

## 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.
- Zorgverzekeraars en zorggroepen gebruiken de in- en exclusiecriteria bij de inkoop van ketenzorg.

---

<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)

- 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 geïnccludeerd. 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 HbA1c 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 minimaal één (1) van de volgende criteria: <ul style="list-style-type: none"> <li>• K74 Angina pectoris (incl. subcategorien 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 (FEV1/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 \(CVRM\)](#)).

<b>VVR (hoog risico/zeer hoog risico)</b>	<b>Inclusiecriteria<sup>8</sup></b> – ≥ 18 jaar en < 70 jaar EN risico geel of rood op basis van een van de volgende categorieën: <ul style="list-style-type: none"> <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>• Ernstig verhoogde enkele risicofactor, in het bijzonder cholesterol &gt; 8 mmol/l of bloeddruk ≥ 180/110 mmHG</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%</li> </ul> – > 70 jaar EN Indicatie voor medicatie volgens het addendum voor ouderen <sup>9</sup>
	<b>Exclusiecriteria</b> – patiënt die in ketenzorg DM2 is geïnccludeerd (cf. beleidsregel Nza) of bij deelname aan een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen
<b>Kwetsbare ouderen met complexe zorgvraag</b>	<b>Inclusiecriteria</b> – kwetsbare oudere patiënten gecodeerd met code A05 EN – complexiteit of complexe zorgvraag  Nadrukkelijk wordt hier de leeftijdsgrens weggelaten.  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: <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> 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.

### criterium 2. Check de hoofdbehandelaar van de patiënt

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

<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.

de betreffende patiënt beëindigen. Op deze manier wordt voorkomen dat er door meerdere zorgaanbieders declaraties worden verstuurd voor dezelfde zorg.

### criterium 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 geïnccludeerd.
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	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.
Ander zorgprogramma	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.

---

<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 controleafpraak 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 controleafpraak 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 controleafpraak verschijnt, neemt de huisarts of praktijkondersteuner opnieuw telefonisch contact op. Bij contact volgt uitleg van het belang van de controleafpraak 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 controleafpraak 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*).

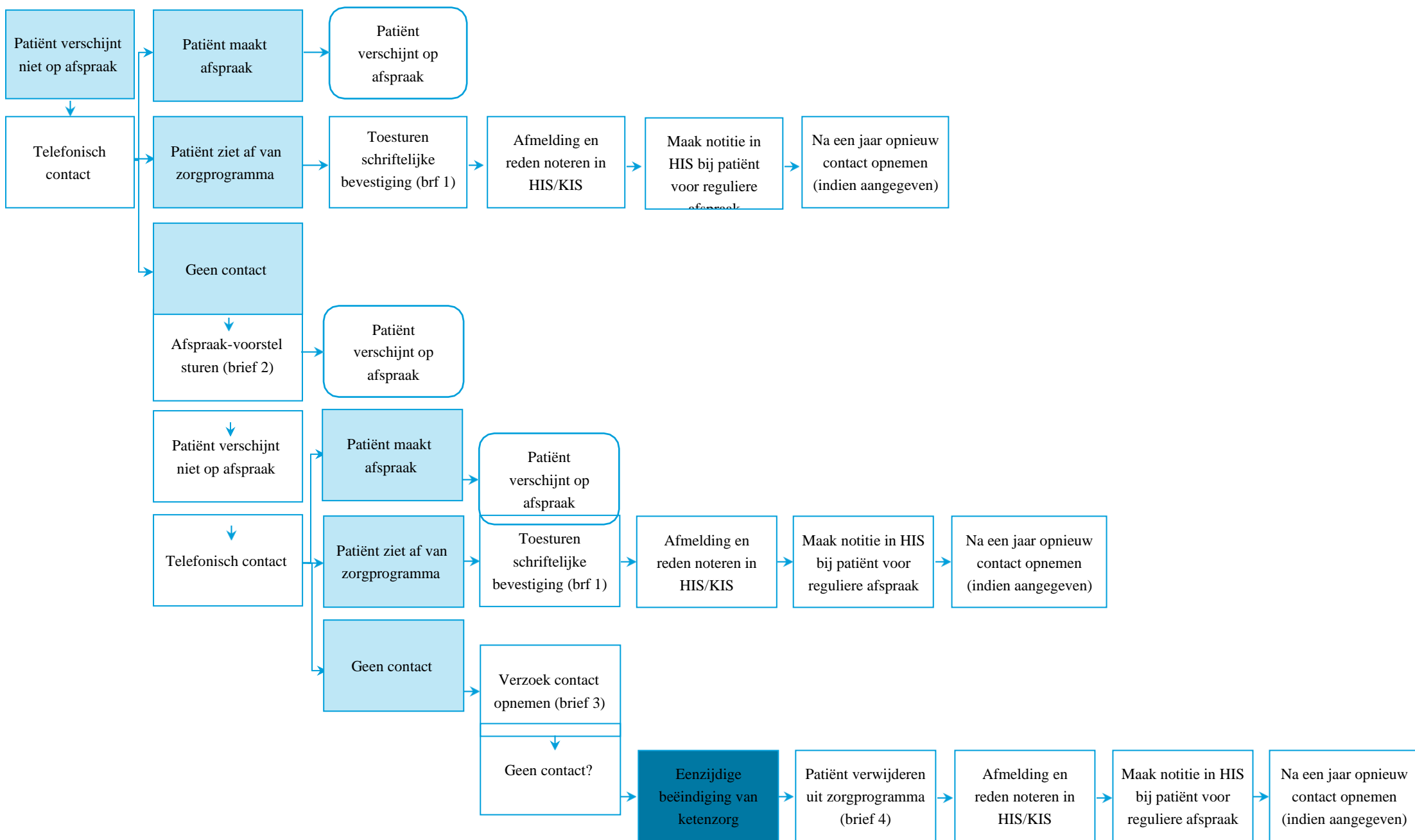
In aanvulling op de hierboven genoemde stappen bieden tussentijdse consulten voor andere zorgvragen een uitgelezen kans om de controleafspraak onder de aandacht te brengen (vooral bij het voorschrijven van herhaalmedicatie). Ook het afleggen van een huisbezoek of visite door de huisarts of POH kan helpen 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





**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).