

Handleiding voor inclusie en exclusie van patiënten in ketenzorgprogramma's 2026

Deze handleiding beschrijft de in- en exclusie van patiënten in een ketenzorgprogramma. Aan de hand van de beoordeling van drie criteria kan worden bepaald of patiënten in een ketenzorgprogramma thuishoren. 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. Bij de opzet van deze handleiding vormt de route van de patiënt door het zorgproces het uitgangspunt.

Criterium 1: Check of patiënt voldoet aan de aandoeningsspecifieke inclusiecriteria en of er gronden voor exclusie zijn.

In Een heeft samen met de expertgroepen voor diabetes, hart- en vaatziekten en astma/COPD¹ voor elk van de ketenzorgprogramma's aandoeningsspecifieke inclusie- en exclusiecriteria² ontwikkeld. Per aandoening zien de inclusie- en exclusiecriteria er als volgt uit¹:

	Aandoening specifieke inclusiecriteria en exclusiecriteria
Diabetes type 2	Inclusiecriteria
	• Diagnose T90.02, Diabetes Mellitus type 2, gesteld volgens de NHG standaard • Leeftijd > of gelijk aan 18 jaar • Patiënten gediagnosticeerd met Diabetes Mellitus type 2, maar die in een later stadium aangemerkt worden als LADA (ICPC blijft dan T90.02).
	Exclusiecriteria
	• Vrouwen met diabetes die een zwangerschapswens hebben of zwanger zijn • Vrouwen met zwangerschapsdiabetes • Diabetes in langdurige remissie (> 5 jaar normale glucose zonder glucoseverlagende medicatie) • Pomptherapie
COPD	Inclusiecriteria

	• De diagnose R95, COPD is juist gesteld o.b.v. anamnese en spirometrie • Leeftijd > 40 jaar. • Mengbeeld Astma/ COPD • Patiënten met COPD < 40 jaar wegens cocaïne gebruik (lab code 3022) of drugsgebruik in het verleden (lab code 3191)
Astma	Inclusiecriteria
	• R96 episode • EN GEEN R95 episode • EN leeftijd 16 jaar of ouder • Patiënt gebruikt inhalatiesteroïden of heeft hiervoor een indicatie volgens de NHG standaard. Inhalatiecorticosteroïden met ATC-codes ICS mono (R03BA) of ATC met combinatie (R03AK).
HVZ	Inclusiecriteria
	≥ 18 jaar EN minimaal één (1) van de volgende criteria: • K74 Angina pectoris (incl. subcategorieën K74.01 Instabiele AP en K74.02 Stabiele AP) • K75 Acuut myocardinfarct • K76 Andere/chronische ischemische hartziekte (IHZ) (incl. K76.01 Coronair sclerose en K76.02 Vroeger myocardinfarct > 4 weken geleden) • K89 Passagère cerebrale ischemie/TIA • K90.02 Intracerebrale bloeding • K90.03 Cerebraal infarct • K91 Atherosclerose • K92.01 PAV/ claudicatio intermittens • K99.01 Aneurysma aortae
VVR (hoog risico/ zeer hoog risico)	Inclusiecriteria
	≥ 18 jaar en < 70 jaar EN 'Zeer Hoog risico' (op basis van tabel 1 uit de CVRM standaard 2024) OF 'Hoog risico' (op basis van SCORE2 en/of van Tabel 1 uit de standaard CVRM) EN Minimaal 1 vastgestelde risicofactor

	• Hypertensie (K86 of K87) i.c.m. ATC C03, C07 en/ of C08, C09 • Hypercholesterolemie (T93 of T93.01 of T93.03) i.c.m. ATC C1 • CNS (U99.01 of U99) > 18 jaar en een (op basis van inschatting huisarts) hoog lifetimerisico ≥ 18 jaar EN Hypertensie met een Systolische bloeddruk > 160 mmHg en < 180 mmHg EN medicatie wordt gestart op basis van de inschatting van de huisarts. ≥ 70 jaar EN medicatiegebruik op basis van de NHG-standaard CVRM (2024) ≥ 18 jaar EN een vastgesteld verhoogd risico op basis van een eerdere CVRM-richtlijn EN medicatie
Atriumfibrilleren	Inclusiecriteria
	• Actieve episode K78 • Leeftijd > of gelijk aan 18 jaar • Voldoet aan inclusiecriteria van DM en/ of CVRM

- De expertgroepen zijn organisaties van kaderhuisartsen met een specifieke opleiding en deskundigheid op het gebied van diabetes, hart- en vaatziekten en astma/ COPD (respectievelijk DiHAG, HartVaathAG en CaHAG).
1. Bij het opstellen van inclusiecriteria en exclusiecriteria baseren de betrokken expertgroepen zich op de bestaande richtlijnen en zorgstandaarden. De voorgestelde inclusie- en exclusiecriteria worden vervolgens voorgelegd aan een aantal ketenzorgorganisaties uit de achterban van InEen. Zij beoordelen de voorgestelde criteria op toepasbaarheid. In samenspraak met de expertgroepen worden de reacties verwerkt en worden de definitieve inclusiecriteria en exclusiecriteria vastgesteld.
 2. Denk hierbij aan type 1-diabetes, LADA, MODY en secundaire vormen van diabetes zoals na pancreaslijden en bij cystic fibrose.
 3. Indicatie inhalatiecorticosteroïden: bij onvoldoende of matige controle vlg GINA-richtlijnen en/of ACQ
 4. Rekening houdend met het nieuwe criterium uit de NHG-standaard COPD 2015 (FEV1/FVC < 5e percentiel)
 5. De indicatie voor medicatiegebruik dient gebaseerd te zijn op de NHG standaard cardiovasculair risicomanagement.

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 de behandeling overneemt, wordt deelname aan het zorgprogramma beëindigd. 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.

Registratie

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

Criterium 3: Controleer de generieke inclusie- en exclusiecriteria voor deelname aan het zorgprogramma

In aanvulling op de aandoeningsspecifieke inclusie- en exclusiecriteria bestaat er ook aantal generieke criteria voor deelname aan een ketenzorgprogramma, waar een gezamenlijk besluit van de patiënt en de betrokken huisarts aan ten grondslag ligt. Er zijn verschillende redenen denkbaar op grond waarvan huisarts en patiënt samen kunnen besluiten om geen gebruik (meer) te maken van een zorgprogramma:

Generieke in- en exclusiecriteria	Toelichting
Stabiël met lage ziektelast	Langdurige stabilisering van de gezondheidssituatie van de patiënt met een afgenomen ziektelast kan reden zijn het zorgprogramma te beëindigen. Bijvoorbeeld: - Een al vele jaren niet meer rokende COPD-patiënt met een stabiele longfunctie en lage ziektelast. - Een patiënt op hoge leeftijd met stabiele bloedglucosewaarden bij wie de programmatische diabeteszorg geen bijdrage levert aan diens kwaliteit van leven.
Persoonlijke omstandigheden	Persoonlijke omstandigheden kunnen ertoe leiden dat deelname aan het ketenzorgprogramma niet langer opportuun is (bijv. een patiënt met een terminale aandoening bij wie de routinematige diabeteszorg geen bijdrage levert aan kwaliteit van leven).
Onvoldoende meerwaarde	Als patiënten aangeven onvoldoende meerwaarde te ervaren van deelname aan het ketenzorgprogramma, kan de programmatische zorg worden beëindigd.
No show	Patiënten die niet verschijnen op de afgesproken controles (no show) worden benaderd om te bespreken of zij nog gebruik willen blijven maken van het zorgprogramma.

	Om onterechte inclusie in de ketenzorg te voorkomen worden patiënten waarbij de laatste 18 maanden geen ketenzorg is geregistreerd automatisch geëxcludeerd. Let op per 1-7-2023 is dit van 24 maanden naar 18 maanden teruggebracht. Hierbij wordt uitgegaan van de volgende registraties: • Diabetes: 18 maanden geen HbA1c geregistreerd; • CVRM: 18 maanden geen tensie geregistreerd; • COPD: 18 maanden geen functioneren geregistreerd; • Astma: 18 maanden geen functioneren geregistreerd; • AF: 18 maanden geen polsritme geregistreerd. <i>NB: geen inclusie in de ketenzorg betekent niet dat de patiënten niet gemonitord moeten worden!</i>
Ander zorgprogramma	Deelname aan een ander zorgprogramma kan aanleiding zijn om deelname aan een zorgprogramma te beëindigen. Bijvoorbeeld een CVRM-patiënt die diabetes krijgt, gaat over naar het zorgprogramma DM.

⁷ 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 twee keer voor de dezelfde patiënt te declareren. Het is wel toegestaan om gedifferentieerde tarieven af te spreken. Bron: Toelichting op de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (BR/CU-7105), NZa, juli 2014, p.22