

## Handboek Ketenzorg Cardiometabool



Versie 2026

# Inhoudsopgave

<b>Handboek Ketenzorg CARDIOMETABOOL.....</b>	<b>1</b>
Algemeen.....	3
Doelgroep.....	3
Doelstelling.....	3
Specifieke voorwaarde voor deelname.....	3
Opleidingseisen.....	3
Ketenpartners.....	4
Diëtist.....	4
Rol en verantwoordelijkheden.....	4
Structuurvoorwaarden.....	4
Procesvoorwaarden.....	5
Podotherapeut.....	5
Rol en verantwoordelijkheden.....	5
Structuurvoorwaarden.....	5
Procesvoorwaarden.....	5
Laboratorium.....	6
Oogheelkunde.....	6
Inhoud ketenzorgprogramma.....	7
Inclusiecriteria.....	7
Beslisboom wel of niet in Atriumfibrilleren (AF).....	8
Exclusiecriteria.....	8
Taakverdeling in de praktijk.....	9
Registratie en werkwijze.....	11
Diagnose.....	11
Aanmelden patiënt ketenzorgprogramma.....	11
Diabetes in remissie.....	12
Afmelden patiënt ketenzorgprogramma.....	13
Onderzoeken.....	13
Verslaglegging en autorisatie.....	13
Werken in Boards - Verwijzingen.....	14
Diëtist.....	14
Fundoscopie.....	15
Beweegaanbod.....	15
Behandeling overdragen aan specialist.....	16
Zelfmanagement patiënt.....	16
Resultaatafspraken HE: variabele beloning ketenzorgprogramma cardiometabool.....	16
Bijlagen.....	17
Bijlage 1 - Verplichte meetwaarden.....	17
Bijlage 2 – Verslaglegging overige HIS'sen.....	18

## Algemeen

### Doelgroep

Het Handboek Cardiometabool is bedoeld voor patiënten met Diabetes Mellitus type 2 (DM2) en/of een verhoogd cardiovasculair risico, waaronder hypertensie, dyslipidemie, hart- en vaatziekten en/of nierfunctiestoornissen. De huisarts is de hoofdbehandelaar, tenzij de patiënt onder behandeling is bij een specialist.

### Doelstelling

Het ketenzorgprogramma Cardiometabool richt zich op patiënten met diabetes type 2 en/of een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Het doel is het voorkomen van complicaties en het verbeteren van de levenskwaliteit door het vroegtijdig opsporen en behandelen van risicofactoren, zoals hoge bloeddruk, hoog cholesterol, roken en diabetes. Dit gebeurt via multidisciplinaire zorg, educatie en ondersteuning bij zelfmanagement, waarbij zowel huisartsen, praktijkondersteuners als ketenpartners betrokken zijn. Het programma streeft naar een gestructureerde en meetbare aanpak van gezondheid en preventie, volgens de meest actuele NHG-standaarden.

### Specifieke voorwaarde voor deelname

Voor deelname aan het ketenzorgprogramma Cardiometabool gelden enkele belangrijke voorwaarden. Naast de algemene voorwaarden voor deelname aan een ketenzorgprogramma, zie handboek Ketenzorg Algemeen, geldt de volgende specifieke voorwaarde;

- Minimaal één koppel huisarts/POH beschikt over de certificering om patiënten op insulinetherapie in te stellen en te begeleiden, zodat de behandeling volgens de richtlijnen en met voldoende expertise wordt uitgevoerd.

### Opleidingseisen

#### Arts

De huisarts of medisch specialist is als zodanig opgenomen in het desbetreffende KNMG-register en voldoet daarom aan de wettelijke eisen voor (her)registratie.

#### Diabetesverpleegkundige en POH

De POH/DVK dient in het bezit te zijn van het certificaat/ diploma van één van de officiële hbo-beroepsopleidingen tot praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige/diabetesverpleegkundige.

De praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige met aandachtsgebied diabetes dient te beschikken over een hbo werk- en denkniveau, verkregen door:

Basis/ uitgangspunt	Opleiding tot POH/DVK	Bewijslast
Hbo-verpleegkundige niveau 5	Aanvullende opleiding <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Post-hbo-diabetesverpleegkundige</li> <li>▪ Post-hbo-praktijkondersteuning</li> <li>▪ Stichting Specifieke Scholing Verpleegkundigen diabetesverpleegkundige</li> </ul>	Kopie diploma verpleegkundige <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ en kopieën van de deelcertificaten óf</li> <li>▪ kopie Certificaat SSSV-diabetesverpleegkundige</li> </ul>

Initiële opleiding tot hbo-verpleegkundige niveau 5	Opleiding hbo-v met uitstroomvariant 'bachelor of nursing in de huisartsenzorg'	Kopie diploma 'bachelor of nursing – huisartsenzorg'
Mbo-verpleegkundige Niveau 4	Aanvullende opleiding <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stichting Specifieke Scholing Verpleegkundigen diabetesverpleegkundige</li> <li>▪ Éénjarige of tweejarige post-hbo-opleiding praktijkondersteuning</li> </ul>	Kopie diploma verpleegkundige <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ en Kopie Certificaat SSSV-diabetesverpleegkundige óf</li> <li>▪ diploma van hbo-opleiding praktijkondersteuner</li> </ul>
Praktijkassistente (mbo-doktersassistente met werkervaring)	Tweejarige opleiding POH na mbo-opleiding	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kopie diploma doktersassistente</li> <li>▪ Kopie certificaat/diploma van hbo-opleiding POH</li> </ul>
Paramedicus	Éénjarige post-hbo-opleiding praktijkondersteuning	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kopie diploma en</li> <li>▪ Kopie certificaat/diploma van hbo-opleiding POH</li> </ul>

## Ketenpartners

Ketenpartners bieden een onderdeel van de ketenzorg en hebben geen verantwoordelijkheid voor het geheel van de behandeling. Er is wel sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid met de andere zorgverleners voor het wat betreft de bepaling en uitkomsten van de voor hun beroepsgroep relevante indicatoren.

## Diëtist

### Rol en verantwoordelijkheden

Bij een nieuw gediagnosticeerde diabetespatiënt wordt de patiënt verwezen naar de diëtist.

Als er geen veranderingen in het ziektebeeld zijn, blijft de inzet van de diëtiste beperkt tot deze verwijzing.

Later in het behandeltraject kan het instellen op of wijzigingen in de behandeling met insuline een reden zijn om de patiënt te verwijzen.

Nevendiagnoses zoals obesitas, hypertensie of hypercholesterolemie kunnen een reden zijn voor verwijzing naar de diëtist, daar waar de huisarts een dieetadvies effectief acht.

Het is van groot belang dat alle, al dan niet gevraagde, voedingsadviezen van diverse zorgverleners aan mensen met diabetes wetenschappelijk onderbouwd en niet met elkaar in strijd zijn, maar elkaar juist ondersteunen en versterken.

### Structuurvoorwaarden

#### Opleidingseisen diëtist

De diëtist heeft een afgeronde hbo-opleiding voeding en diëtetik en heeft een specifieke opleiding op het gebied van diabetes gevolgd (post-hbo voeding en diabetes).

#### Kwaliteitsregister

De diëtist is ingeschreven in het kwaliteitsregister voor diëtisten; Stichting Kwaliteitsregister Paramedici (SKP) en/of de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD). Een belangrijke voorwaarde voor deze inschrijving is dat de diëtist voldoende bij- en nascholingen volgt en dat er een samenwerkingsverband is met andere diëtisten waarin afspraken zijn gemaakt voor vervanging bij afwezigheid.

#### **Procesvoorwaarden**

##### Voedingsrichtlijn

De voedingsadviezen moeten gebaseerd zijn op de recente voedingsrichtlijnen bij diabetes van het NDF, CBO en/of NHG.

##### Aanvraag

Na de aanvraag via het NIS moet de diëtist de patiënt binnen maximaal 2 weken benaderen en een afspraak maken. De patiënt wordt op consult gezien binnen 4 weken.

##### Controlefrequentie

Bij verwijzingen zoals boven genoemd heeft de patiënt recht op maximaal 3 uur begeleiding. Als de patiënt zowel COPD als diabetes heeft, blijft het maximum van 3 uur gelden.

##### Gebruik NIS

In het NIS wordt door de diëtist vastgelegd:

- De hoofdpunten van elk consult
- De met de patiënt besproken onderwerpen
- En de samenvatting en conclusie bij beëindiging van de begeleiding.

#### **Podotherapeut**

##### **Rol en verantwoordelijkheden**

Afhankelijk van de Sims-classificatie met het bijbehorende zorgprofiel wordt de patiënt, door de huisarts/POH of internist/DVK, verwezen naar de (diabetes)podotherapeut. Deze doet de voetscreening waarbij een advies gegeven wordt t.a.v. het behandelplan.

Het is van groot belang dat alle, al dan niet gevraagde, adviezen van diverse zorgverleners aan mensen met diabetes wetenschappelijk onderbouwd en niet met elkaar in strijd zijn, maar elkaar juist ondersteunen en versterken.

##### **Structuurvoorwaarden**

##### Opleidingseisen podotherapeut

De podotherapeut heeft een afgeronde hbo-opleiding podotherapie en heeft een specifieke opleiding op het gebied van diabetes gevolgd.

##### Kwaliteitsregister

Podotherapeuten staan geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici en zijn lid van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP).

#### **Procesvoorwaarden**

##### Zorgmodule

De gegeven adviezen moeten gebaseerd zijn op de geldende Richtlijn Diabetische Voet (2017) van de NIV en de recente Zorgmodule Preventie Diabetisch Voetulcera (2024) van de NVvP.

### Aanvraag

Na de aanvraag via het NIS moet de podotherapeut de patiënt binnen maximaal 2 weken benaderen en een afspraak maken. De patiënt wordt op consult gezien binnen 4 weken.

### Controlefrequentie

Na het vaststellen van het zorgprofiel wordt door de podotherapeut een behandelplan opgesteld waarin de controlefrequentie wordt aangegeven bij de verschillende zorgverleners (podotherapeut en/of medisch pedicure).

### Gebruik NIS

In het NIS wordt door de podotherapeut bij iedere controle de voetcontrole ingevuld, waarbij wordt vastgelegd:

- De Sims-classificatie met het bijbehorend zorgprofiel
- Daaropvolgend het behandelplan
- De samenvatting van het consult.

### **Laboratorium**

In de geldige NHG-standaarden is weergegeven welk laboratoriumonderzoek in welke fase van de behandeling standaard wordt uitgevoerd c.q. optioneel is op initiatief van de zorgverlener. Minimaal één keer per jaar wordt de patiënt verwezen voor een uitgebreid jaarlab.

### Randvoorwaarden laboratorium

De kosten en aanvragen voor het laboratoriumonderzoek vallen buiten het tarief van de keten-DBC.

### **Oogheelkunde**

Funduscontrole geschiedt bij voorkeur door middel van een fundusfoto. Het maken van de fundusfoto vindt plaats door een daartoe bekwame functionaris. De beoordeling van de fundusfoto dient plaats te vinden door een ter zake deskundige (oog)arts. Indien er complicaties zijn, vindt de funduscontrole plaats als onderdeel van het regulier consult aan de oogarts.

De eerste funduscontrole moet plaatsvinden binnen 3 maanden na het stellen van de diagnose diabetes type 2 en vindt daarna plaats volgens het schema zoals weergegeven in de NHG standaard diabetes type 2. Voor de meeste patiënten komt dit neer op eenmaal per drie jaar. Tussentijdse funduscontrole kan vereist zijn bij de start van insulinebehandeling en/of insulinepomptherapie.

## Inhoud ketenzorgprogramma

### Inclusiecriteria

Voor deelname aan het ketenzorgprogramma Cardiometabool geldt dat de patiënt:

1. Minimaal 18 jaar is én
2. Deelneemt aan de ketenzorg CVRM of DM:
  - a. deelname ketenzorgprogramma diabetes = ja  
of  
deelname ketenzorgprogramma CVRM = ja
3. Én waarvan de huisarts de hoofdbehandelaar is:
  - a. hoofdbehandelaar diabetes = huisarts  
of  
hoofdbehandelaar CVRM = huisarts.

Daarnaast voldoet de patiënt aan een van de volgende criteria:

#### Diabetes:

Diagnose T90.02 Diabetes Mellitus type 2, gesteld volgens de NHG standaard

#### CVRM

**1** Patiënt heeft een zeer hoog risico door een van de volgende hart- en vaatziekten met ICPC-codes:

- K74 - Angina pectoris (incl. K74.01 en K74.02)
- K75 - Acuut myocardinfarct
- K76 - Andere/chronische ischemische hartziekte (incl. K76.01 en K 76.02)
- K78 – Atriumfibrilleren
- K89 - Passagère cerebrale ischemie/ TIA
- K90.02 - Intracerebrale bloeding
- K90.03 - Cerebraal infarct
- K91 - Atherosclerose (aangetoonde stenose of ischemie)
- K92.01 - Claudicatio Intermittens
- K99.01 - Aneurysma aortae

**2** Patiënt is < 70 jaar EN 'Zeer Hoog risico' (op basis van tabel 1 uit de [NHG-standaard CVRM 2024](#)) OF 'Hoog risico' (op basis van SCORE2 en/of van Tabel 1 uit de NHG-standaard CVRM 2024)

EN

minimaal 1 vastgestelde risicofactor<sup>1</sup>

- hypertensie (K86 of K87)
- hypercholesterolemie (T93 of T93.01 of T93.03)
- CNS (U99.01 of U98.03)

**3** Patiënt heeft een (op basis van inschatting huisarts) hoog lifetimerisico

---

<sup>1</sup> Zie ook [Indicatoren CV-risicomanagement bij patiënten met Hypertensie, Hypercholesterolemie of Chronische Nierschade \(CNS\)\(augustus 2025\)](#)

**4** Patiënt heeft hypertensie met een Systolische bloeddruk > 160 mm/Hg en < 180 mm/Hg EN medicatie wordt gestart op basis van de inschatting van de huisarts.

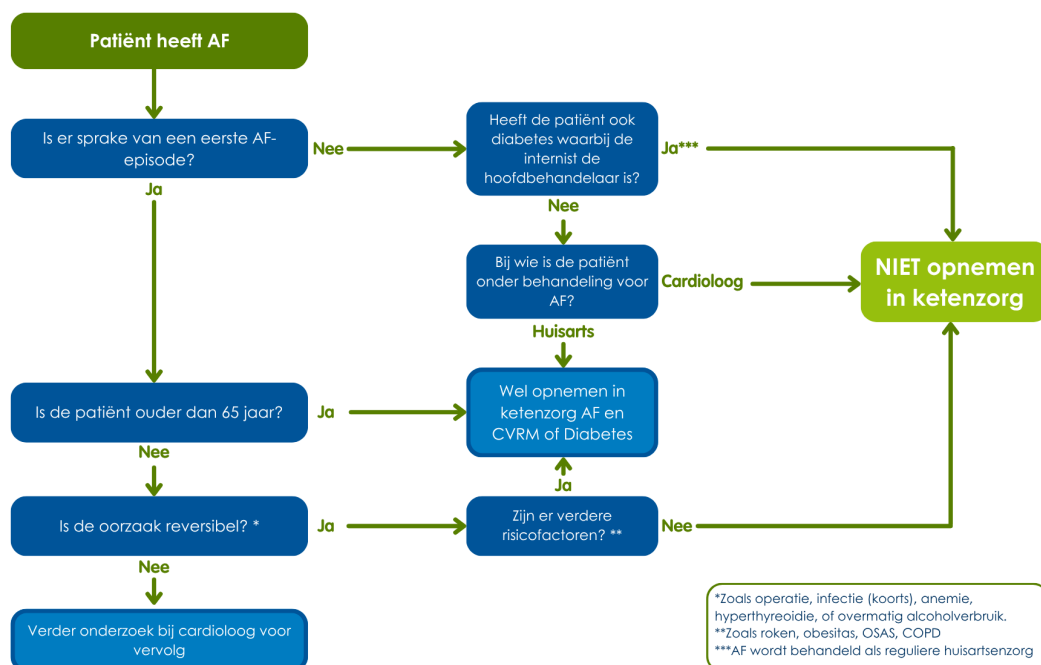
**5** Patiënt is ≥ 70 jaar EN gebruikt medicatie op basis van de [NHG-standaard CVRM \(2024\)](#)

**6** Patiënt heeft een vastgesteld verhoogd risico op basis van een eerdere CVRM-richtlijn EN gebruikt medicatie

### K78 Atriumfibrilleren

Patiënten met atriumfibrilleren die onder behandeling zijn bij de huisarts, kunnen voortaan ook door de POH-S opgevolgd worden. We adviseren deze patiënten te includeren in de CVRM-keten en daarnaast de aanvullende AF-controles uit te voeren.

### Beslisboom wel of niet in Atriumfibrilleren (AF)



### Exclusiecriteria

- Leeftijd < 18 jaar
- Beperkte levensverwachting van minder dan 1 tot 2 jaar
- Patiënt is uitgeschreven (bijv. overleden of verhuisd)
- Vrouwen met diabetes die een zwangerschapswens hebben of zwanger zijn
- Vrouwen met zwangerschapsdiabetes
- Diabetes in langdurige remissie (> 5 jaar normale glucosewaarden (< 7.0) en HbA1c waarden (< 48) die niet bij meer diabetes passen) zonder glucose verlagende medicatie) en zonder microvasculaire complicaties (retinopathie, chronische nierschade, neuropathie) en/of voetproblemen ≥ Sims 1
- Diabetes Mellitus type 1 of LADA
- De meest recent ingevulde deelname ketenzorgprogramma diabetes = nee
- De hoofdbehandelaar van de diabetes is de specialist
- Patiënt is in ketenzorg DM2 geïncludeerd
- De meest recent ingevulde deelname ketenzorgprogramma CVRM = nee

- Eerste jaar na een hartinfarct (K75), CABG of PTCA (dan is cardioloog verantwoordelijk voor CVRM)
- Patiënt is onder behandeling van internist (of cardioloog) voor hypertensie, hypercholesterolemie of diabetes
- Patiënt is onder behandeling van de cardioloog voor atriumfibrilleren
- Hypertriglyceridemie (> 10 mmol/l) (ICPC T93.02)

## Taakverdeling in de praktijk

### Huisarts

Om een hoge kwaliteit van zorg in het ketenzorgprogramma Cardiometabool te waarborgen, heeft de huisarts de volgende taken en verantwoordelijkheden:

- Bepaalt bij nieuwe patiënten of er een indicatie is voor het opstellen van een risicoprofiel voor CVRM of diabetes.
  - Stelt indien van toepassing de diagnose 'verhoogd cardiovasculair risico' of Diabetes Mellitus type 2.
- Beslist samen met de POH of instroom in de ketenzorg CVRM en/of DM2 zal plaatsvinden en overlegt met de patiënt over deelname.
- Verricht controles volgens de NHG-standaarden voor CVRM en Diabetes Mellitus type 2.
  - Het is wenselijk dat de huisarts de patiënt met diabetes minimaal eenmaal per jaar zelf ziet om betrokkenheid te behouden.
- Initieert medicatie en insulinetherapie voor nieuwe patiënten en begeleidt de POH bij het instellen hiervan volgens richtlijnen.
- Medicatiewijzigingen worden altijd in overleg met de huisarts uitgevoerd, die ook verantwoordelijk is voor de autorisatie van het recept.
- Neemt deel aan structureel patiënten overleg met de POH en is beschikbaar voor ad-hoc overleg.
- Bepaalt samen met de POH of inhoudelijk overleg met de kaderhuisarts of zorgprogrammacoördinator nodig is.
- Beslist wanneer een patiënt wordt verwezen naar de tweede lijn en bewaakt de continuïteit van zorg.
- Is eindverantwoordelijk voor de patiëntenzorg binnen het ketenzorgprogramma.

### POH

De POH speelt een centrale rol in de uitvoering van het ketenzorgprogramma Cardiometabool en ondersteunt de huisarts bij zowel CVRM als Diabetes Mellitus type 2. De taken zijn als volgt:

- Verricht controles volgens de NHG-standaarden voor CVRM en DM2
- Stelt patiënten in nauwe samenwerking met de huisarts in op medicatie, inclusief insuline, en begeleidt dit proces volgens richtlijnen.
- Formuleert voorstellen voor het vervolgbeleid en overlegt dit met de huisarts.
- Geeft instructies aan patiënten over zelfmetingen, zoals thuismeting, 24-uurs of 30-minuten bloeddrukmeting, en glucosemetingen.
- Voert enkel-/armindex metingen of dopplersonderzoek uit op indicatie, volgens de NHG-standaard Perifeer arterieel vaatlijden.
- Onderhoudt externe contacten met ketenpartners zoals diëtist, podotherapeut, oogheekunde, wijkverpleegkundige en apotheek, bij voorkeur via Boards.
- Structureel overleg:
  - Maakt werkafspraken met de huisarts over patiënten, gang van zaken en knelpunten.

- Overlegt ad-hoc met huisarts indien nodig.
  - Voert zo nodig inhoudelijk overleg met de kaderhuisarts of zorgprogrammacoördinator.
- Controleert respons en no-shows, wat eventueel gedelegeerd kan worden aan de doktersassistent
- Houdt kennis en vaardigheden op peil door deelname aan scholing en nascholing
- Draagt, indien van toepassing, zorg voor verwijzing naar ketenpartners, zoals diëtist, podotherapeut, oogarts en andere relevante disciplines.

### **Doktersassistent**

De doktersassistent ondersteunt de huisarts en POH in het ketenzorgprogramma Cardiometabool met zowel administratieve als uitvoerende taken en draagt bij aan een efficiënte en gestructureerde zorgverlening. De taken zijn als volgt:

- Administratieve ondersteuning bij het oproepen van patiënten, gebruikmakend van de signaleringslijst in het Regionaal Dataplatform (RDP), en controle van no-shows.
- Verricht bloeddrukmetingen, inclusief korte meting en 30-minuten ambulante bloeddrukmeting, en geeft instructies aan patiënten over zelfmetingen.
- Controleren van gewicht bij controles en follow-ups.
- Doet glucosemetingen bij patiënten met diabetes of verhoogd risico.
- Als aantoonbare deskundigheid aanwezig is, uitvoeren van enkel-/armindex metingen of doppleronderzoek.

## Registratie en werkwijze

### Diagnose

Nadat de diagnose diabetes type 2 of een verhoogd cardiovasculair risico is vastgesteld door de huisarts en correct geregistreerd in het HIS, start de behandeling van de patiënt binnen het ketenzorgprogramma Cardiometabool. De patiënt wordt door de huisarts en/of POH geïnformeerd over het programma en de bijbehorende zorg en begeleiding.

### Aanmelden patiënt ketenzorgprogramma

#### CVRM

De volgende meetwaarden worden ingevuld in het onderzoek HE-deelname ketenzorg CVRM in Promedico:

- Hoofdbehandelaar CVRM: Huisarts
- Deelname ketenzorgprogramma CVRM: ja
- Reden geen ketenzorg alleen invullen indien deelname keten: NEE

Het cardiovasculair risico (RH24KQ FB) kan worden vastgelegd volgens de NHG Standaard CVRM 2024:

- Zeer hoog risico
- Hoog risico
- Matig verhoogd risico
- Laag risico

Door middel van de bovenstaande meetwaarden en de ICPC die wordt genoemd bij de inclusiecriteria wordt de patiënt geïncludeerd in het ketenzorgprogramma.

Als de patiënt voor diens CVRM bij de specialist onder behandeling is, worden de volgende meetwaarden ingevuld:

- Hoofdbehandelaar CVRM: specialist
- Deelname ketenzorgprogramma CVRM: nee

Patiënten die niet willen deelnemen aan het ketenzorgprogramma CVRM

- Hoofdbehandelaar CVRM: huisarts
- Deelname ketenzorgprogramma CVRM: nee
- Reden geen ketenzorg CVRM:
  - Op verzoek patiënt
  - Op initiatief arts Naar/in ander zorgprogramma
  - No show
  - Overig/onbekend

#### CVRM-ketenzorgpatiënten die DM2 ontwikkelen

Patiënten in het ketenzorgprogramma CVRM bij wie de diagnose Diabetes Mellitus gesteld wordt, dienen in te stromen in het ketenzorgprogramma DM. Gelijktijdige deelname aan het ketenzorgprogramma CVRM is niet toegestaan en dient te worden beëindigd.

Benodigde acties:

- ICPC-code voor DM2 (ICPC T90.02) wordt aangemaakt.
- In het HIS dient deelname ketenzorg DM op ja gezet te worden als de patiënt wil deelnemen. Deelname CVRM-keten moet op nee worden gezet.

- Episode voor CVRM-aandoening blijft bestaan en blijft actief.
- Registratie vindt vanaf nu plaats onder de DM2 episode.

### **Diabetes**

De volgende meetwaarden worden ingevuld in het onderzoek Deelname Keten zorg in Promedico:

- Hoofdbehandelaar diabetes: huisarts.
- Deelname ketenzorgprogramma diabetes: ja.
- Reden geen ketenzorg alleen invullen indien deelname keten: NEE.

Door middel van deze meetwaarden en de ICPC (T90.02) DM2 wordt de patiënt geïncorporeerd in het ketenzorgprogramma.

Als de patiënt voor diens DM2 onder behandeling is bij de specialist worden de volgende meetwaarden ingevuld:

- Hoofdbehandelaar diabetes: specialist
- Deelname ketenzorgprogramma diabetes: nee

Patiënten die niet willen deelnemen aan het ketenzorgprogramma DM:

- Hoofdbehandelaar diabetes: huisarts
- Deelname ketenzorgprogramma diabetes: nee
- Reden geen ketenzorg DM2:
  - Op verzoek patiënt
  - Op initiatief arts
  - Naar/in ander zorgprogramma
  - No show
  - Overig/onbekend

### **Diabetes in remissie**

Patiënten waarbij de diabetes in langdurige remissie is, kunnen evt. worden vervolgd in het ketenzorgprogramma CVRM. Voor deze patiënten is het van belang dat er een ICPC aanwezig is op basis waarvan patiënt kan worden geïncorporeerd in het ketenzorgprogramma CVRM. Patiënt dient te worden afgemeld voor het ketenzorgprogramma DM en aangemeld te worden voor het ketenzorgprogramma CVRM.

Benodigde actie:

- Episode DM (T90.02) op niet actief zetten
- ICPC-code voor DM niet verwijderen!
- Episode A 91.05 aanmaken (Gestoorde glucosetolerantie) en episodetitel veranderen in: 'DM 2 in remissie'.
- Bij een bestaande hart- of vaatziekte: controleer of er een episode is voor de betreffende HVZ en maak deze zo nodig aan. Registreer in dat geval vanaf nu onder deze episode en niet meer onder de DM-episode.
- Bij geen bestaande hart- of vaatziekte: controleer of er een episode is voor hypertensie of hypercholesterolemie en maak deze indien van toepassing aan. Registreer in dat geval vanaf nu onder deze episode en niet meer onder de DM-episode.
- Indien patiënt geen episode heeft voor hypertensie of hypercholesterolemie en hier dus ook geen medicatie voor gebruikt voldoet een patiënt niet meer aan de inclusiecriteria voor de CVRM keten en kan patiënt niet meer deelnemen aan ketenzorg. Controle van risicofactoren is desondanks wel van belang bij deze groep. Daarom is het advies deze patiënten buiten de ketenzorg wel eenmaal per jaar te controleren. Zet deze patiënten in het HIS op deelname ketenzorg 'nee'.

- Registratie vindt vanaf nu plaats onder de episode A91.05 (Gestoorde glucosetolerantie).

### **Afmelden patiënt ketenzorgprogramma**

- Patiënten die worden overgedragen aan de specialist:  
Deelname ketenzorg wordt op nee gezet, hoofdbehandelaar op specialist
- Bij verhuizen patiënt:  
Het HIS dossier wordt overgedragen aan de andere praktijk, het Chronisch zorg Board wordt hiermee automatisch afgesloten en de patiënt verschijnt niet meer in het Regionaal Dataplatform.
- Bij overlijden patiënt:  
Het HIS dossier wordt afgesloten door de praktijk. Het Chronisch zorg Board wordt hiermee automatisch afgesloten en de patiënt verschijnt niet meer in het Regionaal Dataplatform.

### **Onderzoeken**

Bij de controles kan gebruik worden gemaakt van de HE-onderzoeken in Promedico. De volgende onderzoeken zijn beschikbaar voor het ketenzorgprogramma Cardiometabool:

- HE 2024 CVRM deelname ketenzorg
- HE 2024 CVRM intake/jaarcontrole: bij eerste consult of jaarlijkse controle
- HE 2024 CVRM korte controle
- HE 2024 enkel-/arm index
  
- HE 2024 DM2 deelname ketenzorg: bij start ketenzorg of wijziging.
- HE 2024 DM2 Jaarcontrole: bij eerste consult of jaarlijkse controle.
- HE 2024 DM2 Korte controle: bij een vervolgccontrole.
- HE 2024 DM2 Oogcontrole: na fundusonderzoek of oogcontrole oogarts.
- HE 2024 DM2 Voetcontrole
- HE 2024 DM2 Glucosedagcurve: bij insuline patiënten.

NB. Voor het opstellen van een cardiovasculair risicoprofiel kan ook gebruik gemaakt worden van de HE CVRM intake/ jaarcontrole, op basis hiervan kan bepaald worden of iemand in het ketenzorgprogramma kan worden geïnccludeerd.

### **Verslaglegging en autorisatie**

De onderzoeken binnen het ketenzorgprogramma Cardiometabool dienen als richtlijn. Niet alle meetwaarden hoeven te worden ingevuld; alleen die meetwaarden die jij nodig acht tijdens het consult volgens de NHG-richtlijnen en de verplichte meetwaarden die door Huisartsen Eemland zijn vastgesteld in verband met de resultaatafspraken. In de bijlage is een overzicht opgenomen van de verplichte meetwaarden. Aanvullende informatie kan in het HIS onder de betreffende episode in een SOEP- of deelcontact worden vastgelegd. Na het afsluiten van het consult hoeft geen extra verrichting te worden toegevoegd. Indien gewenst kan de huisarts in Promedico het consult accorderen; hiervoor kan de autorisatie worden aangezet via: Onderhoud – Praktijk – Praktijkinstellingen – Contacten autoriseren.

### **Verslaglegging bij een patiënt met ketenzorg CVRM**

Het NHG geeft het volgende advies over verslaglegging bij CVRM-patiënten:

- Maak geen nieuwe CVRM-episode aan maar voeg "CVRM" of "KZ" (=ketenzorg) toe voor of achter de bestaande episode titel.
- Leg met de diagnostische bepaling 'hoofdbehandelaar CVRM' vast wie de hoofdbehandelaar is. Eventueel kan in de episodetitel in het HIS ook worden aangegeven wie de hoofdbehandelaar is door "HA" of "specialist" toe te voegen.

- Bij meerdere HVZ/VVR episodes kies je een bestaande episode, bij voorkeur de episode met de grootste ziektelast, meeste complicaties, of grootste risico's. Dit wordt dan de 'werkepisode'. Voeg aan deze episode CVRM of KZ toe.
- Registreer alle verleende CVRM zorg onder deze 'werkepisode'. Bijvoorbeeld een consult, bloeddrukmeting, doppler, gewichtsmeting of thuismeting bloeddruk.
- Deze eenduidige manier van verslagleggen heeft op praktijkniveau de volgende voordelen:
  - Alle praktijkmedewerkers weten bij welke patiënten ze geen consulten moeten declareren voor controles in het kader van cardiometabole zorg.
  - Alle praktijkmedewerkers kunnen zien of de hoofdbehandelaar de huisarts is of de specialist.
  - Bij de postverwerking kun je altijd aan dezelfde episode het lab of brieven koppelen.

Promedico maakt automatisch een episodebundel CVRM aan, relevante episodes worden onder deze episodebundel gegroepeerd.

## Werken in Boards - Verwijzingen

### Diëtist

Verwijzing naar de diëtist verloopt via Boards. Bij de volgende indicaties kan verwezen worden naar de diëtist:

- Obesitas: BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>
- Hypercholesterolemie
- (Therapieresistente) hypertensie
- Chronische nierinsufficiëntie (matig tot ernstig)

En aanvullend voor diabetes:

- Bij stellen van de diagnose DM (binnen 3-6 maanden) voor basiseducatie.
- Bij start insulinetherapie (1 maal daags insuline).
- Bij overgang naar basaal bolus schema (4 maal daags insuline).
- Bij start GLP1.
- Bij comorbiditeit (hypercholesterolemie, chronische nierinsufficiëntie, overgewicht met BMI >30).

De diëtist heeft beperkte inzage in de relevante delen van het dossier (zoals medicatie en laboratoriumwaarden). Daarom is het belangrijk om bij de verwijzing via Boards alle benodigde informatie duidelijk mee te geven. In het diëtiëkboard kun je zien welke informatie voor de diëtist zichtbaar is door op de items in het dashboard te klikken.

De diëtist doet de volledige verslaglegging in Boards. Consulten van de diëtist worden vergoed vanuit de ketenzorggelden, mits de verwijzing via Boards is gedaan. De betaling verloopt vanuit Huisartsen Eemland naar de betreffende diëtist.

Via 'Delen gegevens' kan de diëtist informatie (zoals consultsamenvatting en meetwaarden) terugsturen naar het HIS, zodat deze wordt toegevoegd aan het patiëntendossier.

### **Podotherapeut bij diabetes**

De verwijzing naar de podotherapeut vindt plaats via Boards, bij de volgende indicaties:

- Bij twijfel of het Sims 1 is
- Sims 1 (zorgprofiel 1)
- Sims 2 (Zorgprofiel 2 t/m 3)
- Sims 3 (Zorgprofiel 4)

Selecteer het Voetzorg Board voor de verwijzing. Houd er rekening mee dat de podotherapeut beperkte inzage heeft in relevante onderdelen van het dossier; vermeld daarom alle benodigde informatie in de verwijzing. In het Voetzorg Board kun je zien welke gegevens voor de podotherapeut zichtbaar zijn door op de items in het dashboard te klikken.

De podotherapeut doet de verslaglegging in Boards, bij voorkeur via meetwaarden, zodat deze — zodra de functionaliteit beschikbaar is — automatisch kunnen worden teruggekoppeld naar het HIS.

Via 'Delen gegevens' kan de podotherapeut de verslaglegging en meetwaarden terugsturen naar het HIS.

### **Fundoscopie**

De aanvraag voor fundoscopie verloopt via Zorgdomein. Huisartsen Eemland heeft contracten met het Meander en met Unilabs. Het is belangrijk om naar een van deze aanbieders te verwijzen omdat de financiering van dit onderzoek onderdeel is van het ketenzorgtarief. Het gaat niet ten koste van het eigen risico van de patiënt.

**Meander:** de patiënt wordt opgeroepen voor een afspraak na verwijzing. Wanneer de patiënt opnieuw in aanmerking komt voor fundoscopie, moet een nieuwe verwijzing worden gemaakt. Dit is bij de meeste patiënten doorgaans iedere drie jaar.

**Unilabs:** Als patiënten zijn aangemeld worden ze automatisch opgeroepen door Unilabs, ook voor de vervolgcontroles volgens de richtlijn van de NHG-standaard Diabetes Mellitus type 2.

De gemaakte fundusfoto's worden te allen tijde beoordeeld door een oogarts. Mocht er aanleiding zijn om de patiënt sneller te vervolgen, dan geldt de eerste aanvraag als verwijzing en hoeft de huisarts dus niet opnieuw een verwijzing in gang te zetten.

### **Beweegaanbod**

De verwijzing naar de fysiotherapeut vindt voorlopig plaats via ZorgDomein bij de volgende indicaties:

- Perifeer arterieel vaatlijden voor gesuperviseerde looptraining

Bij obesitas verwijs via Boards naar een GLI.

Bij beweegarmoede verwijs zo nodig naar:

- Buurtsportcoach
- Sportvereniging of sportschool
- Initiatieven op wijkniveau

Alleen looptraining via fysiotherapeut bij PAV, Fontaine II, en de GLI worden vergoed vanuit de basisverzekering. Overige fysiotherapie wordt niet vergoed vanuit ketenzorg CVRM of basisverzekering. Patiënt moet hier dus aanvullend voor verzekerd zijn.

### **Behandeling overdragen aan specialist**

Wanneer de patiënt voor cardiometabole zorg wordt verwezen naar de tweede lijn, verloopt de verwijzing via ZorgDomein. In het HIS wordt de deelname aan de ketenzorg op nee gezet en wordt de specialist geregistreerd als hoofdbehandelaar. Zodra de behandeling in de tweede lijn is afgerond, kan de patiënt — indien passend — opnieuw instromen in de eerstelijns ketenzorg.

Let op: Wanneer een patiënt in de tweede lijn wordt behandeld voor diabetes of cardiovasculair risico, bijvoorbeeld via een DBC bij de interne geneeskunde, wordt de zorg tijdelijk volledig overgenomen door de tweede lijn. Gedurende deze periode kan de patiënt geen gebruik maken van de ketenpartners binnen de eerste lijn, zoals podotherapie, diëtetiek of fundusscreening. De behandelend internist kan tijdens deze periode wel separaat verwijzen naar oogarts, podotherapeut of diëtist indien nodig. Zodra de behandeling in de tweede lijn is afgerond, kan de patiënt weer terugstromen naar de cardiometabole ketenzorg in de eerste lijn.

### **Zelfmanagement patiënt**

Patiënten kunnen uitgenodigd worden om deel te nemen aan het zelfmanagementboard binnen Boards. Ze krijgen inzicht in hun eigen medische gegevens en hebben de mogelijkheid om meetwaarden door te geven zoals glucosewaarden of bloeddruk. Via de chat kan er veilig worden gecommuniceerd tussen patiënt en POH.

### **Resultaatafspraken HE: variabele beloning ketenzorgprogramma cardiometabool**

Voor het contract 2026/2027 is de volgende variabele beloning vastgesteld:

#### **Uitkomstindicator bloeddruk:**

≥65% van de patiënten jonger dan 70 jaar heeft op 1 januari een goed gereguleerde bloeddruk (spreekkamer-, ambulante- of thuismeting), vastgelegd in de afgelopen 12 maanden.

OF

Voorgaande indicator is op 1 januari verbeterd met 3-procentpunt ten opzichte van 12 maanden terug.

De voortgang van de variabele beloning op praktijkniveau is terug te vinden in het dashboard Chronische zorg in het RDP.

## Bijlagen

### Bijlage 1 - Verplichte meetwaarden

Beschrijving	Memocode + Nr. NHG	Tijdigheid
Hoofdbehandelaar	2815CVHB, 2206DMHB en/ of 2451AFHB	Ooit
Lengte patiënt	560LNGP	Ooit bij patiënt ≤ 60 jaar, 1 x per 5 jaar bij patiënt ≥ 60 jaar
Gewicht patiënt	357GEW, 2408GEW	Jaarlijks
Buikomvang (middelomtrek)	1872OMVA	Jaarlijks
Glucose (bij voorkeur nuchter)	372GLUC, 371GLUC	Jaarlijks
LDL-Cholesterol	542LDL, 2683LDLD	Ooit
Nierfunctie	3908EGCC, 3907EGFC, 524KREA, 3583KREC	12 maanden
ACR	40ALBK, 42ALBK	1x per 3 jaar (tenzij eGFR < 60 of ACR > 3)
Bloeddruk	1744RRSY, 2659RRGS, 3326RRS7, 3336RR3S	12 maanden
Roken	1739ROOK	Als nooit of voorheen, dan ooit Indien ja dan 12 maanden
Bewegen	3239NNGB of 3958BWRL	12 maanden
Aanwijzingen kwetsbaarheid (ouderenzorg)	2785AWKW	12 maanden (alleen bij 75-plussers)
<b>Aanvullend voor DM:</b>		
HbA1c	2816HBAC	12 maanden
Sims' classificatie	2196RIVU	12 maanden
Diabetische retinopathie	3923DMR7, 3924DMR7	36 maanden
<b>Aanvullend voor AF:</b>		
Echografie hart	3001ECHO	Ooit
Pols- of ventrikelfrequentie	1875POL5, 3320ECGF, 3694VFRQ	Jaarlijks

## Bijlage 2 – Verslaglegging overige HIS'sen

In deze bijlage wordt per HIS kort beschreven hoe de verslaglegging plaats dient te vinden en welke onderzoeken/protocollen wij adviseren om te gebruiken. Net als bij Promedico ASP geldt dat de meetwaarden in de onderzoeken/protocollen worden vastgelegd en de overige informatie in de SOEP onder desbetreffende ICPC. Voor de juiste verslaglegging van de CVRM verwijzen we naar: [Registratieadvies Standaard CVRM](#)

### Medicom

Je kunt gebruik maken van het protocol Chronische zorg. Klik hiervoor op protocol aanmaken en kies voor het protocol Chronische zorg (DM/HVZ/VVR/COPD/ASTMA) en vervolgens op openen.

In de eerste tab zie je de in- en exclusiecriteria, deze dienen eenmalig ingevuld te worden en bij wijziging.

Het is een uitgebreid protocol waarbij onder meer de genoemde meetwaarden uit de tabel van bijlage 1 worden gevraagd. Het is niet verplicht om alle meetwaarden uit het protocol in te voeren.

De indicatoren in de tabel van bijlage 1 zijn wel verplicht, de labwaarden hoeven niet apart ingevoerd te worden deze komen automatisch binnen als de patiënt bloed heeft laten prikken.

### MicroHIS

Je kunt gebruik maken van de bestaande onderzoeken of zelf een onderzoek aanmaken, hiervoor volg je de volgende stappen:

- Beheer
- Tabellen
- Onderhoud onderzoeken
- Nieuw
- Je zoekt het onderzoek of de meting op via de knoppen
- Dubbelklik op het gewenste onderzoek of meting
- Klik op opslaan