



Zorgprogramma chronische zorg 2026 -sept concept

De zorgprogramma's zijn erop gericht patiënten met een chronische aandoening te ondersteunen bij het verkrijgen van meer grip op hun ziekte en het verminderen van complicatierisico's. Zelfmanagement en begeleiding door diverse zorgverleners staan centraal, evenals multidisciplinaire samenwerking. Patiënten worden actief betrokken bij het opstellen van een persoonlijk behandelplan en het stellen van doelen, wat leidt tot meer motivatie en betere behandelresultaten. Daarnaast ontvangen deelnemers voorlichting, ondersteuning en op maat gemaakte adviezen, waarbij altijd wordt uitgegaan van wat haalbaar is in de persoonlijke situatie.

Dit document bevat beknopte informatie die nodig is voor het uitvoeren van de zorgprogramma's DM2, CVRM en COPD. Omdat er veel overeenkomsten in het proces beschrijven we de stappen met specifieke aanvullingen per ziektebeeld. De zorgprogramma's DM2, COPD en CVRM zijn gebaseerd op de standaarden en richtlijnen van de NHG. Voor meer informatie over de diagnostiek en behandeling wordt geadviseerd deze geldende standaarden te raadplegen.

DM	CVRM	COPD
NHG standaard diabetes De zorgstandaarddiabetes.nl	Cardiovasculair risicomanagement NHG-Richtlijnen De praktische handleiding bij de NHG-Standaard CVRM	de NHG standaard COPD, de LAN-Zorgstandaard COPD
Alle zorgprogramma's		
- Herziening en uitbreiding van de Zorgstandaard Tabaksverslaving 2019 (2022) - Bureaukaart tabaksverslaving voor zorgverleners 2019		

Inhoud

1. Voorwaarden voor deelname aan een zorgprogramma bij Syntein
2. In- en exclusiecriteria (algemeen en specifiek)
3. Opbouw zorgprogramma
4. Doorontwikkeling chronische zorg
5. **Beleid ouderen**
6. Verwijzen en samenwerking 0^e en 1^e lijn
7. Consultatie kaderhuisarts en samenwerking 2^e lijn (RTA)
8. Kwaliteit en indicatoren
9. Wat valt er binnen de vergoeding van het zorgprogramma?
10. Handige links

[Typ hier]



1. Voorwaarden voor deelname aan het zorgprogramma DM2 bij Syntein

- Huisartsenpraktijken die aangesloten zijn bij Syntein kunnen instromen in een zorgprogramma.
- Er zijn voldoende POH en DA-uren ter beschikking
- De patiënten worden jaarlijks gezien voor een jaargesprek. Taakverdeling per praktijk.
- Binnen de praktijk worden taken verdeeld en werkafspraken gemaakt. Denk aan:
 - Casemanagement
 - Doorplannen en/of oproepen (wie doet wat wanneer)
 - Opvolgen en no show,
 - Registratieafspraken en het up to date houden van de HIS protocollen
 - Opvolging en inplannen van de terug verwijzingen van medisch specialist bij huisartsen en/of POH en aanpassen van het hoofdbehandelaarschap in het HIS protocol
 - In de keten wordt bij niet stabiele patiënten jaarlijks een jaargesprek (met HA??) uitgevoerd
 - Gestructureerd overleg tussen huisarts en POH (en DA)
 - Thuismetingen en consultvoorbereiding
- De praktijk is op de hoogte van de verwijs- en terugverwijsafspraken medisch specialisten (link)
- Van de praktijken wordt verwacht dat zij enkele keren per jaar het ketenzorgdashboard raadplegen en anticiperen op bijzonderheden.
- POH/huisarts heeft voldoende kennis van DM (standaarden) en neemt deel aan de [scholingscyclus](#) van Syntein. Iedere praktijk die insuline voorschrijft moet daarvoor bekwaam zijn. Dit ben je als je de startcursus insulinetherapie hebt doorlopen en tenminste één keer in de drie jaar een verdiepingscursus volgt.
- Praktijken worden tenminste één keer in de twee jaar bezocht door een kaderhuisarts en coördinator van Syntein voor een kwaliteitsgesprek.
- Een grote variatie in inclusie percentage patiënten in het zorgprogramma kan aanleiding zijn voor een extra praktijkbezoek

[Typ hier]

2. De in- en exclusiecriteria

Patiënten die chronische zorg nodig hebben, komen mogelijk in aanmerking voor deelname aan een ketenzorgprogramma. Richtlijnen en standaarden bepalen via in- en exclusiecriteria welke patiënten hiervoor geschikt zijn. De huisarts beoordeelt continu samen met de patiënt of deelname passend is. Dit gebeurt op basis van diverse HIS-registraties, zoals ICPC-codes, de rol van de huisarts als hoofdbehandelaar ¹ en andere relevante gegevens.

Naast aandoening specifieke criteria en het hoofdbehandelaarschap zijn er algemene voorwaarden voor deelname aan ketenzorg: patiënt en huisarts nemen samen de beslissing. De patiënt wordt geïnformeerd en zijn/haar motivatie wordt beoordeeld. Samen kunnen ze besluiten deel te nemen of niet.

Generieke in- en exclusiecriteria:

- Bereidheid en motivatie patiënt
- Persoonlijke omstandigheden (zoals beperkte levensverwachting of palliatieve zorg)
- Onvoldoende meerwaarde van ketenzorg
- Langdurig stabiele situatie, lage ziektelast
- zie no show stroomschema
- Deelname aan een ander zorgprogramma
- Beperkte levensverwachting
- Toegenomen kwetsbaarheid
- Bij complexe ouderenzorg: geen regie, behoefte aan netwerkzorg

In de bijlage staan de aandoening specifieke criteria

Met opmerkingen [IB1]: Deze nog beoordelen / vaststellen met kaderartsen

Leeftijd

Bij de zorgprogramma's geldt dat oudere patiënten geïnccludeerd mogen worden. Tegelijkertijd wordt gevraagd om **kritisch** te beoordelen of het zorgprogramma van toegevoegde waarde is en welke zorg geboden moet worden (zie ook verder in dit document)

Bij VVR (en HVZ??) hebben we vanwege inclusieplafond een leeftijdsgrens ingesteld van jaar.

Zie ook "[Handleiding voor inclusie en exclusie van patiënten in ketenzorgprogramma's](#)" van InEen, versie november 2024.

¹ **Let op:** Patiënten met 'hoofdbehandelaar specialist' en hoofdbehandelaar 'overig/onbekend' of 'leeggelaten' worden niet uitbetaald.

[Typ hier]

3. Opbouw zorgprogramma

Preventie, opsporing diagnostiek: valt niet binnen de ketenzorg
• Signaleren (diagnostiek, risicoschatting maken en beleid bepalen) • Markeren (ICPC, HB) en registreren • Incluseren: samen beslissen -> deelname preventieve chronische zorg
Zorgprogramma
Opstellen gezondheidsplan • Voorlichting en educatie • Behandeling ○ Risicoschatting ² (bij COPD ziektelast in kaart brengen) ○ Behandeldoelen (ziektelast in kaart brengen) ○ Leefstijl (voeding, roken, bewegen) ○ Medicatie (tabletten, insuline) en bij COPD inhalator gebruik, ICS) ○ Controlebeleid afspraken
Begeleiden & monitoring (frequentie is afhankelijk van zorgzwaarte) • Oproepproces (doorplannen / oproeppapport / dashboard) • Onderzoek Bloed (DM, CVRM) en spirometrie (COPD) • (thuis) Metingen • Preventieve onderzoeken door ketenpartners (DM: fundusfoto, voetcontrole, voeding) • Dieetbehandeling en/of beweeg en/of leefstijlinterventie • Jaargesprek (gespreksformulieren) telefonisch, op praktijk, chat of beeldbellen ○ Voorbereidende vragenlijst ○ Gesprekskaarten en keuze hulpen
Verwijzing en consultatie • 0^e en 1^e lijn (welzijn, leefstijl, voetzorg, fundus (paramedische zorg) • Consultatie kaderhuisarts • RTA 2^e Maasziekenhuis Stroomschema diabetisch voetulcus • Palliatieve zorg • Ouderenzorg • Overig

Tabel 2

² Herhaal de risicoschatting op hart- en vaatziekten elke 5 jaar, of vaker indien het geschatte risico dicht bij een grenswaarde ligt.

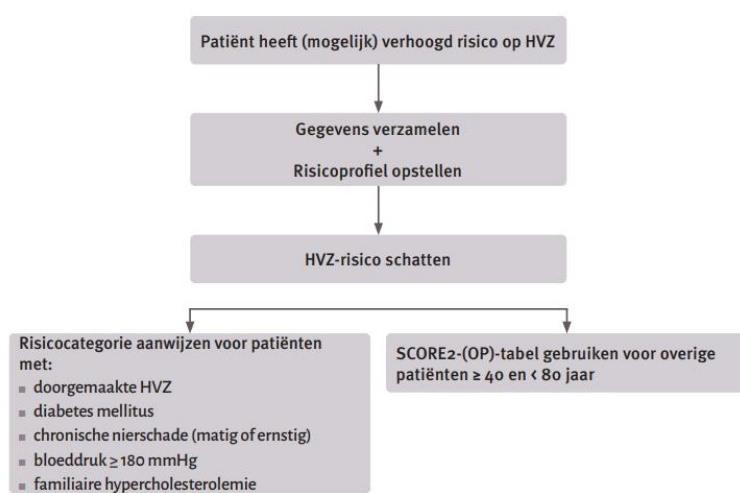
[Typ hier]

NB: Belangrijke stap is om het risico in kaart te brengen omdat dit bepalend is voor het beleid.

Toelichting risicoschatting

Risicocategorieën: De standaard onderscheidt vier risicocategorieën: zeer hoog, hoog, matig verhoogd en laag risico.

Figuur 1 Risicoprofilering



HVZ = hart- en vaatziekten

- Overweeg bij relatief jonge patiënten de cardiovasculaire risicoleeftijd (hartleeftijd) en/of het lifetimerisico (zie Bijlage Lifetimerisico) te bespreken om gezamenlijke besluitvorming te ondersteunen.
- Bij een score in de buurt van de behandelgrens: overweeg indeling in een hogere risicocategorie bij psychosociale risicofactoren of een bekende hoge coronaire kalkscore. Een kalkscore van 0 betekent dat de patiënt in een lagere risicocategorie valt.
- Overweeg de coronaire kalkscore te bepalen (nog niet door HA aan te vragen) bij patiënten van 50-70 jaar als een gesprek over het al dan niet starten van medicamenteuze behandeling geen beslissing oplevert.
- Verricht bij vermoeden van secundaire hypertensie pas een risicoschatting na het wegnemen van de vermoedelijke oorzaak.
- Overweeg familiale dyslipidemie bij sterk verhoogde lipidenwaarden (LDL-cholesterol > 5 mmol/L of totaal cholesterol > 8 mmol/L).

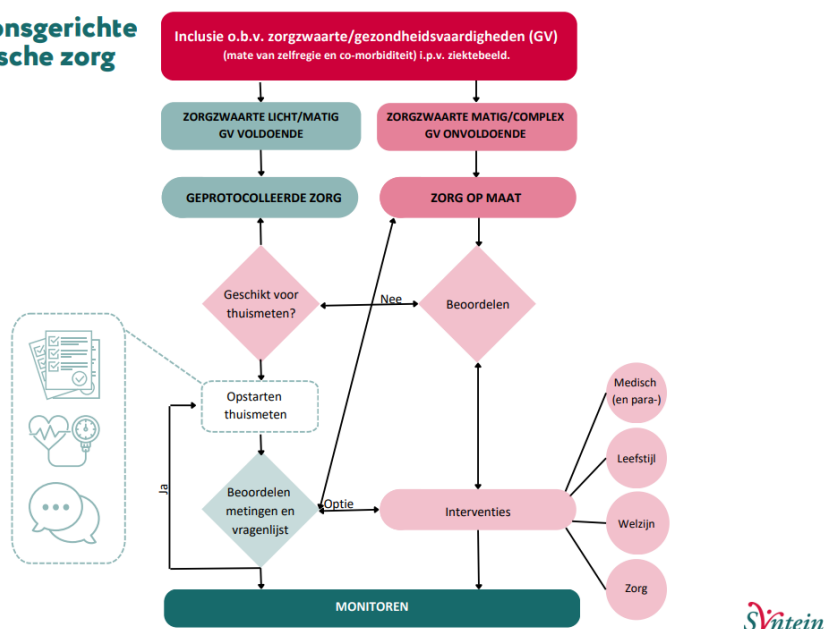
NB check of deze code aan protocol is toegevoegd 3953 HVZ risico score Labcode (invullen) bij cvrm uitdragen vanaf 2026 nieuwe patient dit is bepalend voor wel/niet keten (Niet in de keten dan over 5 jr = controle beleid)

[Typ hier]

4. Doorontwikkeling persoonsgerichte chronische zorg:

Bij persoonsgerichte zorg kijken we steeds meer gezondheidsvaardigheden en zorgzwaarte dan naar van naar 1 specifiek ziektebeeld. Mensen met een hoge zorgzwaarte en/of weinig gezondheidsvaardigheden hebben meer begeleiding en interventies nodig, dan mensen met een lage zorgzwaarte en veel gezondheidsvaardigheden.

Persoonsgerichte chronische zorg



Stimuleren eigen regie en zelfmanagement

Mensen met voldoende gezondheidsvaardigheden stimuleren we eigen regie te nemen door middel van consult-voorbereidende vragenlijsten, thuismetingen (thuismonitoring), e-consulten. De (jaar)gesprekken en/of beoordelingen van de metingen kunnen via chat, beeldbellen, telefoon of op het spreekuur. Hybride waar het kan.

De consult voorbereidende vragenlijst van VIPlive kan bij alle zorgprogramma's ingezet worden. Bij het uitzetten van een vragenlijst zijn er 3 opties: Direct afnemen, per mail of via Spreekuur.nl. Wanneer een zorgverlener kiest voor 'per mail' of 'via Spreekuur.nl', is het mogelijk om een uitzetdatum te kiezen. Deze wordt automatisch gevuld met de datum van vandaag, maar het is mogelijk om een datum tot een jaar in de toekomst te kiezen. De consultvoorbereidende
[Typ hier]



vragenlijst kan bij alle zorgstraten ingezet worden. Voor COPD is er nog een specifieke vragenlijst beschikbaar de zgn “ COPD-meter”. In deze vragenlijst zijn de CCQ, MRC en ziektebelastingvragen opgenomen.

Een aantal antwoorden van deze vragenlijsten kunnen als Medlab-waarden worden teruggekoppeld naar het HIS. Na verwerking van de post worden deze automatisch opgeslagen in het scherm met meetwaarden.

Klik hier voor [Vragenlijsten versturen naar een patiënt – VIPLive Support](#)

Klik [hier](#) voor het overzicht van de metingen die teruggekoppeld worden.

Thuismeten kan ingezet worden. Hier zijn verschillende apps voor beschikbaar. Klik hier voor [meer informatie](#).

[Persoonsgerichte zorg bij toenemende zorgzwaarte en/of beperkte gezondheidsvaardigheden.](#)

Persoonsgerichte zorg betekent o.a. begrijpelijke zorg. Begrijpelijke taal is goed voor iedereen. Met de terugvraagmethode (ook wel terugvertelmethode) kun je als zorgprofessional nagaan of jouw boodschap goed is overgekomen. Meer informatie over deze methode klik [hier](#)

Zet duidelijke voorlichtingsmaterialen in bij het informeren van de patient

- [Begrijp je lichaam - Pharos](#)
- [Gesprekskaart voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden - Pharos](#)
- [Nadenken over behandelingen met een keuzehulp | Thuisarts.nl](#)
- Gebruik de folders van Syntein om de patiënt te informeren over de inhoud van het zorgprogramma.

Zorgzwaarte wordt o.a. bepaald door de aanwezigheid van co-morbiditeit, polyfarmacie, persoonlijke omstandigheden en leeftijd. Bij toenemende achteruitgang zal er gekeken moeten worden naar het accent van de zorg. Het is aan te bevelen om toenemende kwetsbaarheid te markeren met A05. Wanneer kwetsbare ouderen (75+) de eigen regie verliezen is er sprake van complex kwetsbaar en horen zij niet meer in de chronische keten maar in de ouderenzorg

5 Beleid ouderen met een chronische aandoening (ongeacht de financiering)

Algemene achteruitgang markeren

Bij personen van 75 jaar en ouder (of 78+, afhankelijk van het zorgprogramma) met een chronische aandoening zoals VVR, DM, COPD en HVZ, is het essentieel om de algemene achteruitgang tijdig te signaleren. Factoren als co-morbiditeit, het aantal gebruikte medicatie, mobiliteit en psychosociale factoren. Indien sprake is van algemene achteruitgang is het aan te bevelen om dit te markeren met A05 in het HIS. Bij complexe kwetsbaarheid, bijvoorbeeld als personen de eigen regie verliezen, verschuift de focus van [Typ hier]



de zorg naar de ouderenzorg (registreer dan deelnemende ouderenzorg, zo includeer je deze groep voor de module complexe ouderenzorg.

Medicatiebeleid ouderen

Bij personen zonder hart- en vaatziekten wordt het bewijs dat medicamenteuze behandeling effectief is minder overtuigend naarmate zij ouder en/of kwetsbaarder worden. Dit geldt vooral voor behandeling met statines. Voor ouderen met hart- en vaatziekten is er wel voldoende bewijs dat medicamenteuze behandeling effectief is, tenzij kwetsbaarheid en bijwerkingen de behandeling niet toelaten of de levensverwachting onvoldoende is

Vitale ouderen met hart- en vaatziekten	stop alleen met lipiden verlagende medicatie bij onoverkomelijke bijwerkingen
Kwetsbare ouderen met hart- en vaatziekten	overweeg te stoppen met lipiden verlagende medicatie, met name bij het optreden van een mogelijke bijwerking of bij een gering geschatte resterende levensverwachting.
Kwetsbare ouderen zonder hart- en vaatziekten	stop met lipidenverlagende medicatie

Polyfarmacie

Beoordelen medicatie

Samenwerking

Voetzorg: Is structurele controle en/of specialistische voetzorg geïndiceerd?

Oogzorg (fundusscreening): Is periodieke funduscontrole noodzakelijk? Rethinopathie > 80 dan is het niet nodig

Beweegzorg vermindering van mobiliteit en valrisico nemen toe in de loop van de jaren. Spoor dit tijdig op. eveneens structureel beoordeeld te worden. Bij een valgeschiedenis of afgenomen mobiliteit verschuift het accent naar valpreventie en beweeginterventies.

Dieetzorg: checken (onder) voeding

5. Verwijzen & samenwerking 0^e en 1^e lijn

[Typ hier]



Diëtiste alle zorgprogramma's

Binnen het zorgprogramma valt begeleiding door een diëtist. Verwijzing gaat via VIPLive. Het algemene voedingsadvies wordt gegeven door de POH-S. Het gespecialiseerde voedings- of dieetadvies wordt gegeven door een diëtist. Klik op [praktijkwijzer](#) voor meer informatie.

Voetzorg DM-programma

Jaarlijks wordt bij elke diabetespatiënt een voetcontrole uitgevoerd met als doel tijdig risico's op te sporen en complicaties te voorkomen. Indien nodig wordt naar de podotherapeut verwezen. De podotherapeut is de regisseur van de voetzorg (incl. eventuele pedicure behandeling) en beoordeelt welke zorg medisch noodzakelijk is. Zie voor een uitgebreidere beschrijving het document '[voetzorgwijzer' op de website van Syntein](#).

Fundusscreening DM-programma

De preventieve oogzorg is een belangrijk onderdeel van het zorgprogramma. Tenminste één keer per drie jaar wordt bij elke diabetespatiënt een fundusonderzoek uitgevoerd. Het doel is om tijdig risico's op te sporen en complicaties te voorkomen. De huisarts besteedt het fundusonderzoek uit aan een optometrist in de eerste lijn. Syntein heeft hierover afspraken met de optometristen van Camps optiek en het Maasziekenhuis Pantein. Bij medische noodzaak kan de patiënt doorverwezen worden naar een oogarts voor het fundusonderzoek. Zie voor een uitgebreidere beschrijving het document '[praktijkwijzer preventie oogzorg](#)' op de website van Syntein.

Groepstraining Stoppen met Roken (Sinefuma) alle zorgprogramma's

De kans op succes is groter bij stoppen met roken in groepsverband. Verwijzing naar groepstraining is aanbevolen voor personen die meerdere stoppogingen hebben ondernomen, een lage sociaaleconomische positie hebben of weinig sociale steun ervaren.

Leefstijlprogramma's (Gecombineerde Leefstijlinterventies, GLI)

Beschikbare programma's: Beweegkuur, Cool, SLIMMER, Samen Sportief in Beweging. De looptijd van deze programma's bedraagt twee jaar. Voor mensen met obesitas ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$), Mensen met overgewicht ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) én: een risicofactor* en/of co-morbiditeit**³. Daarnaast moeten volwassenen gemotiveerd zijn om deel te nemen aan een programma van twee jaar.

Fysiotherapeut (COPD)

Hoewel de begeleiding van de fysiotherapeut valt buiten het zorgprogramma valt hebben we sinds 2023 geregeld dat het wel mogelijk is om via VIP live te verwijzen. Redenen om te verwijzen zijn:

Aanhoudende (angst voor) dyspnoe (inspanningstraining, ademhalingsoefeningen)

³ *Risicofactor: sterke buikomvang ($\geq 102 \text{ cm}$ bij mannen, $\geq 88 \text{ cm}$ bij vrouwen), of andere risicofactoren voor HVZ

**Co-morbiditeit: DM2, hart- en vaatziekten, slaapapneu of artrose

[Typ hier]



Problemen met mucusklaring

Welzijn op Recept

Voor mensen die zoeken naar meer betekenis of plezier in het leven, bijvoorbeeld een maatje of een leuke activiteit. Verwijzing naar een welzijnscoach verloopt via VIPLive. Welzijnscoaches vallen onder het zorgprogramma 'overig', bij het soort zorgverlener 'welzijn'.

Beweegmakelaar

Voor mensen die op zoek zijn naar een passende beweegactiviteit of een valpreventief beweegprogramma. Verwijzing naar een beweegmakelaar verloopt via VIPLive. Zij vallen onder het zorgprogramma 'overig',

POH-GGZ

Bij mentale problemen kan binnen de huisartsenpraktijk worden verwezen naar de POH-GGZ.

Op de pagina [Bij wie kunt u terecht? - Syntein](#) staan de zorgverleners met wie Syntein samenwerkings- afspraken heeft.

6. Consultatie kaderhuisarts en verwijzen naar 2e lijn

Onze kaderhuisarts kunnen met behulp van de actieknop consultatie binnen VIPLive geconsulteerd worden.

LET OP: gebruik voor consultatie niet het account van de praktijk!

Bij diabetes geldt dat een verwijzing naar de internist kan slechts plaatsvinden na een consultatie van de kaderhuisarts. Dit geldt niet in acute situaties.

De samenwerkingsafspraken het Maasziekenhuis zijn vastgelegd in de [RTA](#).

7. Kwaliteit & indicatoren

Syntein vindt een aantal procesindicatoren belangrijk. De kaderhuisartsen bepalen jaarlijks de streefwaarden van deze indicatoren.

De **streefnormen** worden inzichtelijk gemaakt in het ketenzorg

Met opmerkingen [IB2]: Streefnorm risicoprofiel (1 x 5 jaar)

Syntein	Focus Indicatoren 2025	Syntein norm 12 mnd
DM	Voetonderzoek	> 80%
	Fundus < 3 jaar	> 90%
	eGFR < 1jaar	> 90%
	Rookgedrag	> 90%

[Typ hier]



COPD	Functioneren vastgelegd (CCQ of MRC)	> 70%
	Controle inhalatietechniek	> 70%
	Rookgedrag	> 90%
CVRM ZHR (HVZ)	Mate van beweging vastgelegd	> 80%
	Bloeddruk vastgelegd	> 90%
	Rookgedrag	> 90%
CVRM HR (VVR)	Mate van beweging vastgelegd	> 80%
	Bloeddruk vastgelegd *	> 90%
	Rookgedrag	> 90%
	Risicoscore is bepaald (40-70 jaar)	Invoeren

Per 2026

Bij alle zorgprogramma's geldt dat bij **15 mnd** twee indicatoren vastgelegd moeten zijn anders komt het dossier niet in aanmerking voor de kwartaal declaratie. Bij DM/CVRM gaat het om een bloeddrukmetingen EN roken of bewegen. Bij COPD gaat het om roken en functioneren.

[Typ hier]

9. Wat valt er binnen de vergoeding van het zorgprogramma?

Inclusief DBC prijs	DM	COPD	ZHR (HVZ)	HR (VVR)
Inzet huisarts (directe en indirecte tijd)	✓	✓	✓	✓
Inzet POH (directe en indirecte tijd)	✓	✓	✓	✓
Inzet DA (directe en indirecte tijd)	✓	✓	✓	✓
(24 uren) alle bloeddrukmetingen	✓	✓	✓	✓
Spirometrie (in de monitorfase)		✓		
Materiaalkosten:				
- test glucose strips	✓			
- test strips Microgard filters		✓		
Consultatie kaderhuisarts	✓	✓	✓	✓
Stoppen met roken	✓	✓	✓	✓
Overige zorgverlening				
Fundusonderzoek door optometrist	✓			
Begeleiding diëtist	✓	✓	✓	✓

NB:

Directe en indirecte tijd omvat: consulten, telefoontjes, visites, maar ook organisatie- en registratietijd.

Niet in het zorgprogramma
Diagnostisch traject Hoofdbehandelaar specialist Acute zorg Diëtiste, optometrist en podotherapeut als de hoofdbehandelaar specialist is Voetzorg* Voetpoli 2delijn (zie Stroomschema diabetisch voetulcus) Oogarts POH GGZ (in basiszorg) Medicatie Laboratorium bloed & urineonderzoek Stoppen met roken groepstraining (Sinefuma) Doppler, Enkel-arm index en ECG Fysiotherapie Palliatieve zorg Complexe ouderenzorg

*De voetzorg die geleverd wordt voor de DM2 ketenpatiënten, wordt door de pedicure en podotherapeuten rechtstreeks bij de zorgverzekeraar gedeclareerd.

[Typ hier]



Toelichting declaratie en vergoedingen

- Op basis van de juiste HIS-registratie (zie tabel 1,2 en 3) worden patiënten aangemeld voor een zorgprogramma en gedeclareerd via VIPLive.
- Liefst z.s.m. na afloop van het kwartaal de declaratie aanleveren in VIPLive. En uiterlijk de 20e dag.
- De geregistreerde meetwaarden in het HIS: 'ICPC', 'hoofdbehandelaar' en deelname ketenzorg dienen een registratiedatum te hebben die op of voor de eerste dag van het betreffende kwartaal ligt.
- Multimorbiditeit:
 - Voor de declaratie van patiënten die in de zorgprogramma's voor CVRM én Diabetes zijn opgenomen, geldt (volgens de NZa beleidsregel) dat geen twee ketenDBC's kunnen worden gefactureerd. Hiervoor zal alleen de KetenDBC Diabetes worden gefactureerd en uitbetaald. VIPLive corrigeert dit automatisch.
 - Als een patiënt in het zorgprogramma COPD en ook in het zorgprogramma CVRM of Diabetes wordt opgenomen, kan er wel voor twee ketenDBC's gefactureerd worden.
 - Voor alle ketens geldt: wanneer er sprake is van complex kwetsbare ouderenzorg, dan horen de patiënten NIET meer in de ketenzorg. Als preventieve zorg bij ouderen geen meerwaarde meer heeft, adviseren we de zorg via reguliere consulten te declareren.
 - Bij VVR geldt houden we een leeftijdsgrens van ... aan
- Bij DM en CVRM zitten alle bloeddrukmetingen (incl. de 24-uurs bloeddrukmeting) in de keten vanaf 1-1-2024.
- Vanaf 2026 hanteren we bij VVR een leeftijdsgrens van ≥ 18 jaar ≤ 78 jaar
- Mondstukken voor de spirometer, MicroGard filters en Perasafe, kunnen met inkoopvoordeel bij de leverancier van Inkoop XL besteld worden.
- IJking van de spirometer (zowel de Vyair als de Vitalograph Pneumotrak) en ijking van de ijkspuit kan verlopen via het collectief onderhoudscontract dat Syntein heeft afgesloten met PT Medical.
- De patiënten die 15 mnd. geen zorg hebben gehad zijn te vinden in het rapport "lege" dossiers, in VIPLive bij 'inzicht'.

Met opmerkingen [IB3]: Nog besluiten

[Typ hier]

Bijlage 1 Inclusie	DM	CVRM (ZHR)	CVRM (HR)	COPD
ICPC	T90.02 diabetes mellitus type 2	- K74 Angina pectoris (incl subcatesubcategorien: instabiele AP en stabiele AP) - K75 Acuut myocardiinfarct - K76 Ischemische hartziekte (IHZ) - K76.01 Coronair sclerose - K76.02 Myocardiinfarct (> 4 weken geleden) - K89 TIA/ Passagere cerebrale ischemie - K90.02 Intracerebrale bloeding - K90.03 Cerebraal infarct - K91???Atherosclerose⁴ - K92.01 PAV/ claudicatio intermittens - K99.01 Aneurysma aortae	- K86 Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging - K87 Hypertensie met orgaanbeschadiging/secundaire hypertensie - T93.01 Hypercholesterolemie EN (indicatie voor) medicatie	Inclusiecriteria – De diagnose R95, COPD is juist gesteld o.b.v. anamnese en spirometrie⁵
HB	Huisarts	Huisarts	Huisarts	Huisarts
Leeftijd	≥18 jaar	≥18 jaar	≥18 jaar < 80 jaar	≥18 jaar
Risicoprofiel		U99.01 CNS Sterk verhoogde RCNS (3934) antwoordoptie : sterk verhoogd	U99.01 CNS Sterk verhoogde RCNS (3934) antwoordoptie : matig verhoogd	

Met opmerkingen [IB4]: Vaststellen met kaderartsen (zie ook de ineen handreiking

⁴ Een aangetoonde atherosclerotische stenose of aangetoonde ischemie (zie de herziene versie van [de richtlijn Cardiovasculair risicomanagement \(CVRM\)](#)).

[Typ hier]

Deelname KZ	3827 DMKZ TZ deelname ketenzorgprogramma diabetes Antwoordoptie: ja De patiënt heeft (mondeling) toestemming gegeven voor deelname aan preventief zorgprogramma	3830 CVKZ KZ deelname CVRM ketenzorgprogramma Antwoordoptie: ja De patiënt heeft (mondeling) toestemming gegeven voor deelname aan preventief zorgprogramma	3830 CVKZ KZ deelname CVRM ketenzorgprogramma De patiënt heeft (mondeling) toestemming gegeven voor deelname aan preventief zorgprogramma	3827 DMKZ TZ deelname ketenzorgprogramma COPD Antwoordoptie: ja De patiënt heeft (mondeling) toestemming gegeven voor deelname aan preventief zorgprogramma
Exclusie	Zie handleiding Ineen dec.2024			
optie	- Vrouwen met diabetes die een zwangerschapswens hebben of zwanger zijn - Vrouwen met zwangerschaps Diabetes - Diabetes in remissie (> 5 jaar normale glucosewaarden (< 7.0) en HbA1c waarden (< 48) die niet bij meer diabetes passen) zonder glucose verlagende medicatie) – - Diabetes Mellitus type 1 - Deelname aan een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen	Patiënt die in ketenzorg DM2 is geïnccludeerd (cf. beleidsregel Nza) of bij deelname aan een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen	Patiënt die in ketenzorg DM2 is geïnccludeerd (cf. beleidsregel Nza) of bij deelname aan een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen	Deelname aan een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen

[Typ hier]



Bijlage CVRM – HIS protocol

Advies minimale set HIS protocol/onderzoeksscherm		
Syntein, versie september 2025		
Opmerkingen vooraf:		
Indicatoren HVZ		
HA-Indicatoren-CVRM-HR-V1.11-specs-aug25.pdf		
• Van de (licht-en donker) grijs gearceerde cellen hoeft maar één bepaling geregistreerd te worden. Geadviseerd wordt om wel alle		
CVRM	Hoofdbehandelaar	Aanbevolen frequentie
2815 CVHB KZ	hoofdbehandelaar CVRM	5 jaarlijks, en bij wijziging
Deelname ketenzorg		
3830 CVKZ KZ	deelname ketenzorgprogramma CVRM	5 jaarlijks, en bij wijziging
Controlebeleid		
2413 HVCB KZ	controlebeleid CVRM	5 jaarlijks, en bij wijziging
Reden geen ketenzorg		
2414 HVRZ KZ	reden geen ketenzorg (CVRM)	indien van toepassing
Risicoscore NIEUW!!!! ***		
4177 RH24 KQ FB	risico HVZ volgens CVRM richtlijn 2024	5-jaarlijks
3934 RCNS UN FB	Risicocategorie door nierschade (Stndrd 2018)	5 jaarlijks en bij wijziging
Markeren thuismonitoren (Restyle)		
2058 HVPE KZ	aanvullende gegevens plan CVRM (restyle)	indien van toepassing
Lab bepalingen		
1744 RRSY KA	systolische bloeddruk of	jaarlijks of
2055 RRSY KA MH	systolische bloeddruk (thuismeting) of	deze vervalt t.z.t.
3326 RRS7 KA MH	De gemiddelde systolische bloeddruk (thuis 5-7 dagen) of	jaarlijks of
2659 RRG5 KA MH	gemiddelde systolische bloeddruk (24 uursmeting) of	jaarlijks of
336 RR35 KA	gemiddelde systolische bloeddruk (30 minuten)	jaarlijks of
542 LDL B	LDL-cholesterol of	op maat, zie NHG-standaard
2683 LDLD B	LDL-cholesterol direct of	op maat, zie NHG-standaard
3826 NDHL B	non HDL cholesterol of	op maat, zie NHG-standaard
524 KREA O MK	kreatinineklaring	op maat, zie NHG-standaard
3583 KREC O FB	eGFR volgens CKD-EPI formule jaarlijks	op maat, zie NHG-standaard
40 ALBK U MI	albumine (micro-) /kreatinine urine	op maat, zie NHG-standaard
371 GLUC B NN	glucose niet nuchter, veneus of	op maat, zie NHG-standaard
372 GLUC B NU	glucose nuchter, veneus (lab) of	op maat, zie NHG-standaard
382 GLUC BC NU	glucose nuchter, draagbare meter	op maat, zie NHG-standaard
Leefstijl		
1272 QUET AO	Quetelet-index (BMI) patiënt	jaarlijks
1739 ROOK AQ	Roken of	eenmalig bij niet-rokers, jaarlijks bij (voorheen) rokers of
4013 ROST AQ	rookstatus Zorgstand. Tabaksverslav 2019	nooit roker (eenmalig), jaarlijks roker, ex roker < 1 jaar, of > 1 jaar
3239 NNGB AQ	lichaamsbeweging vlgs norm gezond bewegen of	jaarlijks (vervalt t.z.t) of
3958 BWRL AQ	lichaamsbeweging vlgs beweegrichtl 2017	jaarlijks
1591 ALCO PQ	alcoholgebruik	5-jaarlijks
2138 BYVD AA	opmerk. bijzonderheden voedingspatroon	jaarlijks
3920 ZO BE AQ	zoutinname is voldoende beperkt	op maat, zie NHG-standaard
VVR		
3238 HF65 KQ	hart-/vaatziekte in naaste familie <65jr	5-jaarlijks
3955 HF19 KQ	hart en vaatziekte in de familie (CVRM 2019)	5-jaarlijks
Toelichting		
Lab: Lab bepalingen stuurt het laboratorium automatisch naar het HIS. Let op: de bepalingen moeten gekoppeld worden aan het dossier		
BMI: 570 LNGP AO en 357 GEW AO kan ook ingevuld worden, dan wordt de BMI daarmee berekend		
3934 RCNS UN FB	vervangt de labcode risico HVZ volgens CVRM richtlijn 2017 (3953 RH24 KQ FB)	labcode aanpassen

[Typ hier]

Syntein

[Typ hier]