria en het hoofdbehandelaarschap zijn er generieke criteria voor deelname aan een ketenzorgprogramma, waar een **gezamenlijk besluit van de patiënt en de betrokken huisarts** aan ten grondslag ligt. Voor inclusie in een ketenzorgprogramma wordt de patiënt over de zorgverlening binnen het zorgprogramma geïnformeerd en de bereidheid en motivatie voor deelname van de patiënt aan het ketenzorgprogramma getoetst. Er zijn verschillende redenen denkbaar op grond waarvan huisarts en patiënt samen kunnen besluiten om geen gebruik (meer) te maken van een zorgprogramma. Deze generieke inclusie- en exclusiecriteria die leiden tot wel of geen programmatische zorg staan beschreven in de onderstaande tabel.

Generieke in- en exclusiecriteria	Toelichting
Bereidheid en motivatie patiënt	Voor inclusie in een ketenzorgprogramma wordt de patiënt over de zorgverlening binnen het zorgprogramma geïnformeerd en de bereidheid en motivatie voor deelname van de patiënt aan het ketenzorgprogramma getoetst. Pas als de patiënt voldoende bereid én gemotiveerd is wordt hij/zij in het programma geïncludeerd.

Op verzoek van de patiënt	<p><b>Persoonlijke omstandigheden</b></p> <p>Persoonlijke omstandigheden kunnen er toe leiden dat deelname aan het ketenzorgprogramma niet langer opportuun is; bijv in geval van een beperkte levensverwachting of ernstige vormen van comorbiditeit waarbij de verwachting bestaat dat deelname aan het zorgprogramma geen toegevoegde waarde heeft en palliatieve zorg, respectievelijk casemanagement meer is aangewezen). De zorgverlener en de patiënt kunnen beiden het initiatief nemen om de persoonlijke omstandigheden te bespreken.</p> <p><b>Onvoldoende meerwaarde</b></p> <p>Als patiënten van te voren aangeven onvoldoende meerwaarde te zien in het programma worden zij niet geïnccludeerd. Als zij na verloop van tijd onvoldoende meerwaarde ervaren kan de programmatische zorg worden beëindigd. Bij het vermoeden van onvoldoende meerwaarde zal ook de zorgverlener het initiatief nemen dit met de patiënt te bespreken.</p>
Op initiatief van de huisarts	<p><b>Stabiel met lage ziektelast/ afname medische noodzaak</b></p> <p>Langdurige stabilisering van de gezondheidssituatie van de patiënt met een afgenomen ziektelast kan reden zijn het zorgprogramma te beëindigen (bijv. een al vele jaren niet meer rokende COPD patiënt met een stabiele longfunctie en lage ziektelast, of een patiënt op hoge leeftijd met stabiele bloedglucosewaarden bij wie de programmatische diabeteszorg geen bijdrage levert aan diens kwaliteit van leven). De zorgverlener en de patiënt kunnen beiden het initiatief nemen om het ontbreken van meerwaarde van de programmatische zorg als gevolg van de langdurige stabilisatie van de gezondheidssituatie te bespreken.</p>
No show	<p>Patiënten die herhaald niet verschijnen op de afgesproken controles (no show) worden benaderd om te bespreken of zij nog gebruik willen blijven maken van het zorgprogramma. De zorgverlener neemt hiertoe het initiatief. Het advies en stroomschema No-Show vindt u in de bijlage.</p>
Ander zorgprogramma	<p>Instroom in een ander zorgprogramma kan aanleiding zijn om deelname aan het initiële zorgprogramma<sup>10</sup> te beëindigen (bijvoorbeeld een CVRM patiënt die diabetes krijgt en over gaat naar het zorgprogramma DM of een patiënt die instroomt in een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen). De zorgverlener neemt hiertoe het initiatief.</p>

<sup>10</sup> Bij de combinatie van een aantal ketenzorgprogramma's (diabetes en CVRM of astma en COPD) geeft de beleidsregel aan dat het niet is toegestaan om deze combinaties van ketenzorgprogramma's tegelijkertijd voor de dezelfde patiënt te declareren. Bron: Toelichting op de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019 - BR/REG-19133 NZa, 2019.



### **Wanneer wordt deelname aan een ketenzorgprogramma beëindigd?**

Het beëindigen van deelname aan het ketenzorgprogramma dient in **gezamenlijke overleg tussen huisarts en patiënt** te worden besloten. In voorkomende situaties kan een **huisarts eenzijdig besluiten** deelname van patiënten aan ketenzorgprogramma's te beëindigen. Dat gebeurt in het geval van 'no show' als het gedurende een periode van 6 maanden na de laatste afgesproken datum voor een controleafspraak ondanks herhaalde pogingen niet lukt om hierover met de patiënt in gesprek te komen. De huisarts kan dan eenzijdig de deelname van de patiënt aan het ketenzorgprogramma beëindigen, mits daarbij de zorgvuldigheidseisen en inspanningsverplichtingen door de huisarts in acht zijn genomen (Zie hiervoor het InEen advies over het no-showbeleid in de bijlage). Aanvraag voor herhaalreceptuur kan een goede gelegenheid zijn om in gesprek te geraken over nut en noodzaak voor deelname aan programmatische zorg. Als wordt besloten tot beëindiging van het zorgprogramma kan de patiënt terugvallen op reguliere basiszorg.

### **Hoe registreren zorgaanbieders de in- en exclusiecriteria?**

Patiënten die voldoen aan de in- en exclusiecriteria en bij wie de huisarts hoofdbehandelaar is krijgen het label 'hoofdbehandelaar huisarts'. Als een medisch specialist de behandeling overneemt krijgen de patiënten het label 'hoofdbehandelaar specialist'.

Patiënten die voldoen aan de inclusiecriteria en bij wie de huisarts hoofdbehandelaar is, maar die om redenen zoals hierboven genoemd niet (meer) deelnemen in het zorgprogramma krijgen de NHG labcode '*deelname ketenzorg: nee*' (of het label 'geen programmatische zorg'). De status kan worden gewijzigd op het moment waarop de patiënt opnieuw start met het ketenzorgprogramma.

### **Hoe levert een zorgaanbieder gegevens aan voor de landelijke benchmark 'Transparante Ketenzorg'?**

De handleiding voor in- en exclusiecriteria van patiënten in een ketenzorgprogramma biedt ook de basis voor het aanleveren van gegevens voor de landelijke benchmark 'Transparante Ketenzorg'. Dat betekent dat alle drie criteria uit de handleiding hierop van toepassing zijn. De landelijke benchmark rapporteert daarnaast alleen over patiënten die het volledige betreffende kalenderjaar in het zorgprogramma waren opgenomen. Samenvattend rapporteert de landelijke benchmark over de volgende patiënten:

- voldoen aan de aandoeningsspecifieke inclusiecriteria en geen aandoeningsspecifieke exclusiecriteria;
- huisarts is hoofdbehandelaar;
- NHG labcode '*deelname ketenzorg: ja*';
- het afgelopen jaar gedurende het gehele jaar opgenomen in het ketenzorgprogramma.

## **Hoe declareert een zorgaanbieder de zorg voor deelname van patiënten aan het zorgprogramma?**

De handleiding voor in- en exclusie van patiënten in een ketenzorgprogramma vormt ook het vertrekpunt voor het declareren van de zorg voor patiënten die deelnemen aan het zorgprogramma. Alleen wanneer de 'patiënten in zorg zijn' kan de prestatie (Chronische Multidisciplinaire Zorg, CMZ) worden gedeclareerd<sup>11</sup>. Om te bepalen of patiënten 'in zorg zijn' dienen alle drie criteria uit de handreiking van toepassing te zijn. Dit betekent:

- voldoen aan de aandoeningsspecifieke inclusiecriteria;
- de huisarts is hoofdbehandelaar;
- NHG labcode 'deelname ketenzorg: ja'.

Het declareren van de zorg voor deelname van patiënten aan het zorgprogramma gebeurt per kwartaal. Dit betekent dat uitsluitend voor patiënten, waarvan de huisarts in de periode waarvoor wordt gedeclareerd hoofdbehandelaar is, het overeengekomen kwartaaltarief in rekening kan worden gebracht. Als peildatum geldt hierbij de eerste dag van het kwartaal<sup>12</sup>. Het contract tussen zorgverzekeraar en Zorggroep, dat moet voldoen aan de vigerende wet- en regelgeving, is leidend bij de vraag wat onder welke voorwaarden gedeclareerd mag worden.

---

<sup>11</sup> Artikel 4.4. Moment van declareren Regeling multidisciplinaire zorg (NR/REG-1821), NZa januari 2018

<sup>12</sup> Artikel 4.4. Moment van declareren Regeling multidisciplinaire zorg (NR/REG-1821), NZa januari 2018

## **Bijlage Advies over no-showbeleid**

De handleiding van InEen voor inclusie en exclusie van patiënten in een ketenzorgprogramma (d.d. december 2014) beschrijft wanneer patiënten wel en niet in een ketenzorgprogramma worden opgenomen. Een van de situaties in de handleiding heeft betrekking op patiënten die (herhaaldelijk) niet verschijnen op achtereenvolgende controleafspraken binnen de ketenzorg; aangeduid als no-show. Als een patiënt herhaaldelijk niet verschijnt bij controleafspraken en niet reageert op uitnodigingen voor controleafspraken kan een huisarts de afweging maken om deelname aan het ketenzorgprogramma eenzijdig te beëindigen. Het is belangrijk een zuivere scheiding in patiënten te maken die wel en niet deelnemen aan de ketenzorg aangezien er anders voor niet geleverde zorg (door afwezigheid patiënt) wel betaald wordt.

De benodigde stappen om tot een zorgvuldige afweging te komen kunnen per situatie verschillen. De inschatting van de huisarts speelt hierbij een cruciale rol. Een dergelijke afweging is niet alleen afhankelijk van het missen van controleafspraken, maar ook gebaseerd op de kennis van een huisarts over de persoonlijke omstandigheden van de patiënt en zijn/haar omgeving. Een besluit over het beëindigen van deelname aan een ketenzorgprogramma is omgeven met zorgvuldigheidseisen gericht op het nakomen van de zorgplicht van een huisarts. Vanwege deze zorgplicht mag van een huisarts worden verwacht dat hij/zij patiënten blijft aanspreken en motiveren om aan het ketenzorgprogramma deel te nemen. Dit advies beschrijft de acties die een huisarts hiertoe kan ondernemen. Het proces verloopt volgens een aantal stappen:

### **Patiënt eerste keer niet op controle**

De huisarts of praktijkondersteuner neemt telefonisch contact op. Bij contact volgt uitleg van het belang van de controleafspraak en wordt een nieuwe afspraak gepland. Als een patiënt geen afspraak wenst en bewust afziet van deelname aan een ketenzorgprogramma ontvangt deze hiervan een schriftelijk bevestiging (*zie voorbeeldbrief 1*).

### **Bij eerste poging geen telefonisch contact (na de gemiste eerste controle-afspraak)**

Als het bij een eerste poging niet lukt om telefonisch contact te krijgen, ontvangt de patiënt een door de huisarts getekende brief met een geplande controleafspraak en/of de mogelijkheid op een ander moment hiervoor een afspraak te maken (*zie voorbeeldbrief 2*).

### **Patiënt tweede keer niet op controle**

Als een patiënt ook niet op de controleafspraak verschijnt, neemt de huisarts of praktijkondersteuner opnieuw telefonisch contact op. Bij contact volgt uitleg van het belang van de controleafspraak en wordt een nieuwe afspraak gepland. Als een patiënt geen afspraak wenst en bewust afziet van deelname aan een ketenzorgprogramma ontvangt deze hiervan een schriftelijk bevestiging (*zie voorbeeldbrief 1*).

### **Bij tweede poging geen telefonisch contact (na twee gemiste controle-afspraken)**

Als het bij de herhaalde pogingen voor het maken van een controleafspraak niet lukt om telefonisch contact te krijgen ontvangt de patiënt een door de huisarts getekende brief met het verzoek contact op te nemen (*zie voorbeeld brief 3*).

### **Na tweede brief ook geen reactie**

Als de patiënt na de tweede brief niet heeft gereageerd, wordt de patiënt uit het ketenzorgprogramma verwijderd. De patiënt ontvangt hiervan een schriftelijke bevestiging (*zie voorbeeld brief 4*).

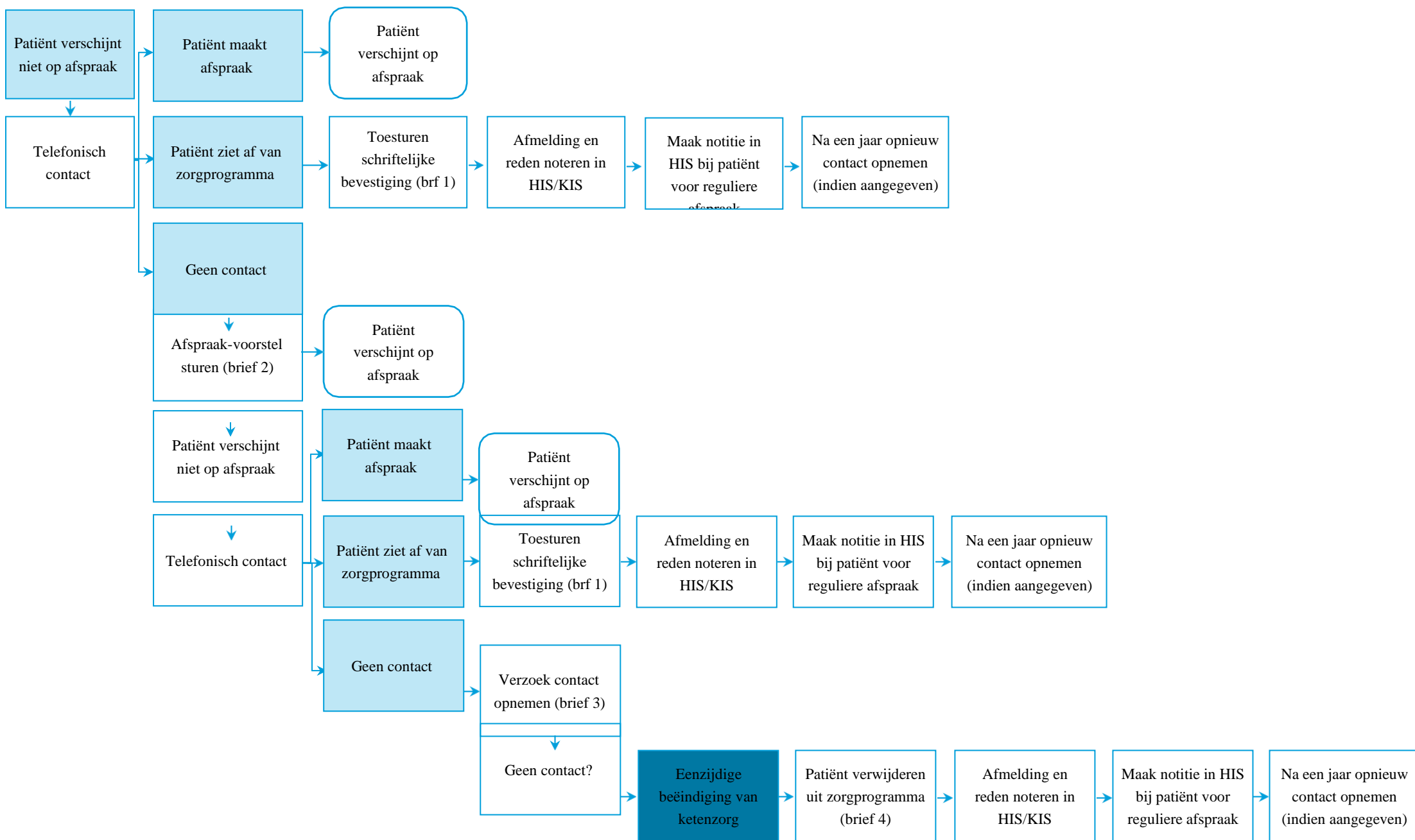
In aanvulling op de hierboven genoemde stappen bieden tussentijdse consulten voor andere zorgvragen een uitgelezen kans om de controleafspraak onder de aandacht te brengen (vooral bij het voorschrijven van herhaalmedicatie). Ook het afleggen van een huisbezoek of visite door de huisarts of POH kan helpen patiënten te motiveren tot deelname aan het ketenzorgprogramma en de bijbehorende controleafspraken. Het is raadzaam de pogingen om in contact te komen met de patiënt vast te leggen in het huisartseninformatiesysteem (HIS) of keteninformatiesysteem (KIS).

Als het ondanks herhaalde pogingen niet lukt om in geval van 'no-show' met de patiënt in contact te komen, kan de huisarts na zes maanden eenzijdig besluiten deelname aan het ketenzorgprogramma te beëindigen. Het besluit tot het beëindigen van deelname aan het ketenzorgprogramma ontslaat de huisarts niet van de verplichting om reguliere huisartsenzorg aan te bieden. Het ketenzorgprogramma is immers een aanvulling op de reguliere huisartsenzorg. Daarbij is het belangrijk om aan te geven dat de patiënt met gezondheidsvragen en –klachten altijd welkom blijft voor reguliere zorg in de huisartsenpraktijk en opnieuw contact kan opnemen bij behoefte om aan het ketenzorgprogramma deel te nemen. Het advies is om de patiënt jaarlijks actief te benaderen voor deelname aan het ketenzorgprogramma. Door de patiënt jaarlijks opnieuw te benaderen voor deelname aan het ketenzorgprogramma krijgt de patiënt de mogelijkheid om alsnog op een laagdrempelige manier in te stromen in het ketenzorgprogramma.

### **Bijlagen:**

Stroomschema no-show advies

Voorbeeldbrieven 1-4 inclusief voorbeeldtekst chronische aandoeningen



## Brief 1: Bevestiging geen deelname zorgprogramma

### Datum

Onderwerp: bevestiging afzien van ketenzorg voor **diabetes / COPD / hart en vaat ziekten / Astma / anders**

Geachte heer/ mevrouw,

### Inleiding

Voor patiënten **met diabetes/ COPD / hart- en vaatziekten / Astma / anders** is het belangrijk om regelmatig bij de huisarts en praktijkondersteuner op controle te komen. Als **diabetes / COPD/ hart en vaat / Astma / anders** patiënt wordt u daarom door uw huisarts uitgenodigd voor in ieder geval een aantal controles per jaar.

### Het belang van controle

#### **In te vullen naar ziektebeeld, zie voorbeeldtekstjes over chronische aandoeningen:**

*Diabetes mellitus / COPD / Primaire preventie van hart en vaatziekten / Secundaire preventie van hart en vaatziekten/ Behandeling van hartfalen / Astma*

Dit is de reden dat uw huisarts en praktijkondersteuner u dringend adviseren om regelmatig op controle te komen in de praktijk zodat u op al deze punten gecontroleerd kunt worden en er tijdig ingegrepen kan worden als dat nodig is. Het ketenzorgprogramma is een extra aanbod voor mensen met **diabetes/ COPD / hart- en vaatziekten / Astma anders** in aanvulling op de gewone huisartsenzorg.

### Afzien van controle

In eerdere contacten heeft u aangegeven dat u er bewust voor kiest geen gebruik te maken van de controles als onderdeel van het zorgprogramma voor **diabetes/ COPD / hart- en vaatziekten / Astma / anders**.

**U heeft aangegeven geen medicatie te willen gebruiken. optioneel**

Wij hebben u geïnformeerd over de mogelijke gevolgen daarvan. U bent hiervan op de hoogte en u heeft aangegeven van verdere controle af te zien. Voor ons betekent dit dat wij geen optimale zorg kunnen bieden. Wij respecteren uw keuze **en verzoeken u om in de bijgevoegde verklaring aan te geven wat daarvan de reden is en deze ondertekend aan ons terug te sturen. Optioneel** Mocht u de komende tijd van gedachten veranderen en toch overwegen om deel te nemen aan het ketenzorgprogramma dan kunt u hierover contact opnemen met de huisarts of de praktijkondersteuner. Over **een jaar** nemen wij in elk geval weer contact met u op om te vernemen of uw keuze is veranderd.

### Altijd welkom

Wij vinden het belangrijk om te benadrukken dat u in de tussentijd altijd van harte welkom blijft om bij al uw gezondheidsvragen – en klachten contact op te nemen met onze huisartsenpraktijk. Uw keuze om af te zien van deelname aan het ketenzorgprogramma heeft hierop geen invloed.

Voorbeeldbrieven: rode tekst is te kiezen naar specifieke toepassing per patiënt en/of praktijk

Als u over deze brief of de controles nog vragen heeft kunt u altijd contact opnemen met uw huisarts of praktijkondersteuner voor nadere toelichting of uitleg.

met vriendelijke groet,

..... , praktijkondersteuner ..... , huisarts

Telefoonnummer en andere contactgegevens

## Voorbeeldbrief 2: uitnodiging controleafspraak

### Datum

Onderwerp: Uitnodiging controle afspraak **diabetes/ COPD / hart- en vaatziekten / Astma / anders** zorg

Geachte heer/ mevrouw,

### *Inleiding*

Voor patiënten **met diabetes/ COPD / hart- en vaatziekten / Astma / anders** is het belangrijk om regelmatig bij de huisarts en praktijkondersteuner op controle te komen. Als **diabetes/ COPD / hart- en vaatziekten / Astma / anders** patiënt wordt u daarom door uw huisarts uitgenodigd voor in ieder geval een aantal controles per jaar.

### *Uitnodigingen*

Uit onze gegevens blijkt dat u ongeveer **een week** geleden niet bent verschenen op de controleafspraak. Ook is het niet gelukt om telefonisch contact met u te krijgen. Om die reden heb ik voor u een nieuwe controleafspraak in mijn agenda ingepland **op ..... 201., om ..... uur.**

Indien u een andere datum voor uw controle wilt afspreken, omdat u bijvoorbeeld verhinderd bent op de voorgestelde datum en tijd, kan dit via bovenstaand telefoonnummer rechtstreeks met de doktersassistent op **maandag tot en met vrijdag tussen ... en ... uur.** Graag hoor ik dat zo spoedig mogelijk.

Wanneer u om welke reden dan ook geen afspraak wilt maken voor de controle van uw **diabetes/ COPD / hart- en vaatziekten / Astma / anders** dan zouden we graag persoonlijk met u contact willen hebben. Ook in dat geval kunt u bovenstaand telefoonnummer gebruiken van **maandag tot en met vrijdag tussen ..... en ..... uur.**

In het geval dat u onder behandeling bent bij de internist voor uw diabetes in een ziekenhuis of kliniek, willen wij u vragen dit ook door te geven aan uw huisarts. Op het moment dat de behandeling bij de internist is beëindigd is het belangrijk dat u dit ook weer meldt bij uw huisarts.

### *Praktische problemen?*

U kunt voor praktische problemen bij de controleafspraak contact opnemen met de praktijkondersteuner of de praktijkassistente van de huisartsenpraktijk. Praktische problemen zijn bijvoorbeeld dat u niet kunt komen op het tijdstip van de controleafspraak of dat u geen vervoer heeft om naar de afspraak te komen.

### *Het belang van controle*

### **In te vullen naar ziektebeeld, zie voorbeeldtekstjes over chronische aandoeningen:**

***Diabetes mellitus / COPD / Primaire preventie van hart en vaatziekten / Secundaire preventie van hart en vaatziekten / Behandeling van hartfalen / Astma***

Dit is de reden dat uw huisarts en praktijkondersteuner u dringend adviseren om regelmatig op controle te komen in de praktijk zodat u op al deze punten gecontroleerd kunt worden en er tijdig

Voorbeeldbrieven: rode tekst is te kiezen naar specifieke toepassing per patiënt en/of praktijk





### **Brief 3. Afsluitende brief uitnodiging controle afspraak ... zorg**

Datum,

Onderwerp: Afsluitende brief uitnodiging controle afspraak **diabetes / COPD / hart en vaat ziekten / Astma / anders** zorg

Geachte heer/ mevrouw,

#### *Inleiding*

Voor patiënten met **diabetes / COPD / hart en vaat ziekten / Astma / anders** is het belangrijk om regelmatig bij uw huisarts en praktijkondersteuner op controle te komen. Als **diabetes / COPD / hart en vaat ziekten / Astma / anders** patiënt wordt u daarom door uw huisarts uitgenodigd voor in ieder geval een aantal controles per jaar.

#### *Uitnodigingen*

Uit onze gegevens blijkt dat u de afgelopen weken niet bent verschenen of heeft gereageerd op deze controle afspraken. Wij hebben opnieuw telefonisch contact met u gezocht, omdat wij u graag zo goed mogelijke zorg willen bieden.

#### *Het belang van controle*

#### **In te vullen naar ziektebeeld, zie voorbeeldtekstjes over chronische aandoeningen:**

*Diabetes mellitus / COPD / Primaire preventie van hart en vaatziekten / Secundaire preventie van hart en vaatziekten / Behandeling van hartfalen / Astma*

Dit is de reden dat uw huisarts en praktijkondersteuner u dringend adviseren om regelmatig op controle te komen in de praktijk zodat u op al deze punten gecontroleerd kunt worden en er tijdig ingegrepen kan worden als dat nodig is. Het ketenzorgprogramma is een extra aanbod voor mensen met **diabetes / COPD / hart en vaat ziekten / Astma / anders** in aanvulling op de gewone huisartsenzorg.

#### *Afspraak maken*

Omdat wij graag weten om welke reden u niet op controle komt, vragen wij u om binnen 2 weken telefonisch contact met ons op te nemen. Dit kan tijdens het telefonisch spreekuur op **<<dag en tijd >>**. Als u geen contact opneemt met de praktijk zijn wij niet in staat om u de zorg te bieden waar voor u in aanmerking komt.

#### *Afzien van controle*

Als u besluit om af te zien van de controle, verzoeken wij u om in de bijgevoegde verklaring aan te geven wat daarvan de reden is. De praktijk zal u dan verder niet meer uitnodigen. Op het moment dat u daarna besluit u toch weer aan te melden kan dat altijd bij uw huisarts of praktijkondersteuner.

Als u de bijgevoegde verklaring niet invult en geen contact met ons opneemt, gaan we er vanuit dat u er bewust voor kiest om **geen** gebruik te maken van de controles als onderdeel van het zorgprogramma. Wij respecteren uiteraard uw keuze en zien verder af van actieve oproepen voor

Voorbeeldbrieven: rode tekst is te kiezen naar specifieke toepassing per patiënt en/of praktijk

een periode van 1 jaar. Daarna nemen wij weer opnieuw contact met u op om te vernemen of uw keuze is veranderd.

*Altijd welkom*

Wij vinden het belangrijk om te benadrukken dat u in de tussentijd altijd van harte welkom blijft om bij al uw gezondheidsvragen – en klachten contact op te nemen met onze huisartsenpraktijk. Uw keuze om wel of niet deel te nemen aan het ketenzorgprogramma heeft hierop geen invloed.

Als u over deze brief of de controles nog vragen heeft kunt u altijd een afspraak maken bij uw huisarts of praktijkondersteuner voor nadere toelichting of uitleg.

met vriendelijke groet,

..... , praktijkondersteuner ..... , huisarts

**Telefoonnummer en andere contactgegevens**

**ALLEEN INVULLEN BIJ NIET MEER WILLEN DEELNEMEN AAN HET OPROEPSYSTEEM VOOR DE  
diabetes / COPD / hart en vaat ziekten / Astma / anders **CONTROLE****

Naam:

geboortedatum:

Ik wil **NIET MEER** uitgenodigd worden voor de diabetes / COPD / hart en vaat ziekten / Astma /  
anders controles

reden:

Datum

Handtekening

Gaarne dit formulier retourneren aan uw huisarts. (denk aan eventueel bijvoegen geadresseerde en  
gefrankeerde envelop aan de praktijk)

## Voorbeeldbrief 4 beëindigen deelname zorgprogramma

### Datum

Onderwerp: Beëindiging deelname zorgprogramma **diabetes / COPD / hart en vaat ziekten / Astma / anders** zorg

Geachte heer/ mevrouw,

### *Inleiding*

Voor patiënten met **diabetes / COPD / hart en vaat ziekten / Astma / anders** is het belangrijk om regelmatig bij de huisarts en praktijkondersteuner op controle te komen. Als **diabetes / COPD / hart en vaat ziekten / Astma / anders** patiënt wordt u daarom door uw huisarts uitgenodigd voor in ieder geval een aantal controles per jaar.

### *Het belang van controle*

### **In te vullen naar ziektebeeld, zie voorbeeldtekstjes over chronische aandoeningen:**

*Diabetes mellitus / COPD / Primaire preventie van hart en vaatziekten / Secundaire preventie van hart en vaatziekten / Behandeling van hartfalen / Astma*

Dit is de reden dat uw huisarts en praktijkondersteuner u dringend adviseren om regelmatig op controle te komen in de praktijk zodat u op al deze punten gecontroleerd kunt worden en er tijdig ingegrepen kan worden als dat nodig is. Het ketenzorgprogramma is een extra aanbod voor mensen met **diabetes / COPD / hart en vaat ziekten / Astma / anders** in aanvulling op de gewone huisartsenzorg.

### *Contact met u gezocht*

Uit onze gegevens blijkt dat u de afgelopen weken niet bent verschenen of heeft gereageerd op de uitnodigingen voor deze controleafspraken. Wij hebben meerdere malen telefonisch contact met u gezocht en u schriftelijk benaderd voor het maken van een afspraak, omdat wij u graag zo goed mogelijke zorg willen bieden. Tot onze spijt slagen we er niet in hierover met u in contact te komen.

### *Afzien van controle*

Als u besluit om af te zien van de controles, verzoeken wij u om in de bijgevoegde verklaring aan te geven wat daarvan de reden is. De praktijk zal u dan verder niet meer uitnodigen. Op het moment dat u besluit u toch weer aan te melden kan dat altijd bij uw huisarts of praktijkondersteuner.

Als u de bijgevoegde verklaring niet invult en geen contact met ons opneemt, gaan we er vanuit dat u er bewust voor kiest om **geen** gebruik te maken van de controles als onderdeel van het zorgprogramma. Wij respecteren uiteraard uw keuze en zien dan verder af van actieve oproepen voor een periode **van 1 jaar**. Daarna nemen wij weer opnieuw contact met u op om te vernemen of uw keuze is veranderd.



**ALLEEN INVULLEN BIJ NIET MEER WILLEN DEELNEMEN AAN HET OPROEPSYSTEEM VOOR DE  
diabetes / COPD / hart en vaat ziekten / Astma / anders **CONTROLE****

Naam:

geboortedatum:

Ik wil **NIET MEER** uitgenodigd worden voor de diabetes / COPD / hart en vaat ziekten / Astma /  
anders controles

reden:

Datum

Handtekening

Gaarne dit formulier retourneren aan uw huisarts. (denk aan eventueel bijvoegen geadresseerde en  
gefrankeerde envelop aan de praktijk)

## Tekst chronische aandoeningen – om in te voegen per patiëntenbrief

*Onderstaande tekstjes zijn, behalve Diabetes Mellitus (andere bron), afgeleid van de website [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl). In verband met eventuele veranderende inzichten in de behandeling van de chronische aandoeningen, adviseren we u de content van de onderstaande tekstjes jaarlijks te controleren of te bespreken met uw eigen inhoudsdeskundige.*

### Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus is een chronische stofwisselingsziekte die consequenties heeft voor het gehele lichaam. Diabetes is niet te genezen, maar wel goed te behandelen. De behandeling van diabetes moet ervoor zorgen dat uw bloed glucose waarden niet te hoog worden. Uw bloed mag niet teveel glucose bevatten. Als deze waarde goed is, dan zult u geen last hebben van problemen als dorst, wazig zien, vermoeidheid en veel plassen. Wel kunt u op den duur last krijgen van andere klachten, vooral als u al langer diabetes heeft. Deze problemen kunnen voorkomen op verschillende plaatsen in het lichaam en worden complicaties genoemd. Complicaties van diabetes zijn: hart- en vaatziekten, problemen met de ogen, de zenuwen, de voeten en de nieren. Voor alle complicaties geldt: als ze op tijd worden ontdekt, kunnen ze beter worden behandeld. Daarom is het belangrijk dat er op tijd wordt gecontroleerd of u complicaties heeft.

### COPD

COPD is een ongeneeslijke longziekte. De luchtwegen zijn blijvend vernauwd. Daardoor werken de longen steeds minder goed. U krijgt vaak last van hoesten, benauwdheid en slijm in de luchtwegen. COPD komt door een blijvende (chronische) ontsteking van het slijmvlies in de luchtwegen. Rook of prikkelende stofdeeltjes in de ingeademde lucht veroorzaken die ontsteking. Er bestaat geen behandeling waardoor COPD over gaat. U kunt wel uw klachten verminderen door u te houden aan een aantal leefregels (op tijd stoppen met roken, gezond eten en dagelijks bewegen) en door medicatie te gebruiken. U gaat zich dan geleidelijk beter voelen. Door gezond te leven kunt u uw conditie verbeteren en ervoor zorgen dat u zich fitter voelt (Bron: [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl) mei 2015).

### Primaire preventie van hart- en vaatziekten

Om na te gaan of u een verhoogd risico heeft op hart- en vaatziekten, kijkt uw huisarts welke risicofactoren bij u een rol spelen. Het overzicht van uw risicofactoren noemen we uw eigen risicoprofiel. Uw huisarts kan daarmee in een tabel opzoeken hoe groot de kans is dat u binnen tien jaar een hart- vaatziekte krijgt of aan een hart- en vaatziekte overlijdt.

De huisarts zoekt op wat het risico is voor de groep waar u bij hoort. De huisarts let hierbij met name op uw geslacht, leeftijd, op uw bloeddruk, uw cholesterol en of u rookt. Het gaat om een schatting van het risico, en niet om een zekerheid. Het komt bijvoorbeeld voor dat iemand met een hoog risico toch heel oud wordt. Omgekeerd kan iemand met een laag risico toch een hartinfarct krijgen (Bron: [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl) mei 2015).

Voorbeeldbrieven: rode tekst is te kiezen naar specifieke toepassing per patiënt en/of praktijk



## Secundaire preventie van hart- en vaatziekten

U heeft een hart of vaatziekte (gehad) en u wordt behandeld om de verhoogde kans op hart en vaataandoeningen zo sterk mogelijk te verlagen. Bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten kunnen medicijnen die uw bloeddruk of cholesterolgehalte verlagen zinvol zijn. Hoe hoger uw geschatte risico op hart- en vaatziekten, en hoe hoger uw bloeddruk of cholesterolgehalte, des te groter is de kans dat u baat heeft bij deze medicijnen.

Om dit risico te verlagen is het heel erg belangrijk om gezond te leven. Dat kan betekenen dat u bepaalde leefgewoontes moet veranderen. Graag bespreken we met u welke maatregelen mogelijk zijn om uw risico op hart- en vaatziekten te verlagen. Daarmee maken we samen met u een plan voor de verdere aanpak van uw risicofactoren (Bron: [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl) mei 2015).

## Behandeling van hartfalen

Bij hartfalen is de pompkracht van het hart verminderd. Daardoor wordt u bij inspanning snel moe en kortademig. Bij hartfalen krijgt u medicijnen die uw klachten verminderen en die voorkomen dat het hartfalen verergert. De medicijnen zorgen er onder meer voor dat uw lichaam meer vocht afvoert. Als u de medicijnen een paar dagen vergeet, krijgt uw hart het weer zwaarder. Ook als u de medicijnen zorgvuldig heeft ingenomen, kunnen de klachten soms tijdelijk toenemen of verminderen, vaak zonder duidelijke reden. Verder is een gezonde leefstijl van belang: gezond eten, genoeg bewegen, niet roken en zo nodig afvallen (Bron: [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl) mei 2015).

## Astma

Astma is een chronische aandoening van de luchtwegen (in de longen). Normaal zijn de luchtwegen wijd genoeg om gemakkelijk in- en uit te ademen. Bij astma zijn de luchtwegen overgevoelig voor bepaalde prikkels. Als reactie op deze prikkels trekken de spiertjes rond de luchtwegen samen. Het slijmvlies langs de binnenkant van de luchtwegen raakt ontstoken: het zwelt op en produceert meer slijm. Daardoor worden de luchtwegen nauwer.

Astma is meestal goed te behandelen. Medicijnen kunnen astma niet echt genezen. Bij zorgvuldig gebruik van medicijnen kunnen de klachten wel verminderen of lang wegblijven. Met de aanpak van prikkels, voldoende lichaamsbeweging en gebruik van medicijnen kunt u ervoor zorgen dat u zo weinig mogelijk last heeft van uw astma (Bron: [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl) mei 2015).

## Bijlage 3: Voorstel Indicatoren landelijke benchmark ketenzorg ` verslagjaar 2023 innovatieset

### Diabetes mellitus type 2

Indicatornr	Omschrijving (InEen)
1	Percentage diabetespatiënten 70 jaar of jonger heel jaar in zorgprogramma met bepaling albumine/kreatinineratio en een positieve uitslag ( $\geq 3.0$ mmol/l) zonder RAS remmer
2	Percentage diabetespatiënten 80 jaar of ouder heel jaar in zorgprogramma met bepaling HbA <sub>1c</sub> en een uitslag van 53 mmol/mol of lager met gebruik van meerdere glucose verlagende middelen <sup>1</sup>
3	Percentage diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma met persoonlijke streefwaarde <sup>2</sup> glucose of met persoonlijke streefwaarde HbA <sub>1c</sub> of met persoonlijke streefwaarde LDL of met persoonlijke streefwaarde systolische bloeddruk
4	Percentage diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma met thuismeting systolische bloeddruk
5	Percentage diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma met meting stappenteller
6	Percentage diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma 70 jaar of jonger met doorgemaakt HVZ event en lipidenverlager
7	Percentage diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma met een individueel zorgplan (izp)
8	Percentage diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma 70 jaar of jonger en een HbA <sub>1c</sub> bepaling in de afgelopen 12 maanden en een uitkomst van 53 mmol/mol of lager ( $\leq 53$ )

<sup>1</sup> Deze indicator kan worden gebruikt om overbehandeling van diabetes type 2 bij ouderen te monitoren.

<sup>2</sup> De waarde (of bereik) voor een uitslag van een bepaling die de huisarts haalbaar acht voor deze patiënt en is afgesproken met de patiënt. (Bron: HIS-Referentiemodel NHG <https://referentiemodel.nhg.org/node/1439>)

## COPD

Indicatornr	Omschrijving (InEen)
1	Percentage COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma van wie ziektelast is vastgelegd
2	Percentage COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma met ziektelast 'licht'
3	Percentage COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma met ziektelast 'verhoogd'
4	Percentage patiënten heel jaar in zorgprogramma met COPD en met registratie BMI in de afgelopen 12 maanden én met registratie 'ongewenst gewichtsverlies' in de afgelopen 12 maanden
5	Percentage patiënten heel jaar in zorgprogramma met COPD met registratie van de BMI in de afgelopen 12 maanden én met registratie 'ongewenst gewichtsverlies' in de afgelopen 12 maanden waarbij BMI < 21 of 'ongewenst gewichtsverlies' met uitkomst 'ja'
6	Percentage COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma met een individueel zorgplan (izp)
7	Percentage COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma met meting stappenteller

## Hart- en Vaatziekten

Indicatornr	Omschrijving (InEen)
1	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma met persoonlijke streefwaarde LDL of met persoonlijke streefwaarde systolische bloeddruk
2	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma met thuismeting systolische bloeddruk
3	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma met meting stappenteller
4	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma met een individueel zorgplan (izp)

### VVR (verhoogd/zeer hoog risico)<sup>3</sup>

Indicatornr	Omschrijving (InEen)
1	Percentage VVR (hoog risico/zeer hoog risico) patiënten heel jaar in zorgprogramma met persoonlijke streefwaarde LDL of met persoonlijke streefwaarde systolische bloeddruk
2	Percentage VVR (hoog risico/zeer hoog risico) patiënten heel jaar in zorgprogramma met thuismeting systolische bloeddruk
3	Percentage VVR (hoog risico/zeer hoog risico) patiënten heel jaar in zorgprogramma met meting stappenteller
4	Percentage VVR (hoog risico/zeer hoog risico) patiënten heel jaar in zorgprogramma met een individueel zorgplan (izp)

<sup>3</sup> In het zorgprogramma VVR (verhoogd vasculair risico) worden patiënten opgenomen met een verhoogd en/of zeer verhoogd risico (volgens de SCORE-tabel) zonder manifeste hart- en vaatziekten of een doorgemaakt event.

## GGZ

Indicatornr	Omschrijving (InEen)
	Percentage patiënten GGZ in zorgprogramma
	Percentage patiënten in zorgprogramma GGZ, ingestroomd in 2020
	Percentage patiënten in zorgprogramma GGZ, uitgestroomd in 2020
	Percentage patiënten verwezen naar specialistische GGZ
1	Percentage patiënten in zorgprogramma GGZ met individueel zorgplan (IZP)
2	Percentage patiënten in zorgprogramma GGZ met wie persoonlijke doelen zijn geformuleerd
3	Percentage patiënten in zorgprogramma GGZ bij wie e-health binnen blended care wordt toegepast
4	Percentage patiënten in zorgprogramma GGZ bij wie consultatie (door bijvoorbeeld psychiater, psycholoog, psychotherapeut, orthopedagoog of verslavingsdeskundige) is ingezet
5	Percentage patiënten in zorgprogramma GGZ bij wie de patiëntervaring is gemeten

## Kwetsbare Ouderen

**Noemer: Aantal patiënten heel jaar opgenomen in zorgprogramma kwetsbare ouderen**

Indicatornr	Omschrijving (InEen)
1	Percentage patiënten heel jaar in zorgprogramma kwetsbare ouderen met meting patiëntervaring
2	Percentage patiënten heel jaar in zorgprogramma kwetsbare ouderen voor wie specialist ouderengeneeskunde is geconsulteerd in de afgelopen 2 jaar
3	Percentage patiënten heel jaar in zorgprogramma kwetsbare ouderen met diastole bloeddruk < 70 mm Hg

## Hartfalen

Indicatornr	Omschrijving (InEen)
	Prevalentie
	Regie: verdeling hoofdbehandelaar huisarts – specialist
	Percentage patiënten in eerste lijn, maar niet in zorgprogramma (geen programmatische zorg)
1	Percentage patiënten met hartfalen heel jaar in zorgprogramma met registratie van type hartfalen (labcode type hartfalen) <sup>4</sup>
2	Percentage patiënten met hartfalen heel jaar in zorgprogramma van wie de ernst hartfalen (NYHA klasse) is vastgelegd
3	Percentage patiënten met hartfalen heel jaar in zorgprogramma met registratie van polsfrequentie
4	Percentage patiënten met hartfalen heel jaar in zorgprogramma met registratie van polsritme
5	Percentage patiënten met HFrEF heel jaar in zorgprogramma met voorschrift RASremmer
6	Percentage patiënten met HFrEF heel jaar in zorgprogramma met voorschrift betablokker
7	Percentage hartfalen patiënten heel jaar in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd
8	Percentage hartfalenpatiënten heel jaar in zorgprogramma dat rookt

<sup>4</sup> Om onderscheid te maken tussen type hartfalen is er een labcode voorhanden (HFTYKH) en geen aparte ICPC



## Atriumfibrilleren

Indicatornr	Omschrijving (InEen)
	Prevalentie
	Regie: verdeling hoofdbehandelaar huisarts – specialist
	Percentage patiënten in eerste lijn, maar niet in zorgprogramma (geen programmatische zorg)
1	Percentage patiënten met atriumfibrilleren dat een antiarrhythmicum krijgt voorgeschreven (ATC Co1B)
2	Percentage patiënten met atriumfibrilleren heel jaar in zorgprogramma met voorschrift DOAC of een Vitamine K antagonist
3	Percentage patiënten met atriumfibrilleren heel jaar in zorgprogramma met voorschrift Trombocyten aggregatieremmers zonder DOAC of vitamine K antagonist
4	Percentage patiënten met atriumfibrilleren heel jaar in zorgprogramma zonder antistolling bij wie geen CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VSc score in de laatste 2 jaar is geregistreerd.

## Chronische nierschade

Indicatornr	Omschrijving (InEen)
1	<p>Percentage patiënten met chronische nierschade en met urineonderzoek op albuminurie (albumine creatinineratio) in de afgelopen 12 maanden met een matig of sterk verhoogde albuminurie (<math>\geq 3.0</math> mg/mmol) zonder chronische medicatie voor een RAS-remmer (<math>&lt; 2</math> voorschriften in afgelopen 12 maanden)</p> <p>LET OP: dit betreft alle patiënten in de huisartspraktijk ongeacht zorgprogramma of hoofdbehandelaar. De noemer is: patiënten met chronische nierschade en hypertensie met urineonderzoek op albuminurie (albumine creatinineratio) in de afgelopen 12 maanden in praktijkpopulatie</p>
2	<p>Percentage patiënten met episode nierfunctiestoornis, U99.01 (teller) bij patiënten met een eGFR bepaling (laatste waarde ooit) en eGFR <math>&lt; 60</math> ml/min/1,73 m<sup>2</sup> bij patiënten met risico op CNS in de volledige praktijkpopulatie (noemer)</p> <p>Let op: dit betreft alle patiënten in de huisartspraktijk ongeacht zorgprogramma of hoofdbehandelaar.</p>
3	<p>Percentage patiënten met risico op chronische nierschade en een episode nierfunctiestoornis, U99.01, met contra-indicatie 'verminderde nierfunctie'</p> <p>LET OP: dit betreft alle patiënten in de huisartspraktijk ongeacht zorgprogramma of hoofdbehandelaar. De noemer is: patiënten met risico op chronische nierschade met een episode nierfunctiestoornis, U99.01 in praktijkpopulatie</p>