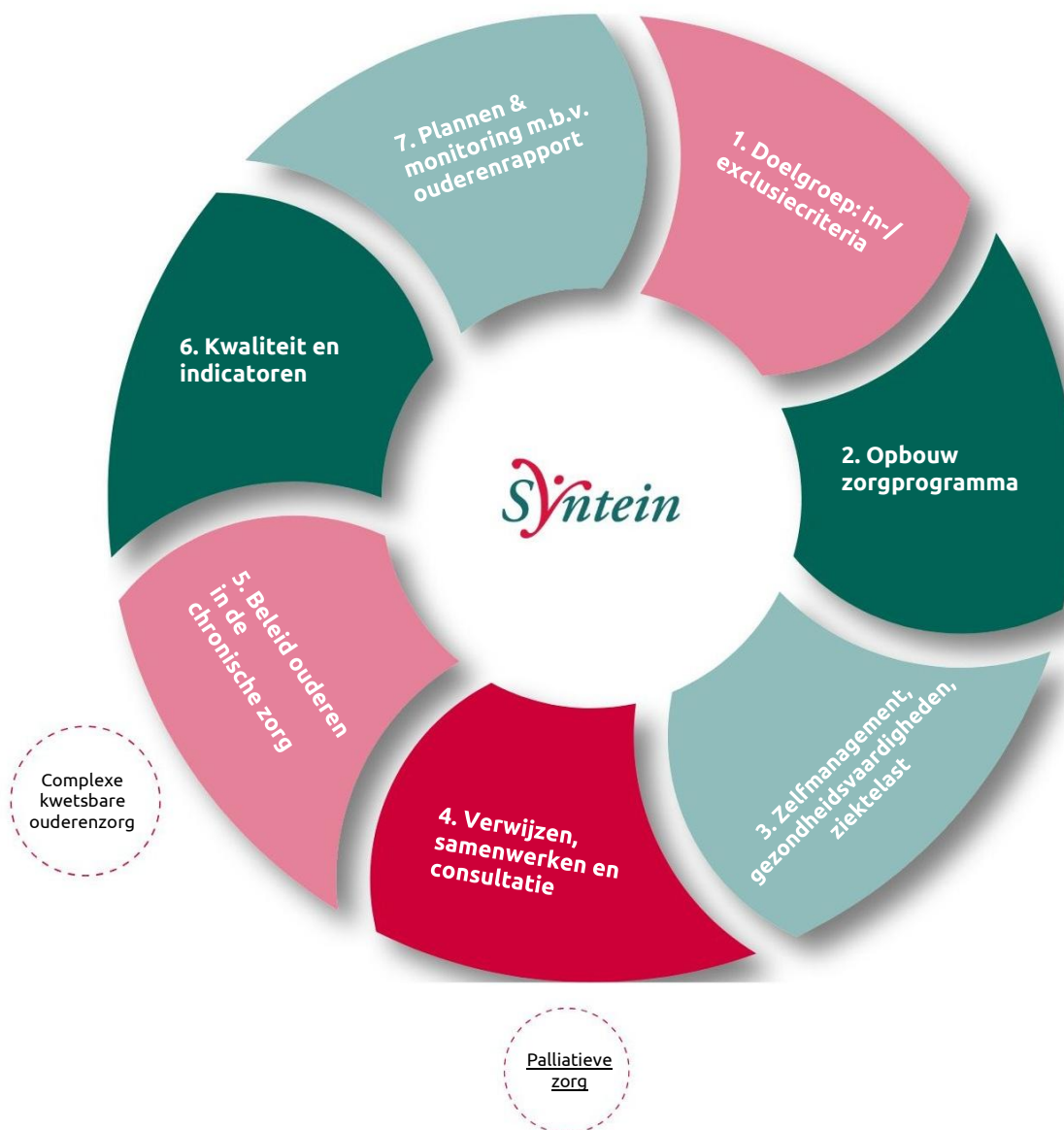


Zorgprogramma chronische zorg 2026



Voorwaarden voor deelname

Vergoedingen

Zorgprogramma chronische zorg 2026 – 30 oktober concept

De zorgprogramma's zijn erop gericht mensen met een chronische aandoening te ondersteunen bij het vergroten van zelfregie over de ziekte en het beperken van het risico op complicaties. Centraal staan zelfmanagement en begeleiding door verschillende zorgverleners, met nadruk op multidisciplinaire samenwerking. Patiënten worden actief betrokken bij het samenstellen van een persoonlijk behandelplan en het formuleren van individuele doelen. Dit vergroot hun motivatie en draagt bij aan betere behandelresultaten. Daarnaast ontvangen deelnemers voorlichting, ondersteuning en op maat gemaakte adviezen, die aansluiten bij hun persoonlijke situatie en mogelijkheden. Het hebben van een chronische aandoening kent in de basis veel overeenkomsten, waardoor de zorgvraag over het algemeen uniform is.

Dit document biedt een overzicht van de essentiële informatie die nodig is voor het uitvoeren van de chronische zorgprogramma's DM2, CVRM en COPD. Omdat het proces in grote lijnen hetzelfde is, worden de stappen beschreven met specifieke aanvullingen per aandoening. De zorgprogramma's DM2, COPD en CVRM zijn gebaseerd op de actuele NHG-standaarden en richtlijnen. Voor meer gedetailleerde informatie over diagnostiek en behandeling wordt aanbevolen deze 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

- [TRI64-006-Richtlijn-Tabaks-en-Nicotineverslaving-Herziening-2024-1.pdf](#)
- [Inhoudsopgave Zorgmodule Stoppen met Roken](#)
- <https://richtlijnen.nhg.org/behandelrichtlijnen/stoppen-met-roken>
- [Praktijkhandleiding leefstijl voor huisartsen](#)

Inhoud

Voorwaarden voor deelname aan een zorgprogramma bij Syntein

1. Doelgroep: in- en exclusiecriteria (algemeen en specifiek)
2. Opbouw zorgprogramma
3. Doorontwikkeling: zelfmanagement, gezondheidsvaardigheden, ziektelast
4. Verwijzen, samenwerken en consultatie
5. Beleid ouderen in de chronische zorg
6. Kwaliteit en indicatoren
7. Plannen & monitoring m.b.v. ouderenrapport

Wat valt er binnen de vergoeding van het zorgprogramma?

Voorwaarden voor deelname aan het zorgprogramma bij Syntein

- Huisartsenpraktijken, die aangesloten zijn bij Syntein kunnen instromen in een zorgprogramma;
- Er zijn voldoende POH en DA-uren ter beschikking;
- Bekend met VIPLive voor samenwerking en declareren (bij voorkeur wekelijks en tenminste maandelijks een extractie maken, zodat de gegevens tijdig geactualiseerd worden);
- 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;
 - Opvolgen en inplannen van de terugverwijzingen van medisch specialist bij huisartsen en/of POH en aanpassen van het hoofdbehandelaarschap in het HIS-protocol;
 - De patiënten jaarlijks uitnodigen voor een jaarcontrole of gesprek. Hierin is een taakverschuiving van huisarts naar POH mogelijk;
 - Gestructureerd overleg tussen huisarts en POH (en DA);
 - De zorg kan hybride of digitaal aangeboden worden (denk aan gestructureerde thuismetingen en consultvoorbereiding);
- De praktijk is op de hoogte van de verwijs- en terugverwijsafspraken van medisch specialisten uit het Maasziekenhuis;
- Van de praktijken wordt verwacht dat zij enkele keren per jaar het ketenzorgdashboard raadplegen en anticiperen op bijzonderheden;
- POH/huisarts heeft voldoende kennis van NHG(-standaarden) en neemt deel aan de scholingscyclus van Syntein;
- Praktijken worden tenminste één keer in de twee jaar bezocht door een kaderhuisarts en coördinator van Syntein voor een kwaliteitsgesprek. Een grote variatie in inclusiepercentage van patiënten in het zorgprogramma kan aanleiding zijn voor een extra praktijkbezoek.

Ziekte specifiek	Aandachtspunten scholingen zie ook scholingscyclus
Diabetes	Iedere praktijk die insuline voorschrijft, moet daarin bekwaam zijn. Dit is het geval als koppel HA en POH de startcursus insulinetherapie heeft doorlopen en tenminste één keer in de drie jaar een verdiepcursus volgt.
COPD	Iedere praktijk die spirometrie uitoefent, moet bekwaam zijn. Hiervoor volg je als koppel HA en POH de basis CASPIR/SPIRTAC of vergelijkbare training en tenminste één keer per twee jaar als koppel de masterclass? Voor inhalatievaardigheden wordt ervan uitgegaan, dat POH één keer per twee jaar de training (samen met apotheekassistent) volgt.

1. Doelgroep: 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 hoofdbehandelaar¹ en andere relevante gegevens.

Naast aandoening-specifieke criteria ([bijlage 1](#)) 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.

Criteria	Toelichting	Initiatiefnemer
Bereidheid & motivatie patiënt	Patiënt wordt geïnformeerd, motivatie wordt getoetst. Inclusie alleen bij voldoende motivatie.	Patiënt en zorgverlener
Persoonlijke omstandigheden	Bij bv. beperkte levensverwachting of ernstige co-morbiditeit wordt deelname heroverwogen.	Patiënt en zorgverlener
Onvoldoende meerwaarde	Bij onvoldoende toegevoegde waarde wordt niet geïncorporeerd of programma beëindigd na evaluatie.	Huisarts/zorgverlener
Stabiele situatie/lage ziektelast	Bij langdurige stabiliteit zonder meerwaarde kan deelname worden beëindigd.	Patiënt en zorgverlener
No show	Bij herhaald niet-verschijnen wordt contact opgenomen om deelname te bespreken (zie stroomschema).	Zorgverlener
Deelname ander zorgprogramma	Instroom in ander zorgprogramma kan reden zijn om huidig programma te stoppen.	Zorgverlener

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.

2. Opbouw zorgprogramma

Preventie, opsporing en diagnostiek: valt niet binnen de ketenzorg

- Signaleren (diagnostiek, risicoschatting² maken en beleid bepalen)
- Markeren (ICPC, HB) en registreren
- Incluseren: samen beslissen -> deelname preventieve programmatische chronische zorg

Zorgprogramma

- **Opstellen gezondheidsplan:**
 - Ziekte-gerelateerde risicoschatting² maken
 - Ziektelast in kaart brengen
 - Zorgzwaarte inschatten (denk aan kwetsbaarheid polyfarmacie, meerdere aandoeningen psychosociaal)
 - Mate van zelfmanagement inschatten
 - Behandeldoelen vaststellen
- **Voorlichting en educatie:**
 - Streefwaarden bepalen
 - Herkenning signalen
 - Leefstijl (voeding, roken, bewegen, stress)
 - Beleid bij ontregeling (DM hypo/hyper, RR boven grenswaarde en COPD-longaanval)
- **Behandeling:**
 - Thuismeting en consult-voorbereidende vragenlijsten
 - Medicatie (tabletten, insuline) en bij COPD-inhalatiecheck en evt. onnodig ICS-gebruik
 - Controlebeleid afspraken
- **Begeleiding & monitoring** (*frequentie is afhankelijk van zorgzwaarte*)
 - Oproepproces (doorplannen/oproeprapport/dashboard)
 - Onderzoek bloed (DM, CVRM) en spirometrie (COPD)
 - (Thuis)metingen starten
 - Preventieve onderzoeken ketenpartners starten
 - Leefstijlbegeleiding en/of dieetbehandeling
 - Jaargesprek (gespreksformulieren) telefonisch, op praktijk, chat of beeldbellen
 - Voorbereidende vragenlijst
 - Gesprekskaarten en keuzehulpen

² Zie tabel op pagina 7

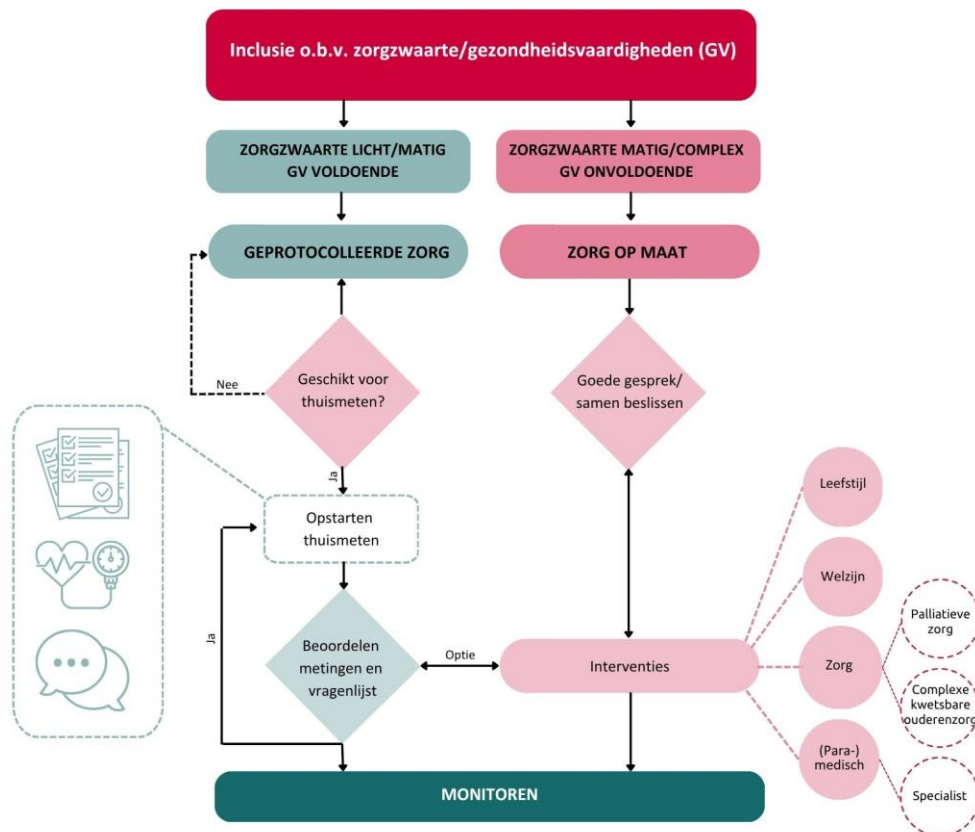
Risicoschatting

Risicoprofiel	Patiëntengroepen	Toelichting / Frequentie
CVRM	- Vastgestelde HVZ (AMI, TIA, beroerte, PAV, aneurysma aortae) - Chronische nierschade (eGFR <60 of ACR ≥3) - Personen met risicofactoren: roken, obesitas (BMI ≥30), hypertensie, verhoogd cholesterol - dyslipidemie	- Altijd risicoprofiel opstellen bij deze groepen. - Herhalen elke 5 jaar, of vaker bij risico dicht bij behandelgrens
Diabetes Mellitus (DM2)	- Alle patiënten met DM2 (direct na diagnose) - Extra aandacht bij: hart- en vaatziekten, hartfalen, chronische nierschade	- Binnen 3 maanden na diagnose CVRM-profiel opstellen. - Daarna volgens CVRM-interval (minimaal 5-jaarlijks). [richtlijnen.nhg.org], [risicobijdiabetes.nl]
COPD	- Alle patiënten met COPD (diagnose bevestigd) - Vooral bij verhoogde ziektelast of comorbiditeit	- Altijd CVRM-risicoscore uitvoeren (COPD is onafhankelijke risicofactor). - Herhalen conform CVRM (minimaal elke 5 jaar).
Overig	- Reumatoïde artritis Overweeg opportunistische screening: - bij overige: mannen ≥40 jaar, vrouwen ≥50 jaar.	

Tabel: risicoschatting

3. Doorontwikkeling persoonsgerichte chronische zorg

Bij persoonsgerichte zorg kijken we steeds meer gezondheidsvaardigheden en zorgzwaarte dan naar van naar één 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.



Stimuleren eigen regie en zelfmanagement

Mensen met voldoende gezondheidsvaardigheden stimuleren we eigen regie te nemen door middel van consult-voorbereidende vragenlijsten, thuismetingen (thuismonitoring) en 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 drie 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 consult-voorbereidende vragenlijst kan bij alle zorgstraten ingezet worden. Voor COPD is er nog een specifieke vragenlijst beschikbaar de zogenaamde "COPD-meter". In deze vragenlijst zijn de CCQ, MRC en ziektelastvragen 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 op onderstaande linkjes voor meer informatie over

- [Vragenlijsten versturen naar een patiënt – VIPLive Support](#)
- Het [overzicht van de metingen](#) die teruggekoppeld worden.
- Voor thuismeten zijn verschillende apps beschikbaar. Klik [hier](#) voor meer informatie.

Persoonsgerichte zorg: begrijpelijk en afhankelijk van zorgwaarte

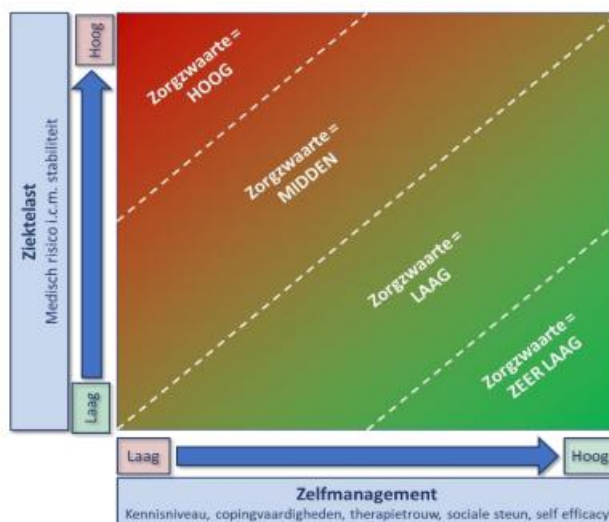
Begrijpelijke zorg: hou nadrukkelijk rekening met de gezondheidsvaardigheden

Persoonsgerichte zorg betekent o.a. begrijpelijke zorg. Begrijpelijke taal is goed voor iedereen. Met de terugvraagmethode (ook wel terug-vertelmethode) kun je als zorgprofessional nagaan of jouw boodschap goed is overgekomen. [Meer informatie over deze methode](#). Zet daarnaast duidelijke voorlichtingsmaterialen in bij het informeren van de patiënt:

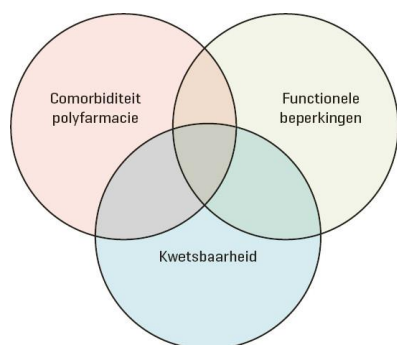
- [Begrijp je lichaam - Pharos](#)
- [Gesprekskaart voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden - Pharos](#)
- [Nadenken over behandelingen met een keuzehulp | Thuisarts.nl](#)
- Gebruik de folders van Syntein om de patiënt te informeren over de inhoud van het zorgprogramma.

Beoordeel de ziektelast en/of zorgwaarte

Van invloed op de zorgwaarte is de mate van zelfmanagement in combinatie met de toenemende ziektelast. Denk aan co-morbiditeit, complicaties, polyfarmacie, persoonlijke omstandigheden en leeftijd. Bij toenemende achteruitgang zal er gekeken moeten worden naar het accent van de zorg. Is er nog sprake van preventieve zorg.



Figuur 2 Voorbeeld van regio-organisatie ZIO. Differentiatie op basis van zorgwaarte. Mee gestart in 2023.



Tabel 8 Fysieke, psychische en sociale factoren die kunnen leiden tot kwetsbaarheid		
Fysieke factoren	Psychische factoren	Sociale factoren
Slecht lopen	Geheugenklachten	Alleen wonen
Slecht evenwicht kunnen bewaren	Sombere gevoelens	Gemis aan contacten
Lichamelijk moe zijn	Angstige gevoelens/nervositeit	Gemis aan steun
Slecht horen	Hulpeloosheid	Financiële problemen
Slecht zien		Laag opleidingsniveau
Weinig tot niet wandelen		
Ongewenst gewichtsverlies		
Weinig handkracht hebben		

[Campen, 2011, Dury, 2016]

Bron: kwetsbare ouderen [Cardiovasculair risicomanagement | NHG-Richtlijnen](#).

4. Verwijzen & samenwerken en consultatie

Algemene programma's

Diëtiste

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. [Meer informatie in de Praktijkwijzer.](#)

Groepstraining Stoppen met Roken (Sinefuma)

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

Leefstijlprogramma: Gecombineerde Leefstijlinterventies (GLI)

De behandeling van obesitas in de eerste lijn kan op een efficiënte en eenvoudige manier met behulp van deze handleiding. Onderstaande vier stappen zijn gebaseerd op de [Richtlijn overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen](#) van het PON. In de [Praktische handleiding](#) voor huisarts en POH staan vier behandelstappen toegelicht. Gewichtsgerelateerde gezondheidsrisico (GGR)³ is een indicatie voor een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). In onze regio zijn verschillende GLI-aanbieders en verschillende programma's. [Meer informatie op de website van Syntein.](#)

De looptijd van deze programma's bedraagt twee jaar. Het is belangrijk dat deelnemers gemotiveerd zijn om deel te nemen aan een programma van twee jaar.

POH-GGZ

Bij mentale problemen kan binnen de huisartsenpraktijk worden verwezen naar de POH-GGZ. De POH-GGZ kan ook aanvullend ingezet worden bij een GLI (=GLI+)

Welzijn op Recept

Klachten als vermoeidheid en pijn in de nek, maar ook stress, angst en somberheid hebben lang niet altijd een medische oorzaak. Vaak spelen onderliggende sociaal-maatschappelijke problemen een rol zoals overlijden van een partner, verlies van werk, eenzaamheid etc. Voor mensen die zoeken naar meer betekenis of plezier in het leven, bijvoorbeeld een maatje of een leuke activiteit kunnen verwezen worden naar een welzijnscoach met behulp van VIPLive. Welzijnscoaches vallen onder het zorgprogramma 'overig' en 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'.

³ Voor mensen met obesitas (BMI ≥ 30 kg/m²), Mensen met overgewicht (BMI ≥ 25 kg/m²) én: een risicofactor* en/of co-morbiditeit**³

Specifieke programma's

Voetzorg DM-programma

Jaarlijks wordt bij elke diabetespatiënt een voetcontrole uitgevoerd, met als doel tijdig risico's opsporen en complicaties 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 de [Praktijkwijzer Voetzorg](#).

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 de [Praktijkwijzer Fundus](#).

Fysiotherapeut COPD-programma

Hoewel de begeleiding van de fysiotherapeut buiten het zorgprogramma valt, is geregeld dat het wel mogelijk is om met behulp van VIPLive te verwijzen naar fysiotherapeuten, die COPD-zorg aanbieden. De fysiotherapeut krijgt zo belangrijke meetwaarden meegestuurd. Redenen om te verwijzen zijn:

- Problemen met mucusklaring;
- Aanhoudende angst voor dyspnoe;
- Inspanningstraining;
- Ademhalingsoefeningen.

Op de website van Syntein bij de pagina [Partners in de regio](#) staan de zorgverleners met wie Syntein samenwerkingsafspraken heeft.

Consultatie kaderhuisarts en verwijzen naar 2e lijn

De kaderhuisartsen kunnen via de actieknop 'consultatie' in VIPLive geraadpleegd worden. Het indienen van een consultatie dient bij voorkeur gezamenlijk te gebeuren door het koppel HA-POH. Let op: gebruik hiervoor niet het praktijkaccount van de kaderhuisarts! Bij diabetes geldt dat een verwijzing naar de internist pas mogelijk is na consultatie van de kaderhuisarts, behalve in acute situaties.

De samenwerkingsafspraken met het Maasziekenhuis zijn vastgelegd in de verschillende [RTA's](#).

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

Binnen de zorg is de groep ouderen boven de 70 jaar ruim 50%. De groep boven de 80 varieert per programma van 11 % (VVR) tot ongeveer 20% bij de ander programma's.

VVR

Bij VVR geldt dat per 1-1-2026 de groep boven de 80 buiten het zorgprogramma gaat vallen. De aanleiding hiervoor is dat de financiering niet meer passend is en de invloed van geprotocolleerde preventie afneemt bij een hoge leeftijd

We willen zo binnen de gestelde kaders de ruimte creëren voor de leeftijdsgroep <80, aangezien zij het meeste baat hebben bij het preventieve programmatische zorg.

Ouderen in de chronisch (keten)zorg

Bij het toenemen van de leeftijd kan er sprake zijn van toenemende achteruitgang. Bij ouderen zal er gekeken moeten worden naar het accent van de zorg. Is er nog sprake van preventieve zorg? Is het opvolgen via de ketenzorg nog zinvol of kan dit beter buiten de keten meer op maat? Hieronder volgen aandachtspunten voor de ouderen (> 70) binnen de chronische zorg. En een korte toelichting wanneer er sprake is van complexe ouderenzorg en er een ander zorgproces start.

Medicatiebeleid ouderen

Bepaal het beleid op grond van de risicocategorie ([tabel S3](#)) en in overleg met de patiënt. Het beleid hangt mede af van de leeftijd, kwetsbaarheid, co-morbiditeit, motivatie voor leefstijlverandering en het gebruik van medicatie.

Daarnaast geldt dat voor personen zonder hart- en vaatziekten het bewijs, dat medicamenteuze behandeling effectief is, minder overtuigend wordt, naarmate zij ouder en/of kwetsbaarder worden. Dit geldt vooral voor behandeling met statines. Voor ouderen mét 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, zie [Bijlage 2](#).

Streefwaarden en controlefrequenties

De chronische zorg wordt steeds meer geïndividualiseerd wat betreft streefwaarden en controlefrequenties en is mede afhankelijk van de leeftijd. Bij (kwetsbare) ouderen is de streefwaarde in het algemeen hoger.

Voor diabetes geldt bijvoorbeeld dat, hoe ouder je wordt, de bloeddruk en cholesterol behandelen belangrijker wordt dan de glycemische index: [Diabetes mellitus type 2 | NHG-Richtlijnen](#).

Polyfarmacie

Bij toenemende leeftijd en een chronische aandoening kan er sprake zijn van polyfarmacie. Beoordeel samen met de huisarts de medicatie: [Polyfarmacie bij ouderen | NHG-Richtlijnen](#).

Beweegzorg

Regelmatig bewegen is belangrijk voor de conditie van hart, longen en spieren. Bespreek de [Beweegrichtlijnen voor ouderen](#).

Bij ouderen neemt het valrisico onder andere toe door verminderde mobiliteit. Wees alert op valrisico en val(beweeg)angst. Vroegtijdige signalering van valrisico voorkomt veel leed.

Gebruik de eenvoudige test [valrisico](#) (drie vragen) of verwijst naar www.testjevalrisico.nl.

Bespreek met de huisarts het valrisico (klinische blik/dossier). Overweeg een verwijzing voor een valpreventieve training. Op de [Landkaart valpreventie professionals | VeiligheidNL](#)

vind je gecertificeerde professionals per regio. De beweegmakelaar kan hiervoor ook ingeschakeld worden.

Voeding

Ondervoeding én overgewicht kunnen bij ouderen gelijktijdig voorkomen. Signalen zoals verminderde eetlust, onbedoeld gewichtsverlies of aanhoudende vermoeidheid verdienen extra aandacht. Naarmate mensen ouder worden daalt de energiebehoefte, terwijl de behoefte aan essentiële voedingsstoffen zoals eiwitten, vezels, vitamines en mineralen juist toeneemt.

Voldoende eiwit is van belang voor het behoud van spiermassa en helpt ondervoeding te voorkomen. Daarnaast is vitamine D belangrijk om botten sterk te houden en de spierfunctie te ondersteunen. Ook voldoende vochtinname is nodig om uitdroging te voorkomen en de nierfunctie te ondersteunen. Schakel zo nodig tijdig een diëtist in om het eetpatroon te beoordelen. Meer informatie: [Eten na je 70ste | Voedingscentrum](#).

Voetzorg:

De preventieve voetzorg bij diabetes is een belangrijk onderdeel van de zorg voor diabetes. Voetzorg wordt naarmate de leeftijd vordert extra belangrijk. Een goede voetgezondheid en evenwichtige beweging zijn bijvoorbeeld ook cruciaal om vallen te voorkomen. Omdat de podotherapeut rechtstreeks declareert bij de zorgverzekeraar (niet via Syntein) wordt deze zorg bij diabetes zowel binnen, als buiten de keten conform geldende richtlijnen vergoed. Zie ook [Preventieve voetzorg - NVvP](#).

Fundusscreening

Bij personen van 80 jaar of ouder zonder retinopathie is de kans op het alsnog ontwikkelen hiervan zeer klein. Overweeg bij deze leeftijdsgroep of preventieve fundusscreening nog zinvol is. Neem daarbij de vitaliteit, levensverwachting en (beginnende) kwetsbaarheid van de patiënt mee in de afweging. Vraag je af of de patiënt naar verwachting over vijf jaar nog in leven zal zijn. Advies:

- Bij niet-kwetsbare ouderen: fundusscreening voortzetten.
- Bij kwetsbare ouderen (80+ met veel co-morbiditeit of korte levensverwachting, arbitrair <5 jaar) en geen retinopathie: fundusscreening in overleg met de patiënt stoppen.
- Bij oogheelkundige klachten: altijd verwijzen naar de oogarts.

Complex kwetsbaar (zorg buiten de ketenzorg)

Wanneer ouderen (75+) de eigen regie verliezen, is er sprake van complexe kwetsbaarheid en horen zij niet meer in het preventieve chronische zorgprogramma. Zij komen in aanmerking voor het zorgproces complexe ouderen. Markeer deze groep met de registratie A05, hoofdbehandelaar huisarts EN deelname ouderen. Zij worden geëxcludeerd voor de chronische zorg. Klik [hier](#) voor zorgproces complexe ouderenzorg. Hier volgt meer informatie over casemanagement bij deze doelgroep.

Palliatief

Wanneer er sprake is van palliatieve zorg, dan is het ook van belang om dit te markeren. Meer informatie: [Zorgpad Palliatieve Zorg](#).

6. 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 Dashboard.

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

Per 2026 Bij alle zorgprogramma's geldt dat bij **15 maanden** twee indicatoren vastgelegd moeten zijn, anders komt het dossier niet in aanmerking voor de kwartaaldeclaratie. Bij DM/CVRM gaat het om bloeddrukmetingen EN roken of bewegen. Bij COPD gaat het om roken en functioneren.

7. Plannen & monitoring m.b.v. oproepagenda en het ouderenrapport

Waar vind je de rapporten?

De oproepagenda en het ouderenrapport zijn te vinden in VIPLive onder Rapporten. Log in op www.viplive.nl en ga vervolgens naar 'Inzicht'. Typ in het zoekveld 'oproepagenda' of 'ouderenrapport' in.

De **oproepagenda** is een hulpmiddel om inzicht te krijgen in welke patiënten moeten worden opgeroepen voor een controle. Dit gebeurt op basis van het **controlebeleid** en de datum van de laatste controle. Als de laatste controle langer geleden is dan gewenst volgens het controlebeleid, verschijnt een rode 'ja' in de kolom 'Oproepen'.

Peildatum

Peildatum betekent de datum tot wanneer je naar de gegevens kijkt in een rapport. Het is als een meetpunt: alle controles en afspraken die tot en met die datum zijn gedaan, worden meegenomen. Bijvoorbeeld: als je peildatum 1 januari 2026 kiest, dan controleert het systeem of patiënten in het jaar daarvoor op controle zijn geweest. Zo kun je gemakkelijk zien wie nog opgeroepen moet worden voor een afspraak.

Oproepagenda VVR (HR)

Patiëntenlijst bevat VVR (HR) patiënten die voldoen aan de DBC-criteria (inclusie meetw. worden hier buiten beschouwing gelaten).
Om te bepalen of iemand opgeroepen dient te worden voor controle wordt er gekeken naar de laatste registratie van bloeddruk en de laatste registratie van mate van beweging en rookgedrag.
Hierbij wordt er gekeken naar registratie binnen het controlebeleid of (voor de jaarcontrole) de afgelopen 12 maanden.
De laatste datum van de meetwaarden zijn in te zien door op het plus-teken boven de kolom 'Datum laatste controle' te klikken.

Patientnummer	Geboortemaand	Huisarts	Zorgstra(a)l(en)	Medische urgentie	Reden medische urgentie	Inclusie meetw. VVR geregistreerd	Controlebeleid	CVRM restyle	Oproepen	Missende meetwaarden binnen standaard meetperiode	Datum laatste controle
1350243	01	Bram Duffhues	VVR (HR)	Hoog	Polyfarmacie; Psychis	nee	1x per jaar	Nee	Ja	Mate van beweging; Bloeddruk; Rookgedrag	07-02-2023
1353934	02	Jaap Jan Rijn	VVR (HR)	Matig	Polyfarmacie	nee		Ja	Ja	Mate van beweging; Bloeddruk; Rookgedrag	29-05-2024
1349939	05	Bram Duffhues	VVR (HR)			nee		Nee	Ja	Mate van beweging; Bloeddruk; Rookgedrag	17-08-2023
1351261	06	Jaap Jan Rijn	VVR (HR)	Matig	Polyfarmacie	nee	1x per jaar	Nee	Ja	Mate van beweging; Bloeddruk; Rookgedrag	15-08-2024
1351393	06	Bram Duffhues	VVR (HR)			nee		Ja	Ja	Mate van beweging; Bloeddruk; Rookgedrag	14-02-2023
1351911	06	Carlijn Swinkels	VVR (HR)	Matig	Polyfarmacie	nee	1x per jaar	Ja	Ja	Mate van beweging; Bloeddruk; Rookgedrag	12-07-2024
1355905	06	Carlijn Swinkels	VVR (HR)	Matig	Polyfarmacie	nee	1x per jaar	Nee	Ja	Mate van beweging; Bloeddruk; Rookgedrag	04-09-2023
1349769	07	Jaap Jan Rijn	VVR (HR)			nee	1x per jaar	Ja	Ja	Mate van beweging; Bloeddruk; Rookgedrag	27-06-2024
1349908	07	Carlijn Swinkels	VVR (HR)			nee	1x per jaar	Nee	Ja	Mate van beweging; Bloeddruk; Rookgedrag	11-04-2024
1391165	07	Jaap Jan Rijn	VVR (HR)	Matig	CNS oranje	nee	2x per jaar	Nee	Ja	Mate van beweging; Bloeddruk; Rookgedrag	10-01-2023

Jaarcontrole

De agenda toont ook missende meetwaarden. In de kolom 'Jaarcontrole' zie je of iemand jaarlijks is geweest. Er wordt gekeken naar de meetwaarden bloeddruk, mate van beweging en rookgedrag. Bij COPD wordt er gekeken naar roken en functioneren.

Geboortemaand

Mocht je patiënten op geboortemaand willen oproepen, klik dan op het pijltje naast de kolom 'Oproepen' (zie afbeelding hierboven). Dit is de filterknop.

E-mailadres

In het rapport staan de e-mailadressen, die gebruikt kunnen worden voor een mailing. Hiervoor moet je een kolom soms uitkloppen met een +.

Het **ouderenrapport** kun je op dezelfde manier opvragen. Hiermee breng je eenvoudig de populatie ouderen in kaart, zie je wie mogelijk kwetsbaar is en wie een chronische aandoening (op basis van ICPC) heeft.

Het rapport heeft meerdere tabbladen. Voor inzicht in patiënten ouder dan 80 jaar met een chronische aandoening, ga je naar het tabblad 'Patiënten 75+'. Selecteer in de kolom 'Leeftijd' de personen van 80 jaar en ouder. In kolom Y zie je direct wie > 80 jaar is met VVR-ICPC en of er sprake is van polyfarmacie.

A

E

F

G

H

I

K

L

N

O

S

T

U

V

W

X

Y

AB

AC

AD

AE

Patientenlijst Monitoring 75+

Terug naar start

Deze patiëntenlijst bevat informatie over de 75+ populatie op basis van U-PRIM.

Consultation gap: Indien het laatste contact buiten de extractie periode valt, kan de consultation gap niet worden bepaald. We kijken in dat geval voor het laatste contact naar de inschrijfdatum.

Apotheek van inschrijving komt momenteel mee voor:

- Microhis (v13.3+), Tetrahis, Medicom (Eridani), CGM Huisarts (Mira)

- En deels voor Promedico ASP, echter niet op basis van registratie in het HIS, maar op basis van auteur van de medicatievoorschriften bij de patiënt. Dit is dus niet sluitend en 100% betrouwbaar.

- (Nog) niet voor: Omnihis, Promedico VDF, Zorgdossier

Patientnummer	Geboortemaand	Leeftijd	Leeftijdscategorie	POH	Geslacht	Hoofdbehandelaar Ouderenzorg	Actieve episode A05	Actieve episode A20	Actieve episode A49.01	Nieuw aandachtspunt	Frailty Index	Consultation gap	Polyfarmacie	Cognitieve achteruitgang	Geriatrisch event	Chronische ziekte (op basis van ICPC)	Zorgprofiel sector verpleging en verzorg.	Antistollingsmedicatie	NSAID (M01A)	Maagbeschermers (A02 of M01AB51 M01AB55)	Apotheek van inschrijving
1349766	11	84	75+		V						0,18	701	5	nee	nee	VVR					APOTHE
1349966	6	81	75+		M						0,36	246	3	nee	nee	VVR					APOTHE
1350016	6	89	75+		V				ja		0,46	9	2	nee	nee	VVR					APOTHE
1350032	10	91	75+		M						0,36	9	8	nee	nee	VVR		ja			APOTHE
1350079	6	80	75+		V						0,48	21	10	nee	ja	VVR					APOTHE
1350104	8	82	75+		V						0,30	273	0	nee	nee	VVR					APOTHE
1350206	7	82	75+		V		ja	ja			0,48	24	6	nee	ja	VVR					APOTHE
1350243	1	82	75+		M						0,46	24	5	nee	nee	VVR				ja	APOTHE
1350284	6	87	75+		V			ja			0,52	51	6	nee	nee	VVR		ja		ja	APOTHE
1350392	1	88	75+		V		ja	ja			0,26	182	1	nee	nee	VVR					APOTHE
1350398	7	91	75+		V					ge	0,34	44	6	nee	ja	VVR					APOTHE
1350426	8	95	75+		V						0,36	24	2	nee	nee	VVR				ja	APOTHE

<

>

uitleg

Start

Monitoring Indicatoren

Patientenlijst Monitoring

Patientenlijst Monitoring 75+

Indica

...

+

+

+

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.

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 éérste 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 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, 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 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 < 80 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 Vyaire als de Vitalograph Pneumotrac) en ijking van de ijkspuit kan verlopen via het collectief onderhoudscontract dat Syntein heeft afgesloten met PT Medical;
- De patiënten die 15 maanden geen zorg hebben gehad, zijn te vinden in het rapport "lege" dossiers, in VipLive bij 'inzicht'.

NB: Aandachtspunten voor vergoeding van de diëtist

Een goede registratie is van belang voor de uitbetaling van de diëtist binnen de ketenzorg. Om te voorkomen dat een declaratie wordt afgewezen voor de diëtist (maar ook voor de praktijk zelf) is het van belang om rekening te houden met de volgende zaken:

- 1x per 5 jaar verfrissen van de ICPC, labcode hoofdbehandelaar en labcode deelname ketenzorg ja;
- Lege dossiers of wanneer iemand om andere redenen uit de keten gaat, hebben gevolgen voor de declaratie van de diëtist;
- Buiten de keten kan er ook zorg door de diëtist gegeven worden. Het eigen risico is dan van toepassing;
- Mocht je VIPLive gebruiken voor de verwijzing buiten de keten, zet dit dan nadrukkelijk in het opmerkingenveld. Dan weet de diëtist hoe ze deze behandeling kan declareren;
- Voor CZ-verzekerden geldt dat dieetadvisering voor iemand in de keten voor een andere aandoening niet buiten de keten gedeclareerd mag worden.

Bijlagen

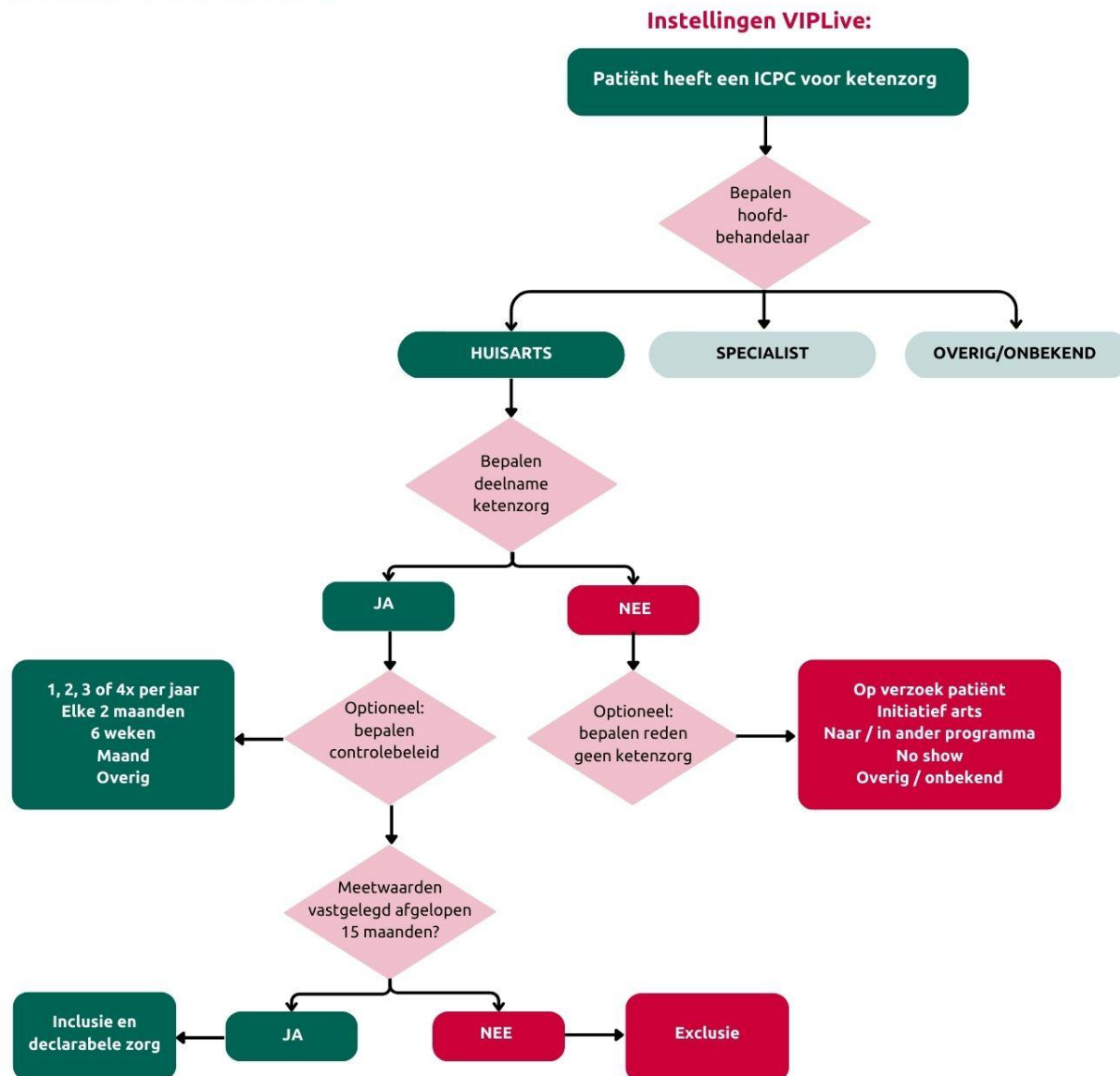
1. Inclusiecriteria en beslisboom VIPLive (instellingen)
2. Medicatiebeleid en streefwaarden bij ouderen
3. HIS-protocollen voor Dashboard

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 myocardinfarct • K76 Ischemische hartziekte (IHZ) • K76.01 Coronair sclerose • K76.02 Myocardinfarct (> 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	De diagnose R95, COPD is juist gesteld o.b.v. anamnese en spirometrie
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	

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

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 zwangerschapsdiabetes; • Diabetes in remissie (> 5 jaar); • 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.

Beslisboom deelname ketenzorg



ICPC's

- **CVRM-HR (VVR):** < 80 jaar én K86, K87, T93.01, U99.01, U98.03 én bepaling RCNS antwoord matig verhoogd;
- **CVRM-ZHR (HVZ):** K86, K87, T93.01, U99.01, U98.03 én bepaling RCNS antwoord sterk verhoogd*;
- **DM:** T90.2;
- **COPD:** R95.

NB. voor alle zorgstraten geldt dat **complex** kwetsbare ouderen > 75 jaar worden geëxcludeerd. Zij worden gemarkeerd met A05 en hoofdbehandelaar huisarts en deelname ouderenzorg.

NHG-bepalingen hoofdbehandelaar

- **CVRM (HR en ZHR):** 2815 CVHB RZ;
- **DM:** 2206 DMHB TZ;
- **COPD:** 2407 COHB RZ.

NHG-bepalingen deelname ketenzorg

- **CVRM (HR en ZHR):** 3830 CVKZ KZ;
- **DM:** 3827 DMKZ TZ;
- **COPD:** 3829 COKZ RZ.

Meetwaarden

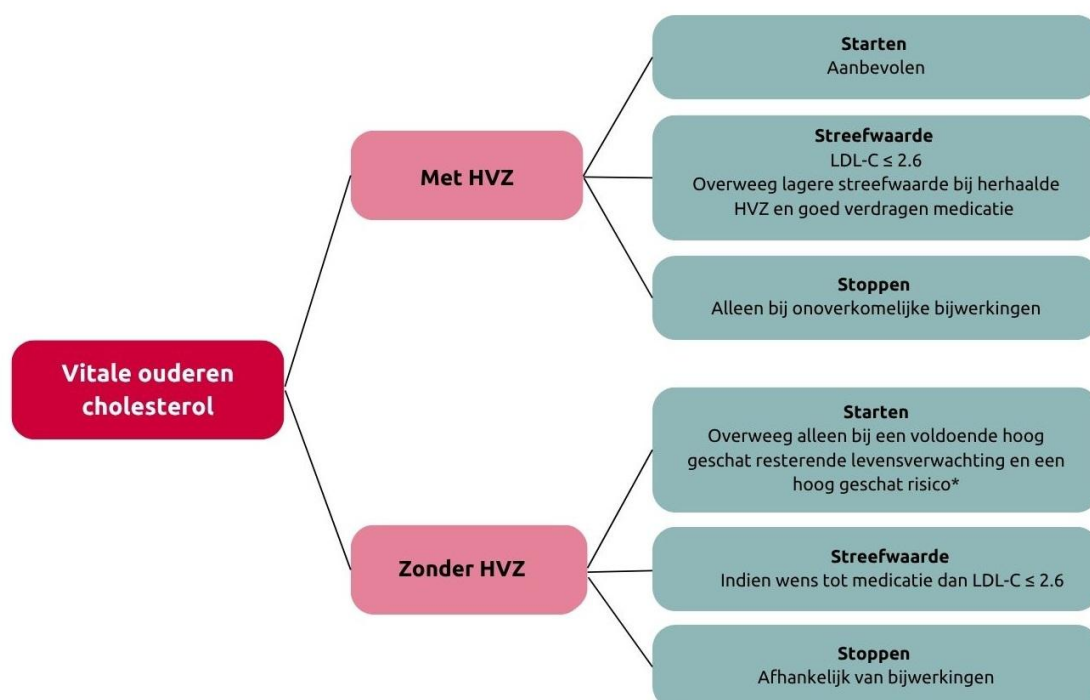
- **CVRM (HR en ZHR):** bloeddruk EN roken OF bewegen;
- **DM:** bloeddruk EN roken OF bewegen;
- **COPD:** roken EN functioneren

*Mensen met ernstige of matige nierschade volgens NHG-standaard chronische nierschade worden geïnccludeerd met labcode 3934 RCNS en antwoordoptie matig of sterk. Zie ook HIS-protocol in bijlage 3.

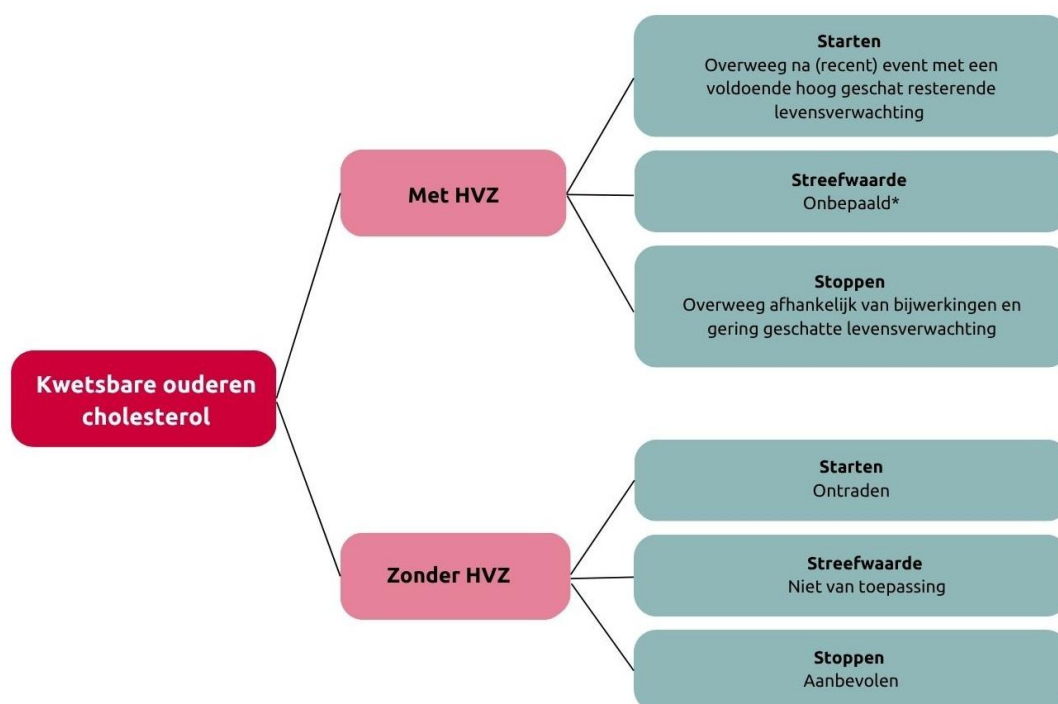
Bijlage 2 Medicatiebeleid en streefwaarden bij ouderen

Breng verschillende fysieke, psychische en sociale factoren in kaart om een indruk te krijgen van de kwetsbaarheid.

Ouderen cholesterol > 70 jaar (arbitrair)

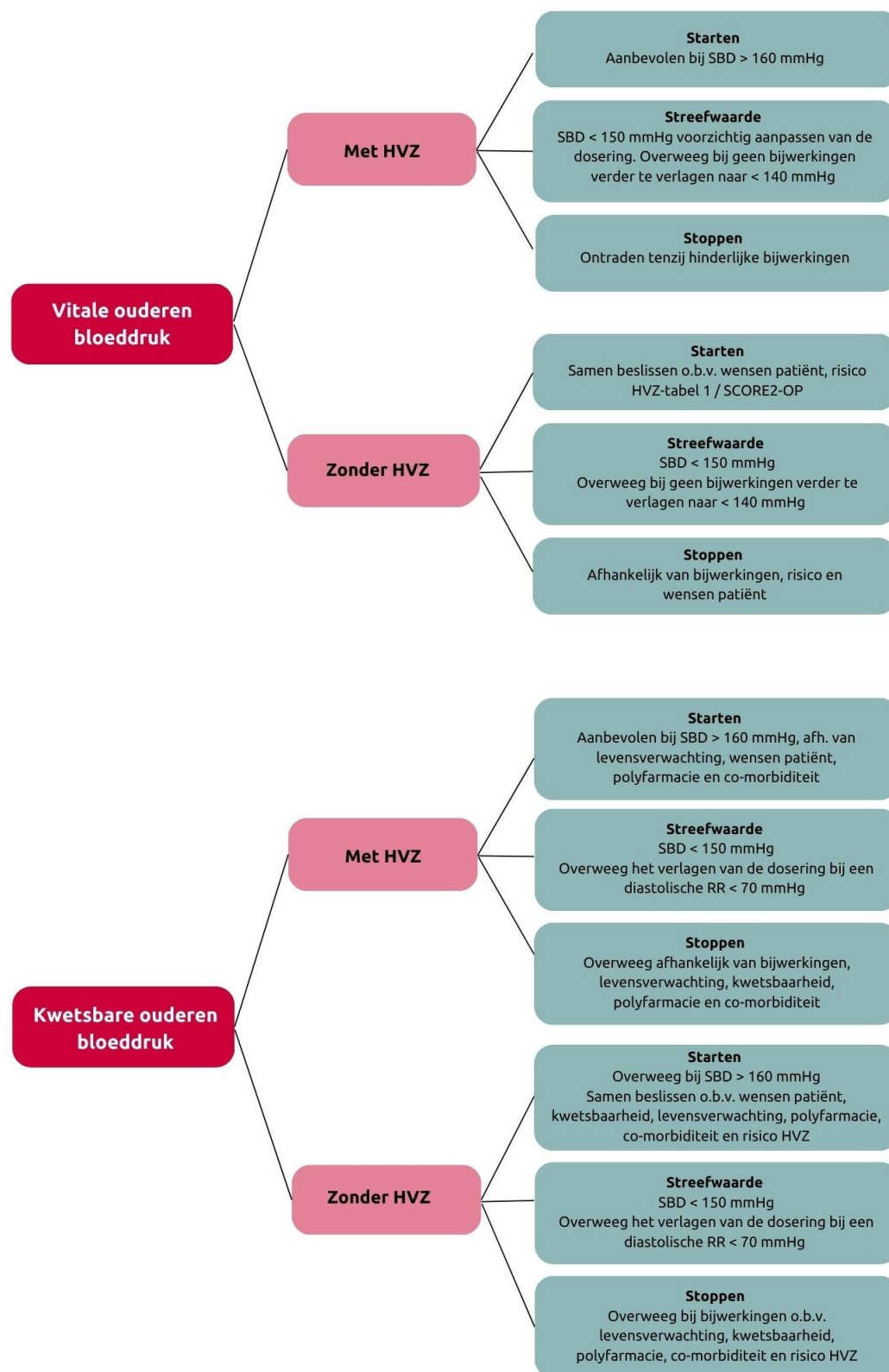


* Bijv. o.b.v. SCORE2-OP óf door de aanwezigheid van ernstige risicofactoren (zoals diabetes, een zeer hoog cholesterol (TC > 8 mmol/L of een zeer hoge bloeddruk (≥180/100 mm)).



* Zie het stappenplan in het boekje 'Feiten in de multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement 2024'.

Ouderen bloeddruk > 70 jaar (arbitrair)



Bijlage 3 HIS-protocollen voor Dashboard

Advies minimale set HIS-protocol/onderzoeksscherm DM *Syntein, versie september 2025* Indicatoren diabetes mellitus type 2, versie 1.16 (publicatiedatum: december 2022)

Opmerking vooraf:

- Van de grijs gearceerde cellen hoeft maar één bepaling geregistreerd te worden. Geadviseerd wordt om de meeste actuele bepalingen in het protocol/onderzoeksscherm op te nemen.

DM	Hoofdbehandelaar	Aanbevolen frequentie
Hoofdbehandelaar		
2206 DMHB TZ	hoofdbehandelaar diabetes	5 jaarlijks, en bij wijziging
Deelname ketenzorg		
3827 DMKZ TZ	deelname ketenzorgprogramma diabetes	5 jaarlijks, en bij wijziging
Controlebeleid		
1775 DMCB TZ	controlebeleid DM2	5 jaarlijks, en bij wijziging
Reden geen ketenzorg		
1789 DMRZ TZ	reden geen ketenzorg (DM2)	indien van toepassing
Markeren thuismonitoren (Restyle)		
2453 DMOV TZ	opmerking (DM verpleegkundige)	indien van toepassing restyle
Lab		
een van deze waarden		
1744 RRSY KA	systolische bloeddruk	jaarlijks of
3326 RRS7 KA MH	De gemiddelde systolische bloeddruk (thuis 5-7 dagen)	jaarlijks of
2659 RR24 KA MH	gemiddelde systolische bloeddruk (24 uursmeting)	jaarlijks of
3336 RR35 KA MH	gemiddelde systolische bloeddruk (30 minuten)	jaarlijks of
2816 HBAC B	HbA1c (glycohemoglobine) IFCC ¹	op maat, zie NHG-standaard
542 LDL B	LDL-cholesterol ¹	op maat, zie NHG-standaard
2683 LDLD B	LDL-cholesterol direct ¹	op maat, zie NHG-standaard
3826 NDHL B	non HDL cholesterol	op maat, zie NHG-standaard
524 KREA O MK	kreatinineklaring ¹	op maat, zie NHG-standaard
3583 KREC O FB	eGFR volgens CKD-EPI formule ¹ (of)	op maat, zie NHG-standaard
40 ALBK U MI	albumine (micro-) /kreatinine urine ¹	op maat, zie NHG-standaard
Leefstijl		
1272 QUET AO	Quetelet-index (BMI) patiënt ²	jaarlijks
1739 ROOK AQ	roken	eenmalig bij niet-rokers, jaarlijks bij (voorheen) rokers
4013 ROST AQ	rookstatus Zorgstand. Tabaksverslav 2019	nooit roker (eenmalig), jaarlijks roker, ex roker < 1 jaar, of > 1 jaar
3239 NNGB AQ	lichaamsbeweging vlg norm gezond bewegen	jaarlijks (vervalt t.z.t.)
3958 BWRL AQ	beweegrichtlijn 2017	jaarlijks
4163 VRIT AA	Valrisico test	op maat (65+)
1591 ALCO PQ	alcoholgebruik of	5-jaarlijks
3920 ZO BE AQ	zoutinname is voldoende beperkt	op maat, zie NHG-standaard
2138 BYVD AA	opmerk. bijzonderheden voedingspatroon	jaarlijks
DM voetzorg		
1697 INSP LV LI	inspectie linkervoet (diabetes) ³	jaarlijks
1698 INSP LV RE	inspectie rechtervoet (diabetes) ³	jaarlijks
1641 DBLO LV LI	doorbloeding linkervoet ³	jaarlijks
1642 DBLO LV RE	doorbloeding rechtervoet ³	jaarlijks
1710 MOFV NS LI	monofilamentenonderzoek linkervoet ³	jaarlijks
1711 MOFV NS RE	monofilamentenonderzoek rechtervoet ³	jaarlijks
2196 RIVU SQ	risico voetulcera (SIMM's) ³	jaarlijks
3609 ZPVU SQ	zorgprofiel risico voetulcera (diabetes) ³	jaarlijks
DM Fundus Oogzorg		
2129 FUFO FA	fundusfoto/funduscopie 4	op maat, zie NHG-standaard
2717 FSFU FZ	advies follow-up fundusscreening DM24	op maat, zie NHG-standaard
3923 DMR7 FA LI	diabetische retinopathie linkeroog 4 (2017)	op maat, zie NHG-standaard
3924 DMRP FA RE	diabetische retinopathie rechteroog 4 (2017)	op maat, zie NHG-standaard
3925 DMMMA FA LI	diabetische retinopathie linkeroog 4 (2017)	op maat, zie NHG-standaard
3926 DMMMA FA RE	diabetische retinopathie rechteroog 4 (2017)	op maat, zie NHG-standaard
3925 DMMMA FA LI	diabetische maculopathie Li-oog	op maat, zie NHG-standaard
3926 DMMMA FA RE	diabetische maculopathie Re-oog	op maat, zie NHG-standaard

Terugkoppelingen HIS

¹ **Lab:** Labbepalingen stuurt het laboratorium automatisch naar het HIS. Let op: de bepalingen moeten gekoppeld worden aan het dossier van de patiënt én aan de ICPC van het zorgprogramma.

² **BMI:** 570 LNP AO en 357 GEW AO kan ook ingevuld worden, dan wordt de BMI daarmee berekend

³ **Voetonderzoek:** Als de patiënt onder controle is bij de podotherapeut dat voert de podotherapeut het jaarlijks voetonderzoek uit. De

⁴ **Fundus:** De **optometrist** registreert de uitkomsten van het fundusonderzoek in VIPLive- fundusonderzoek. De waarden worden **automatisch** teruggekoppeld naar het HIS en verwerkt in het meetwaardenoverzicht van de patiënt. Indien de **oogarts** het fundusonderzoek uitvoert wordt deze informatie teruggekoppeld middels een brief. De uitslag van het oogonderzoek zal **handmatig** in het protocol ingevoerd moeten worden.

Advies minimale set HIS-protocol/onderzoeksscherm HVZ/VVR

Syntein, versie september 2025

Indicatoren HVZ, versie 1.16 (publicatiedatum: augustus 2025)

Indicatoren CVRM-HR, versie 1.11 (publicatiedatum: augustus 2025)

Opmerking vooraf:

- Van de grijs gearceerde cellen hoeft maar één bepaling geregistreerd te worden. Geadviseerd wordt om wel alle bepalingen in het protocol/onderzoeksscherm op te nemen.

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 RR3S 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	creatinineklaring	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-) /creatinine 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
4163 VRIT AA	Valrisico test	op maat (65+)
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 van de		
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 2019 (3953 RH19 KQ FB)	labcode aanpassen

Advies minimale set HIS-protocol/onderzoekscherms COPD Syntein, versie september 2025

Indicatoren COPD, versie 3.2 (publicatiedatum: oktober 2022)

Opmerking vooraf:

- Van de grijs gearceerde cellen hoeft maar één bepaling geregistreerd te worden. Geadviseerd wordt om wel alle bepalingen in het protocol/onderzoeksscherms op te nemen.

COPD	Hoofdbehandelaar	Aanbevolen frequentie
2407 COHB RZ	hoofdbehandelaar COPD	5 jaarlijks, en bij wijziging
Deelname ketenzorg		
3829 COKZ RZ	deelname ketenzorgprogramma COPD	5 jaarlijks, en bij wijziging
Controlebeleid		
1785 COCB RZ	controlebeleid COPD-patiënt	5 jaarlijks, en bij wijziging
Reden geen ketenzorg		
1818 CORZ RZ	reden geen ketenzorg (COPD)	indien van toepassing
Markeren thuismonitoren (Restyle)		
1774 ASPE_RZ	(aanvullende gegevens) plan (astma/COPD)	indien van toepassing
Leefstijl		
1272 QUET AO	Quetelet-index (BMI) patiënt ²	tenminste jaarlijks, bij voorkeur halfjaarlijks
2673 GEVW AA	ongewenst gewichtsverlies	tenminste jaarlijks, bij voorkeur halfjaarlijks
1739 ROOK AQ	roken OF	eenmalig bij niet-rokers, jaarlijks bij (voorheen) rokers
4013 ROST AQ	rookstatus Zorgstand. Tabaksverslav 2019	Nooit roker: eenmalig Jaarlijks: roker, ex roker < 1 jaar, of > 1 jaar
3239 NNGB AQ	lichaamsbeweging vlgns norm gezond bewegen	jaarlijks
3958 BWRL AQ	beweegrichtlijn 2017 (actueel)	jaarlijks
4163 VRIT AA	Valrisico test	op maat
COPD		
3013 ZLCP RA	ziektelast COPD vlgns zorg-/NHGstandaard	oud niet meer gebruiken komt tzt te vervallen
4035 ZLC2 RA	ziektelast COPD vlgns zorg-/NHGstandaard 2021	ten minste jaarlijks is meest actueel
2402 CCQT RQ	gem. score alle klacht/beperk. COPD (CCQ)	jaarlijks
2210 MRCD RQ	mate van dyspneu (MRC-schaal)	jaarlijks
1608 ASIT RQ	inhalatietechniek	jaarlijks (alleen bij inhalatie medicatie)
1678 FVNB RL MP	FEV1 post-BD % van voorspeld ⁴ of	conform NHG standaard (3-jaarlijks)
3690 FVEM RL MP	FEV1 met eigen medicatie % van voorspeld ⁴ of	conform NHG standaard (3-jaarlijks)
4053 FVNE RL MP	FEV1 post-BD met eigen medicatie % van voorspeld of	bij monitoring conform NHG standaard (afhankelijk van rookstatus en ziektelast)
4036 FVRE RL	FEV1 post-BD met eigen medicatie of	bij monitoring conform NHG standaard (afhankelijk van rookstatus en ziektelast)
4037 FVNE RL	FEV1 reversibiliteit% met eigen medicatie	bij monitoring conform NHG standaard (bij twijfel over de diagnose)
3549 COAE RQ	aantal longaanvallen COPD/astma in 12 mnd	jaarlijks

Zie opm op volgende pagina

Terugkoppelingen HIS

¹ **Lab:** Labbepalingen stuurt het laboratorium automatisch naar het HIS. Let op: de bepalingen moeten gekoppeld worden aan het dossier van de patiënt én aan

² **BMI:** 570 LNGP AO en 357 GEVW AO kan ook ingevuld worden, dan wordt de BMI daarmee berekend

³ **spiro** NB code 4053,4036 en 4037 spirometrie zijn nieuw worden per 1-7-2023 ook als meetwaarden opgehaald voor dashboard