Bijlage 4: In- en exclusiecriteria multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd

Kenmerk BR/REG-18122

Pagina 71 van 79



Kenmerk BR/REG-18122

Pagina 72 van 79



Kenmerk BR/REG-18122

Pagina 73 van 79

RGANISEERT DE EERSTE LIJ	
	IN
	Exclusiecriteria
	Patiënten, die in keten COPD zijn opgenomen (cf. Nza beleidsregel)
COPD	Inclusiecriteria
	 De diagnose R95, COPD is juist gesteld o.b.v. anamnese en spirometrie⁵
CVRM (primaire preventie)	Inclusiecriteria
	– ≥18 jaar en
	- Indicatie voor medicamenteuze behandeling (Co2, C03, C07, C08 en/of C09) bij
	hypertensie (K86,K87) en/of (C10) bij hypercholesterolemie (T 93) volgens de
	NHG-standaard CVRM ⁶ (zie bijlage voor nadere toelichting)
	Exclusiecriteria
	- Een doorgemaakt event zoals beschreven bij secundaire preventie
	 Patiënten die in ketenzorg DM2 zijn geïncludeerd (cf. beleidsregel Nza)
CVRM (secundaire	Inclusiecriteria
preventie)	− ≥ 18 jaar en
	 K74 angina pectoris
	 K75 acuut myocardinfarct
	 K76 andere/chronische ischemische hartziekte
	K76.01 Coronairsclerose
	K76.02 Vroeger myocardinfarct (> 4 wkn geleden)
	 K89 passagère cerebrale ischemie/TIA (advies: trombose a. retinalis gecodeerd
	als TIA)
	 K90.03 cerebraal infarct
	 K92.01 claudicatio intermittens
	 K99.01 aneurysma aortae
	Exclusiecriteria
	 Patiënten die in ketenzorg DM2 zijn geïncludeerd (cf. beleidsregel Nza)

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

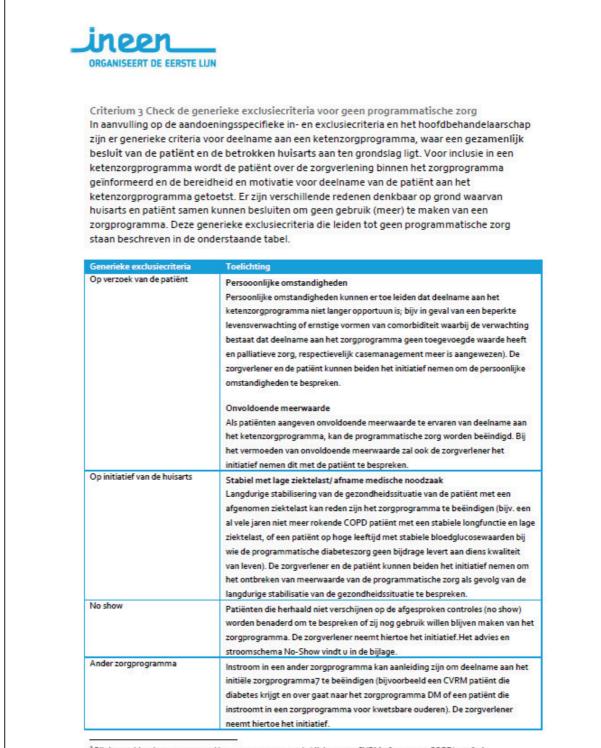
ketenzorgaandoeningen de behandeling overneemt, wordt deelname aan het zorgprogramma beëindigd. Terugverwijzing naar en overdracht van het hoofdbehandelaarschap van de medisch specialist naar de huisarts is ook mogelijk, waarbij de patiënt weer kan gaan deelnemen aan het zorgprogramma.

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 de betreffende patiënt beëindigen. Op deze manier wordt voor dezelfde zorg.

⁵ Rekening houdend met het nieuwe criterium uit de NHG-standaard COPD 2015 (FEV1/FVC < 5e percentiel)</p>
⁶ De indicatie voor medicamenteuze behandeling dient gebaseerd te zijn op de NHG standaard cardiovasculair risicomanagement (zie bijlage voor een nadere toelichting).

Kenmerk BR/REG-18122

Pagina 74 van 79



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 tegelijkertijd voor de dezelfde patiënt te declareren. Bron: Toelichting op de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (BR/CU-7165), NZa, maart 2016.

4/9

Kenmerk BR/REG-18122

Pagina 75 van 79



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 bij de meting controlebeleid het label 'geen programmatische zorg'.

Binnen de categorie '*Reden geen programmatische zorg*' zijn vijf mogelijke uitslagen beschikbaar (zie tabel diagnostische bepalingen):

- Op verzoek patiënt (zoals persoonlijke omstandigheden of geen meerwaarde van het zorgprogramma)
- Op initiatief arts (denk hierbij aan afname medische noodzaak)
- Naar / in ander zorgprogramma
- No show
- Overig/onbekend

De status kan worden gewijzigd via de meting controlebeleid op het moment waarop de patiënt opnieuw start met het ketenzorgprogramma.

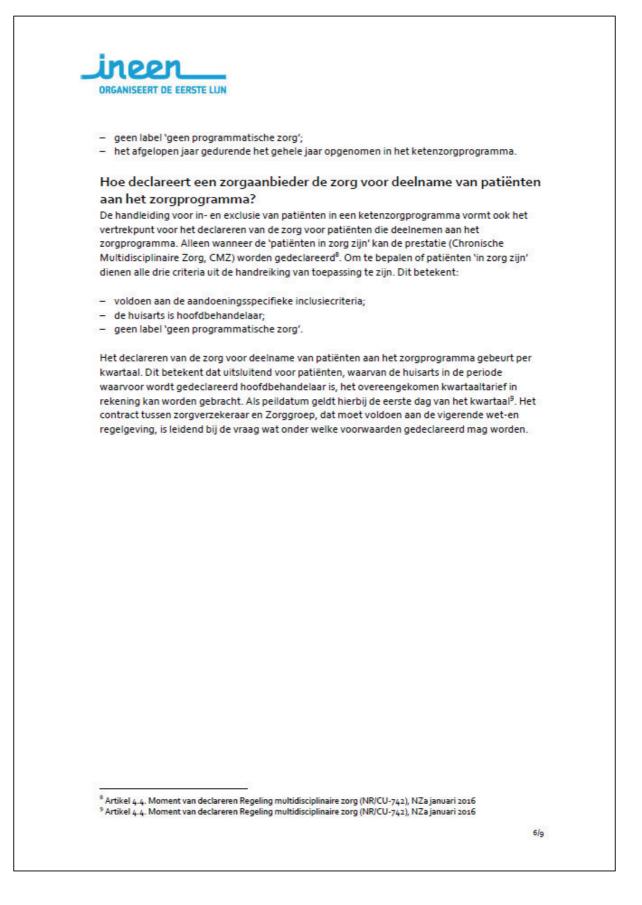
Hoe levert een zorgaanbieder gegevens aan voor de landelijke benchmark 'Transparante Ketenzorg'?

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 exclusiecriteriacriteria;
- huisarts is hoofdbehandelaar;

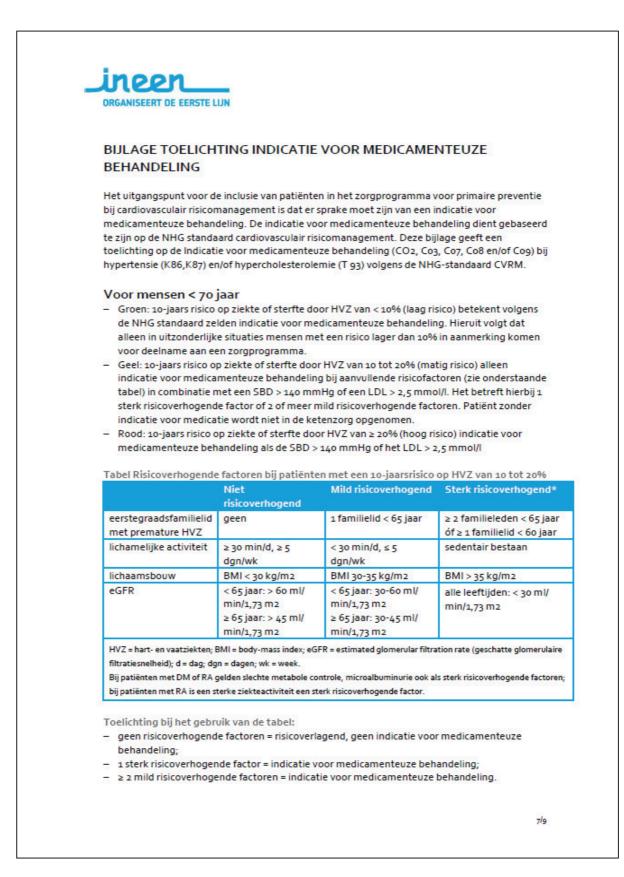
Kenmerk BR/REG-18122

Pagina 76 van 79



Kenmerk BR/REG-18122

Pagina 77 van 79



Kenmerk BR/REG-18122

Pagina 78 van 79

ORGANISEERT DE EERSTE LIJN

Voor mensen > 70 jaar

De risicotabel is niet van toepassing op personen ouder dan 70 jaar. Het ligt echter in de lijn der verwachting dat het risico van 70-plussers minstens gelijk is aan dat van 70-jarigen. Personen van 70 jaar of ouder die roken, hebben bij een SBD > 140 mmHg of een LDL > 2,5 mmol/l een 10jaarsrisico op ziekte of sterfte door HVZ dat groter is dan 20%, waarmee zij in aanmerking komen voor medicamenteuze begeleiding. Bij patiënten met een beperkte levensverwachting en/of uitgebreide comorbiditeit en polyfarmacie is een afweging van de voor- en nadelen van medicamenteuze behandeling van HVZ noodzakelijk. Bij deze afweging dienen de wensen van de patiënt te worden meegewogen.

Voor mensen > 80 jaar

Bij een leeftijd ≥ 80 jaar en een SBD > 160 mmHg worden leefstijlmaatregelen geadviseerd en bij onvoldoende effect op de SBD antihypertensieve medicatie. De SBD dient niet veel verder te dalen dan 150 mmHg. Continueren van al eerder gestarte behandeling van hypertensie is ook bij deze leeftijdsgroep zinvol; eventueel kan de dosering worden aangepast.

Controleer via dossieronderzoek of de patiënten die deelnemen aan een zorgprogramma (nog steeds) voldoen aan deze inclusiecriteria en of er geen exclusiecriteria van toepassing zijn.

Kenmerk BR/REG-18122

Pagina 79 van 79

