

DENKRAAM INTEGRATIE ZORGPROGRAMMA'S VOOR CHRONISCHE AANDOENINGEN

**DOOR:
MAARTEN KLOMP
JAN FRANS MUTSAERTS
JACCO REMPE
RENSKE NEUMANN
FREDERIK VOGELZANG**

COLOFON

© InEen, juli 2020

Leden van InEen kunnen dit document voor eigen gebruik vrijelijk kopiëren en bewerken.
Anderen kunnen daarvoor een verzoek indienen bij InEen, via info@ineen.nl.

INHOUDSOPGAVE

1 Introductie	3
Veranderingen in zorg en maatschappij	3
Ander perspectief op ziekte en gezondheid	3
Hanteerbaar en aantrekkelijk houden van de chronische zorg	3
Doorontwikkeling programmatische zorg	4
Doel van het denkraam	5
Opzet en inhoud van het denkraam	5
Actieagenda met ontwikkelpunten en onderzoeksvragen	5
Implementatie-ondersteuning	6
2 Gedeelde uitgangspunten	6
3 Reikwijdte en doelgroep	7
Zorg voor enkelvoudige chronische aandoeningen als vertrekpunt	7
Integratie van meervoudige chronische aandoeningen	8
Betrekken van andere chronische aandoeningen	8
Afzonderlijk vormgeven van de zorg voor kwetsbare ouderen	9
Zorg voor psychische aandoeningen vooralsnog buiten beschouwing	9
4 Inhoud van het zorgproces	10
Persoonsgerichte zorg	10
Aandoeningsspecifieke zorg	11
Samen Beslissen	11
5 Organisatie van het zorgproces	12
Samenwerking binnen de huisartsenvoorziening	12
Huisarts blijft spelverdeler	13
Generieke rol praktijkondersteuner en praktijkverpleegkundige (huisartsenzorg)	13
Doktersassistent benutten	14
Huisartsenzorg binnen het netwerk	14
Gebruik van e-health toepassingen	16
Kwaliteitsbeleid op Maat	16
6 Benodigde randvoorwaarden	17
Meenemen van patiënten in het veranderingstraject	17
Beschikbare capaciteit	18
Bredere deskundigheid van de praktijkverpleegkundige (huisartsenzorg)	18

Aanpassen van de organisatie en logistiek in de huisartsenpraktijk	18
Faciliteren van gegevensuitwisseling en ICT	19
Netwerkvorming	19
Regionale (implementatie) ondersteuning	20
Nieuwe en passende bekostiging	20
7 Slotsom	21
Maatwerk voor patiënten	21
Voldoening voor zorgverleners	21

1 | INTRODUCTIE

De afgelopen tien jaar is er in Nederland veel werk gemaakt van de programmatische zorg voor chronische aandoeningen. En met succes! 90% van de patiënten met diabetes type 2 krijgt tegenwoordig zorg die voldoet aan de richtlijnen en standaarden. Bij de start was dit 30%¹. Op termijn zullen de positieve resultaten op tussenmaten (o.a. cholesterolspiegels en rookgedrag) naar verwachting ook zichtbaar worden in een daling van het aantal complicaties en andere harde einduitkomsten, zoals cardiovasculaire events. Voor andere chronische zorgprogramma's (o.a. astma en cardiovasculair risicomanagement) die recenter zijn gestart, laten deze einduitkomsten nog iets langer op zich wachten. De signalen voor het leveren van zorg volgens de richtlijnen en standaarden en verbetering van tussenmaten staan voor deze aandoeningen ook op groen.

Veranderingen in zorg en maatschappij

De maatschappij en de zorg verandert. Naar verwachting zal in 2040 het aandeel chronisch zieken binnen de Nederlandse bevolking zijn gestegen tot 54%. Eén op de drie Nederlanders heeft dan 2 of meer chronische aandoeningen². Een groeiende groep zelfbewuste patiënten en zorggebruikers wil zelf regie voeren over hun leven en hun zorgproces. De betrokkenheid van mensen bij hun gezondheid biedt mogelijkheden voor preventie, leefstijlverandering en zelfmanagement. Technologische innovatie en digitalisering ondersteunen deze ontwikkelingen.

Ander perspectief op ziekte en gezondheid

Onder invloed van deze maatschappelijke veranderingen verschuift ook het denken over ziekte en gezondheid. De oorspronkelijke definitie van de World Health Organisation uit 1948 beschrijft gezondheid als: 'een toestand van compleet lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden'. De afgelopen decennia heeft gezondheid een andere betekenis gekregen. Het concept van positieve gezondheid plaatst gezondheid in een ander perspectief en definieert gezondheid als: 'het vermogen van een persoon om zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'³. Deze definitie van gezondheid geeft nieuw elan aan de invulling van persoonsgerichte zorg, één van de kernwaarden in de huisartsenzorg.

Hanteerbaar en aantrekkelijk houden van de chronische zorg

Voor de huisartsenzorg zijn deze veranderingen van grote betekenis. De toenemende omvang en complexiteit van de zorg stelt ons voor de vraag hoe we het werk voor huisartsen (en het ondersteunend personeel in de huisartsenvoorziening) hanteerbaar en aantrekkelijk kunnen houden. Het koppelen van 'Meer Tijd Voor de Patiënt' (MTVP) aan 'Samen beslissen' lijkt hiervoor een kansrijke route. Uit bestaande experimenten⁴ blijkt dat er daardoor meer ruimte ontstaat voor het goede gesprek tussen patiënt en huisarts/praktijkverpleegkundigen

¹ Het rendement van ketenzorg, Gootzen en Bonte, Medisch Contact, 27 januari 2010.

² Bron: VTV2018.nl/aandoeningen (<https://www.vtv2018.nl/aandoeningen>).

³ Huber et al (2011). How should we define health? British Medical Journal (BMJ).

⁴ Meer Tijd Voor de Patiënt in Wets-Friesland heeft effect!, gezamenlijk persbericht Zorgkoepel West-Friesland, Westfriese Huisartsenorganisatie en zorgverzekeraar VGZ, 5 november 2019.

(huisartsenzorg) en -ondersteuners, waarin professionele deskundigheid en ervaringsdeskundigheid bij elkaar worden gebracht. Hierbij wordt nadrukkelijk een beroep gedaan op de medisch-generalistische blik van de huisarts die sinds de laatste Woudschoten-conferentie één van kernwaarden van het huisartsenvak vormt⁵.

Doorontwikkeling programmatische zorg

Deze ontwikkelingen hebben ook betekenis voor de programmatische aanpak van chronische aandoeningen. Volgens de uitkomsten van de invitation conference 'De ketenzorg voorbij?', die InEen in februari 2019 organiseerde, en de aansluitende gedachtewisseling in de ledenvergadering van zorggroepen en gezondheidscentra is het tijd om de bakens te verzetten en werk te maken van:

- de omslag van gestandaardiseerde naar persoonsgerichte zorg, die meer aansluit bij de wensen en voorkeuren van individuele patiënten;
- integratie van zorgprogramma's, waarbij voor patiënten met multimorbiditeit de bestaande zorgprogramma's in elkaar worden geschoven en daarnaast ruimte wordt geboden om die te combineren met de zorg voor een aantal andere chronische aandoeningen.

Een aantal zorggroepen en regionale organisaties is al bezig met het ondersteunen van persoonsgerichte zorg en de integratie van de zorgprogramma's voor chronische aandoeningen. Tijdens de rondgang bij de zorggroepen en regionale organisaties die actief zijn op dit terrein bleek dat er verschillende aanvieligrotes worden gevolgd, uiteenlopend van een populatiegerichte aanpak voor de totale patiëntenpopulatie tot de integratie van zorgprogramma's voor de bestaande chronische aandoeningen. Uit de inventarisatie onder deze organisaties blijkt dat er behoefte bestaat aan ondersteuning bij het vormgeven van deze ontwikkeling. De ondersteuningsbehoefte heeft onder meer betrekking op:

- het bevorderen van de onderlinge uitwisseling;
- het aanreiken van instrumenten, voorbeelden en denkkaders;
- het creëren van ruimte en draagvlak voor deze ontwikkeling bij de stakeholders, zoals beroepsorganisaties, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, toezichthouders en overheid.

De zorggroepen en regionale organisaties geven aan geen behoefte te hebben aan een landelijke blauwdruk of dwingende kaders.



⁵ Kernwaarden van de huisartsenzorg, NHG, InEen, LHV, HRMO, VPH, LOVAH, IOH, LHOV, 21 januari 2019

Doel van het denkraam

Met het denkraam voorziet InEen in de behoefte bij een deel van de achterban om richting te geven aan de ontwikkeling van de integratie van programmatische chronische zorg. Het denkraam is bedoeld als denkkader dat de leden naar eigen inzicht kunnen gebruiken om de beweging naar meer integratie van zorg en ondersteuning bij chronische aandoeningen op een passende manier vorm te geven. Het denkraam schetst daarvoor de richting en beoogt geenszins een blauwdruk of panacee te zijn voor de integratie van zorgprogramma's. De doelgroep van het denkraam bestaat uit regionale huisartsen- en eerstelijnsorganisaties, zorggroepen en gezondheidscentra. Voor de aangesloten huisartsen zal InEen een 'Samenvatting voor zorgprofessionals' maken. De samenvatting voor zorgprofessionals beschrijft op toegankelijke wijze het 'gedachtegoed' uit het denkraam. Regionale huisartsen- en eerstelijnsorganisaties kunnen deze gebruiken om de nieuwe denkrichting met hun achterban te bespreken.

Opzet en inhoud van het denkraam

Met het denkraam wil InEen inzicht geven in de aspecten die bij de integratie van zorgprogramma's een rol spelen. Deze facetten van de integratie van zorgprogramma's voor chronische aandoeningen worden aan de hand van een aantal vragen nader uitgewerkt. De belangrijkste vragen zijn:

- Wat wordt precies bedoeld met integratie van zorgprogramma's, hoe ver reikt deze, en wat zijn de gedeelde uitgangspunten?
- Op welke doelgroep heeft de integratie van zorgprogramma's betrekking?
- Wat betekent de integratie van zorgprogramma's voor het zorgproces?
- Wat vraagt dit van de organisatie van het zorgproces?
- Welke randvoorwaarden zijn hiervoor nodig?
- Wat levert de integratie van zorgprogramma's op voor patiënten en zorgverleners?

Actieagenda met ontwikkelpunten en onderzoeksvragen

Aansluitend op het denkraam zullen de gesignaleerde ontwikkelpunten en (onderzoeks)vragen die uit het traject naar voren komen in een actieagenda worden verwerkt. In de actieagenda zal worden aangegeven op welke wijze de ontwikkelpunten en (onderzoeks)vragen kunnen worden opgepakt en beantwoord. Te denken valt aan:

- de inrichting van zorgprocessen;
- het stimuleren van een passend scholingsaanbod voor ondersteunend personeel in de huisartsenzorg;
- bevorderen van benodigde bij- en nascholing;
- aanpassing van de ICT-systemen o.a. gericht op het ontsluiten van het IZP en monitoring op afstand;
- verdere uitwerking van de bekostiging en contractering;
- het identificeren van veranderparameters voor het monitoren van effecten voor patiënten en zorgverleners.

Hierbij zal worden aangegeven wat InEen voor de verdere ontwikkeling van de integratie van zorgprogramma's kan betekenen en wat er van andere partijen wordt verwacht. Mogelijk kan

voor het beantwoorden van een aantal onderzoeksvragen aansluiting worden gevonden bij het project 'Ketenzorg ontketend' van het Radboudumc in Nijmegen⁶.

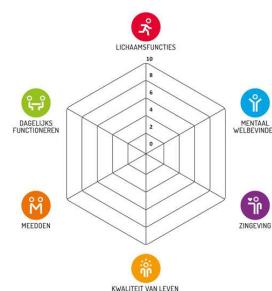
Implementatie-ondersteuning

Er bestaat bij leden een duidelijke behoefte aan implementatie-ondersteuning vanuit InEen. Goede voorbeelden, praktische tools en tips kunnen regionale organisaties helpen bij het vormgeven van de integratie van zorgprogramma's. Het [overzicht van bestaande initiatieven op LINK⁷](#) is hiervan alvast een mooi voorbeeld. De opgedane ervaringen kunnen andere leden inspireren om met de integratie van zorgprogramma's aan de slag te gaan. Ook gaat InEen de mogelijkheden verkennen voor het ondersteunen van afstemming tussen regionale huisartsen- en eerstelijnsorganisaties die met de integratie van zorgprogramma's aan de slag zijn/gaan.

2 | GEDEELDE UITGANGSPUNTEN

Uit de inventarisatie onder de leden van InEen die werken aan de integratie van zorgprogramma's voor chronische aandoeningen komt een aantal gedeelde uitgangspunten naar voren:

- Bij de integratie van zorgprogramma's zijn zorginhoudelijke overwegingen leidend. Het begint met de vraag: Welk probleem lost de integratie van zorgprogramma's op voor patiënten en zorgverleners? Hoe kan die nieuwe geïntegreerde chronische zorg er vanuit het perspectief van de patiënt in de praktijk er het beste uit zien? En op welke wijze wordt de zorg in het gesprek tussen patiënt en zorgverlener afgestemd op de behoefte van de patiënt? De financieringsvorm van die zorg is daarvan een afgeleide.
- De patiënt wordt benaderd vanuit het concept van positieve gezondheid, waarbij gezondheid breder wordt omschreven dan tot nu toe in de medische wereld gebruikelijk was, namelijk als: 'het vermogen van een persoon om zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'⁸.
- Het concept van positieve gezondheid past bij het bieden van persoonsgerichte zorg. Kern van persoonsgerichte zorg is dat een zorgverlener niet de klacht of aandoening centraal stelt, maar de persoon die de klacht presenteert. Bij de behandeling staat niet het gezondheidsprobleem centraal, maar de manier waarop de patiënt in het leven staat en zelf met het probleem omgaat.⁹
- Onder invloed van het concept van positieve gezondheid verandert de invulling van persoonsgerichte zorg. Deze verandering is de afgelopen jaren al in gang gezet en wordt versterkt door integratie van zorgprogramma's.



⁶ In het project 'Ketenzorg Ontketend' ontwikkelen, testen, evalueren en implementeren zorggroepen samen met kennisinstituten, zorgverzekeraars en ICT bedrijven een nieuw integraal zorgmodel voor mensen met chronische aandoeningen en multimorbiditeit.

⁷ LINK is het besloten deel van de website van InEen waarop de leden van InEen informatie kunnen vinden en ervaringen met elkaar kunnen uitwisselen rond relevante beleidsthema's.

⁸ Huber et al (2011). How should we define health? British Medical Journal (BMJ).

⁹ [Op weg naar eenheid van taal](#), een handreiking voor een eenduidig begrippenkader voor zelfmanagement bij chronische aandoeningen, Zelfzorg Ondersteund, november 2016.

- Het individu en de zorgverleners beslissen gezamenlijk over hoe een gezondheidsprobleem wordt opgepakt. Ze bespreken samen aard en achtergrond van het probleem, de verschillende opties om hier mee om te gaan, de voor- en nadelen van de opties en welke overwegingen belangrijk zijn voor het individu⁹.
- Bij de integratie van zorg zijn naast de patiënt vaak meerdere zorgverleners betrokken. Iedere zorgverlener levert op grond van zijn of haar competenties een bijdrage aan het zorgproces. Samen geven ze daarmee invulling aan de integrale benadering, waarbij iedere zorgverlener wordt aangesproken op zijn of haar professionele inbreng. Onderlinge afstemming en samenwerking is daarbij cruciaal. Vanwege het klinisch redeneren is daarbij ook een belangrijke rol weggelegd voor de huisarts. Het opstellen en bijhouden van het individueel zorgplan is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van huisarts en praktijkverpleegkundige (huisartsenzorg) en vormt zo de basis voor een geïntegreerde en persoonsgerichte benadering.
- In de beginjaren van de zorgprogramma's voor chronische aandoeningen heeft de gestandaardiseerde zorg haar waarde bewezen, maar steeds meer worden ook de beperkingen ervan nadrukkelijk ervaren. Het is tijd voor doorontwikkeling van standaard zorg naar persoonsgerichte zorg, die aandacht besteedt aan de specifieke aandoening(en) van een patiënt en dat doet in het perspectief van diens persoonlijke situatie, diens drijfveren, mogelijkheden, behoeften en voorkeuren. De persoonlijke doelen en zorgafspraken komen tot uitdrukking in het individueel zorgplan.
- Door deze benadering ervaren zorgverleners zelf meer professionele autonomie, minder keurslijf, minder administratieve belasting en kunnen zij meer persoonlijke aandacht besteden aan de patiënt.
- Voorkomen van doublures in de programmatische zorg voor mensen met een chronische aandoening, bijvoorbeeld bij leefstijladviezen, laboratoriumbepalingen en polyfarmacie. Ook tegenstrijdige adviezen aan patiënten zoveel mogelijk worden vermeden.
- Dit leidt naar verwachting tot positieve effecten op de 'quadruple aim' doelstellingen: ervaren gezondheid, kwaliteit van zorg, zorgkosten en werkplezier.

3 | REIKWIJDTE EN DOELGROEP

In aansluiting op de uitgangspunten uit de vorige paragraaf is het belangrijk om de reikwijdte van de doelgroep duidelijk aan te geven.

Zorg voor enkelvoudige chronische aandoeningen als vertrekpunt

Het gros van de mensen met chronische aandoeningen heeft één enkelvoudige aandoening. Veel patiënten met één van deze aandoeningen nemen deel aan de bestaande zorgprogramma's die door zorggroepen en regionale organisaties worden aangeboden. Voor hen blijft de situatie bij de integratie van zorgprogramma's grotendeels onveranderd. Zij krijgen de programmatische zorg die ze gewend zijn met nog meer aandacht voor het persoonsgerichte karakter van deze zorg en ruimte om andere (laag complexe) chronische aandoeningen te betrekken (zie Betrekken van andere chronische aandoeningen op pagina 8).

De huidige zorgprogramma's richten zich op chronische aandoeningen die in twee clusters kunnen worden ingedeeld:

- cardiometabool: diabetes type 2 en cardiovasculair risicomanagement (VVR of HVZ¹⁰);
- pulmonaal: astma en COPD.

Voor de programmatische zorg binnen een cluster gelden reeds bestaande afspraken. Zo bepalen de inclusiecriteria van InEen dat patiënten met meerdere aandoeningen uit hetzelfde cluster slechts in één zorgprogramma kunnen worden opgenomen en daarin zorg krijgen voor beide aandoeningen. Verder sluiten de zorgprogramma's VVR en HVZ elkaar wederzijds uit. Volgens de nieuwe multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement verdwijnt het onderscheid tussen deze beide patiëntengroepen steeds meer naar de achtergrond.

Integratie van meervoudige chronische aandoeningen

In het denkraam leggen we de focus op die groep patiënten die aandoeningen uit het cardiometabole cluster (DM, HVZ of VVR) combineren met een aandoening uit het pulmonale cluster (astma of COPD). Het betreft waarschijnlijk een beperkte groep van mensen met een chronische aandoening¹¹. Bij deze patiënten wordt de programmatische zorg voor hun aandoeningen daadwerkelijk geïntegreerd, zodat doublures (bijvoorbeeld rond leefstijlinterventies) worden voorkomen en patiënten ook echt één individueel zorgplan krijgen waarin aandacht wordt besteed aan meerdere aandoeningen.

Betrekken van andere chronische aandoeningen

De integratie van bestaande zorgprogramma's voor chronische aandoeningen vormt een mooie aanleiding om ook andere chronische aandoeningen op te nemen in de programmatische aanpak.

Belangrijke overwegingen bij het al dan niet toevoegen van deze aandoeningen zijn:

- vragen de betreffende aandoeningen een proactieve monitoring?
- spelen leefstijlaspecten een rol bij de betreffende aandoeningen?
- heeft de zorg voor deze aandoeningen gevolgen voor de afspraken in het individueel zorgplan?

Voorbeelden van dergelijke aandoeningen zijn jicht, hypothyreoïdie, chronische nierschade, osteoporose, reuma en hartfalen, perifere arterieel vaatlijden en atriumfibrilleren¹². De uitbreiding met andere chronische aandoeningen kan zowel bestaan uit een aanpassing van de inclusiecriteria voor bestaande zorgprogramma's (bijvoorbeeld door patiënten met atriumfibrilleren te includeren in het zorgprogramma voor hart- en vaatziekten) als het toepassen van aanvullende behandelingen (bijvoorbeeld bij osteoporose) of een combinatie van beide. Afhankelijk van de betreffende aandoeningen zal de focus daarbij verschillend zijn. Op die manier kunnen geleidelijk meerdere relevante (laag complexe) chronische aandoeningen die een patiënt heeft onderdeel worden van de persoonsgerichte benadering.

¹⁰ NHG, Multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement

¹¹ De precieze omvang van deze groep dient nader te worden onderzocht aan de hand van beschikbare declaratiegegevens en prevalentiecijfers. Uit een eerste inventarisatie onder een beperkt aantal zorggroepen blijkt dat het ongeveer 5% van de geïnccludeerde patiënten in een zorgprogramma betreft.

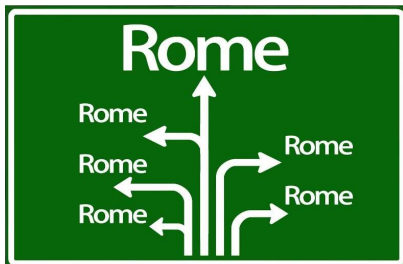
¹² Op grond van de reacties uit de consultatieronde binnen de achterban van InEen lijkt er in eerste instantie vooral animo voor uitbreiding met chronische nierschade, atriumfibrilleren en hartfalen.

Afzonderlijk vormgeven van de zorg voor kwetsbare ouderen

Vanwege de toegenomen vergrijzing en extramuralisering is het aantal thuiswonende kwetsbare ouderen de afgelopen jaren sterk toegenomen¹³. Zij combineren vaak meerdere chronische aandoeningen met psychische klachten en sociaal-maatschappelijke problemen waardoor (dreigend) regieverlies optreedt. Deze zeer kwetsbare ouderen hebben een specifieke vorm van integrale zorg en ondersteuning nodig volgens een persoonsgerichte, proactieve en samenhangende benadering met ruim aandacht voor mantelzorg¹⁴. Voor deze specifieke doelgroep zijn door meerdere zorggroepen en regionale organisaties in de afgelopen jaren speciale zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen opgezet. Vanwege het bijzondere karakter van deze zorg blijft deze zorg bij de verdere uitwerking van dit denkraam buiten beschouwing.

Zorg voor psychische aandoeningen vooralsnog buiten beschouwing

De zorg voor psychische aandoeningen blijft vooralsnog ook buiten de scope van dit denkraam. Belangrijke reden is dat deze zorgvragen doorgaans tijdelijk of recidiverend van aard zijn en slechts voor een deel een chronisch karakter hebben. Daarnaast is het gegeven dat de zorg voor psychische aandoeningen tot op heden nog niet op grote schaal op programmatische basis wordt verleend een argument om deze zorg bij de integratie van zorgprogramma's vooralsnog buiten beschouwing te laten.



Vanwege de complexiteit, uiteenlopende omstandigheden en verschillende mogelijkheden kunnen regionale organisaties hun eigen weg bewandelen. Zo kan het zijn dat de ene organisatie kiest voor integratie van vrijwel alle voorkomende (chronische) aandoeningen, terwijl een andere organisatie de keuze maakt voor een selectie van chronische aandoeningen of begint met de integratie van bestaande zorgprogramma's voor chronische aandoeningen. Het

denkraam gaat uit van deze laatste benadering en schetst wat dit betekent voor inhoud en organisatie van het zorgproces en welke randvoorwaarden daarvoor nodig zijn.

Door ervaringen met elkaar te blijven uitwisselen kunnen regionale organisaties van elkaar leren. Gemeenschappelijke vraagstukken en ontwikkelpunten kunnen door InEen worden geadresseerd en voorzien van praktische tips en tools. Het denkraam met daaraan gekoppeld een actieagenda en een implementatieplan schetst daarbij vooral de richting en beoogt geenszins een blauwdruk of vastomlijnd stappenplan te zijn.

¹³ 'Advies Oud en zelfstandig in 2030. Een reisadvies.' Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen, 2020.

¹⁴ In juli 2019 is vanuit het Plan van Aanpak Zorg voor kwetsbare ouderen de handreiking 'Kwetsbare ouderen thuis, handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk' ontwikkeld, waarin de zorg en ondersteuning voor thuiswonende kwetsbare ouderen staat volgens een 6-stappenplan staat beschreven.

4 | INHOUD VAN HET ZORGPROCES

Het zorgproces gaat uit van de persoon binnen diens eigen context en inclusief zijn of haar chronische aandoeningen en krijgt vorm in de behandelrelatie met de zorgverlener. In het gesprek met de patiënt gaat het er vooral om zijn of haar motivatie, mogelijkheden en behoeften boven tafel te krijgen en zorg hierop te laten aansluiten. De principes van persoonsgerichte zorg en 'samen beslissen' vormen hiervoor de basis. Ook bij het bieden van persoonsgerichte zorg blijft de zorg voor specifieke chronische aandoeningen onverminderd van groot belang. De professionele inbreng van zorgverleners bij deze zorg is gebaseerd op de wetenschappelijke richtlijnen en standaarden. In het zorgproces zal een evenwicht gevonden moeten worden tussen deze professionele inbreng en de wensen, voorkeuren en ervaringsdeskundigheid van patiënten.

Persoonsgerichte zorg

Persoonsgerichte zorg is een manier om zorg op maat te bieden aan mensen met een gezondheidsprobleem. Kern van persoonsgerichte zorg is dat de zorgverleners niet de klacht of aandoening centraal stellen, maar de persoon die de klacht presenteert. Bij de behandeling staat niet het gezondheidsprobleem centraal, maar de manier waarop de patiënt in het leven staat en zelf met het probleem omgaat¹⁵. Daarbij kunnen ook lotgenoten, mantelzorgers, ICT en eHealth de patiënt ondersteunen. De mate waarin professionele zorg wordt ingezet, kan variëren. De professionele zorg houdt rekening met de individuele kenmerken van de patiënt en diens context. Een persoonsgerichte benadering besteedt zowel aandacht aan medische en somatische aspecten als aan psychische en sociaal-maatschappelijke aspecten van een chronische aandoening. Van de persoon met een chronische aandoening wordt een actieve rol verwacht terwijl zorgverleners steeds meer als coach gaan functioneren.



Voor de uitwerking van persoonsgerichte zorg en 'samen beslissen' wordt verwezen naar het plan van aanpak voor verbreding en opschaling van persoonsgerichte zorg dat eind 2018 in de algemene ledenvergadering van InEen is vastgesteld¹⁶. Het plan van aanpak voor verbreding en opschaling van persoonsgerichte zorg borduurt voort op de handreiking 'Gezamenlijke besluitvorming' die InEen in samenwerking met het NHG, Zuyd Hogeschool, Universiteit Maastricht en andere betrokken partijen¹⁷ ontwikkelde in opdracht van het Zorginstituut Nederland.

¹⁵ [Op weg naar eenheid van taal](#), een handreiking voor een eenduidig begrippenkader voor zelfmanagement bij chronische aandoeningen, Zelfzorg Ondersteund, november 2016.

¹⁶ De instrumenten en producten uit het plan van aanpak voor persoonsgerichte zorg en de handreiking voor gezamenlijke besluitvorming zijn beschikbaar via het kennisbankdossier 'Persoonsgerichte zorg' op LINK. Verwijzing opnemen naar het Plan van aanpak voor implementatie van persoonsgerichte zorg op LINK. LINK is het besloten deel van de website van InEen waarop de leden van InEen informatie kunnen vinden en ervaringen met elkaar kunnen uitwisselen rond relevante beleidsthema's.

¹⁷ Andere betrokken partijen bij het ontwikkeltraject van de handreiking: De Ondernemende Huisarts, Huisartsenopleiding VUmc en Patiëntenfederatie Nederland. De handreiking staat op de [website van het NHG](#).

Aandoeningsspecifieke zorg

Ook bij het bieden van persoonsgerichte en integrale zorg blijft zorg voor de specifieke aandoening(en) een cruciale rol spelen. De medisch-inhoudelijke richtlijnen en zorgstandaarden vormen hiervoor onverminderd het uitgangspunt. Ze beschrijven immers wat volgens de laatste stand van de wetenschap in de praktijk van belang is en verwoorden het advies aan de patiënt vanuit het professioneel perspectief. De zorgverlener brengt daarom in het consult de overwegingen uit de richtlijnen en zorgstandaarden in, licht deze zo nodig toe en bespreekt de uitslagen van lab- en functieonderzoek. Daarnaast informeert zij naar de drijfveren, mogelijkheden, wensen en voorkeuren van de patiënt vanuit diens persoonlijke leefsituatie, waarna samen beslissen leidt tot het individueel zorgplan. Leefstijl vormt in de verschillende bestaande zorgprogramma's een belangrijk thema. De benadering van leefstijl is veelal generiek en verschilt bij de betreffende chronische aandoeningen niet of nauwelijks. De integratie van zorgprogramma's biedt mogelijkheden voor een efficiëntere organisatie van leefstijladvisering en -begeleiding. Door de zorgprogramma's te integreren kunnen doublures, overlap en tegenstrijdige adviezen worden verminderd.

Samen Beslissen

In het proces van samen beslissen worden vervolgens afspraken gemaakt over de wijze waarop de zorg vorm krijgt, hoe vaak, wanneer en door wie de zorg wordt geboden, wat de patiënt en zijn omgeving daarin zelf kunnen betekenen (denk aan zelfmanagement), welke begeleiding en ondersteuning daarbij nodig is, hoe het verloop wordt gevolgd en geëvalueerd en welke resultaten daarmee worden beoogd. Verminderde gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid vragen daarbij speciale aandacht, bijvoorbeeld in achterstandswijken en bij mensen met verstandelijke beperkingen. De nadere invulling en uitwerking van deze afspraken is afhankelijk van de aanwezige multimorbiditeit en de mate waarin een patiënt goed voor zichzelf kan zorgen. De afspraken worden per patiënt vastgelegd in één individueel zorgplan, waarin zowel ruimte is voor aandoenings-overstijgende als -specifieke afspraken. Het Individueel Zorgplan is een dynamische set van afspraken van het individu en de zorgverleners over zorg én zelfmanagement. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van het individu. Zij komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand. Dit vormt de kern van het proces van individuele zorgplanning¹⁸. In het individuele zorgplan wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan de verantwoordelijkheid die de patiënt zelf voor zijn of haar gezondheid kan nemen. Daarmee wordt het individueel zorgplan in wezen een integraal onderdeel van een Individueel Gezondheids Plan (IGP)¹⁹, dat verder reikt dan de zorg en past bij het concept van positieve gezondheid.

¹⁸ [Op weg naar eenheid van taal](#) Een handreiking voor een eenduidig begrippenkader voor zelfmanagement bij chronische aandoeningen, Zelfzorg Ondersteund, november 2016.

¹⁹ De term 'Individueel Gezondheidsplan' werd in de InEen Werkgroep Integratie Zorgprogramma's naar voren gebracht en kan als ontwikkelpunt op de actieagenda verder worden uitgewerkt.

5 | ORGANISATIE VAN HET ZORGPROCES

Het aangrijpingspunt voor de integratie van zorgprogramma's voor chronische aandoeningen is de huisartsenvoorziening. Onder invloed van de integratie van zorgprogramma's en het leveren van persoonsgerichte zorg raakt de huisartsenvoorziening steeds intensiever betrokken bij het netwerk rond de huisartsenzorg. Als onderdeel van het netwerk werkt de huisartsenzorg nauw samen met andere domeinen en disciplines. Deze netwerkvorming is nodig om via persoonsgerichte zorg te werken aan positieve gezondheid en sluit aan bij de nieuwe kernwaarde 'gezamenlijk' in de huisartsenzorg²⁰.

Binnen een huisartsenpraktijk leveren verschillende zorgverleners een bijdrage aan het organiseren van de zorg voor mensen met een chronische aandoening. De integratie van zorgprogramma heeft ook betekenis voor de benodigde en aanwezige competenties van de betrokken zorgverleners in de huisartsenvoorziening. Het werken volgens een generalistische benadering wordt daarbij steeds belangrijker. In toenemende mate zal daarvoor in de huisartsenpraktijk ook generalistisch opgeleid ondersteunend personeel zoals verpleegkundig specialisten en praktijkverpleegkundigen (huisartsenzorg) worden ingezet. De verwachting is overigens dat deze rol- en taakverdeling onder invloed van krapte op de arbeidsmarkt in toenemende mate meer flexibiliteit zal vragen. Het garanderen van de veiligheid, kwaliteit en continuïteit blijft daarbij onverminderd belangrijk.

Samenwerking binnen de huisartsenvoorziening

Vooraf bij de meest complexe patiënten met multimorbiditeit zal de huisarts bij een geïntegreerd zorgprogramma vanwege de benodigde medisch-inhoudelijke blik in veel gevallen een start maken met het zorgproces en het opstellen van een individueel zorgplan. Het streven is om te komen tot één plan per patiënt dat aansluit bij de persoonlijke levenssituatie. Voor de betrokken zorgverleners ontstaat daarmee duidelijkheid over de overeengekomen behandeldoelen, afgesproken acties en wie hiervoor verantwoordelijk zijn. De bedoeling is het individueel zorgplan in te zetten ter ondersteuning van het zorgproces zonder dat het de administratieve last verhoogt. Afhankelijk van de complexiteit kan de huisarts de zorgcoördinatie overdragen aan een ondersteunde functie binnen de praktijk, bijvoorbeeld de praktijkverpleegkundige (huisartsenzorg), verpleegkundig specialist of POH, eventueel met afspraken over gedeelde zorg. Bij de meest complexe patiënten blijft de huisarts doorgaans betrokken als casemanager. Voor minder complexe patiënten zal een praktijkverpleegkundige (huisartsenzorg) meestal deze rol vervullen. Over de rollen van de huisarts en de andere praktijkmedewerkers in een geïntegreerd zorgprogramma worden in de praktijk in onderling overleg passende afspraken gemaakt. Hetzelfde geldt voor de precieze taakverdeling tussen de huisarts en praktijkverpleegkundige (huisartsenzorg), verpleegkundig specialist en POH. De invulling zal per praktijk verschillen. Aan de hand van het individuele zorgplan evalueren de huisarts en de betrokken (ondersteunende) zorgverleners in samenspraak de situatie van de patiënt. De patiënt speelt daarbij steeds vaker ook zelf een belangrijke rol.

²⁰ Kernwaarden van de huisartsenzorg, NHG, InEen, LHV, HRMO, VPH, LOVAH, IOH, LHOV, 21 januari 2019.

Huisarts blijft spelverdeler

De huisarts houdt supervisie over de zorg, de behandeling en het medicatiebeleid en blijft hiervoor eindverantwoordelijk. De huisarts²¹:

- stelt de diagnose en geeft de aanzet voor behandeling;
- beoordeelt (eventueel taak praktijkverpleegkundige (huisartsenzorg)/verpleegkundig specialist) wie in aanmerking komt voor deelname aan het integrale zorgprogramma;
- ziet indien nodig patiënten voor een jaarlijks consult i.s.m. de praktijkverpleegkundige (huisartsenzorg);
- beoordeelt eventueel samen met de praktijkverpleegkundige (huisartsenzorg) de uitslagen van alle onderzoeken;
- stelt een individueel behandelplan op voor meest complexe patiënten en start de uitvoering;
- is verantwoordelijk voor de medicamenteuze behandeling;
- verwijst indien nodig naar andere disciplines;
- monitort samen met de praktijkverpleegkundige (huisartsenzorg) de uitvoering van het individueel zorgplan en evalueert het verloop;
- is verantwoordelijk voor de juiste wijze van declareren binnen het zorgprogramma;
- instrueert de praktijkverpleegkundige (huisartsenzorg) en doktersassistente hoe te handelen bij extra handelingen binnen het zorgprogramma.

Generieke rol praktijkondersteuner en praktijkverpleegkundige (huisartsenzorg)

Bij de integratie van zorgprogramma's krijgen de praktijkondersteuner en praktijkverpleegkundige (huisartsenzorg) een meer generieke rol die gericht is op het bieden van persoonsgerichte zorg en een bredere blik op meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd. Dit betekent meer aandacht voor persoonsgerichte zorg en samen beslissen en gestandaardiseerd/geprotocolleerd blijven werken voor zover de richtlijnen en zorgstandaarden dat vragen (zie pagina 10/11). Ook is aandacht nodig voor de aanvullende chronische aandoeningen, zoals chronische nierschade, atriumfibrilleren en hartfalen. Voor de huidige praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen kan dit een ingrijpende verandering betekenen die het werk enerzijds interessanter en anderzijds uitdagender maakt. Het zal per praktijk en persoon verschillen in hoeverre het huidige ondersteunende personeel deze nieuwe rol kan vervullen. De POH of praktijkverpleegkundige (huisartsenzorg) voert het zorgprogramma uit onder supervisie en verantwoordelijkheid van de huisarts en heeft daarbij de volgende taken²²:

- stelt voor patiënten met multimorbiditeit en minder complexe zorgvragen in overleg met de huisarts en de patiënt een individueel zorgplan op, waarin zelfmanagement doorgaans een rol speelt;
- geeft uitleg en educatie over de diverse onderwerpen en speelt hierbij in op de behoefte van de patiënt;
- geeft follow-up aan het behandelplan en evalueert dit met de huisarts;
- zorgt voor registratie van de indicatoren in het zorgdossier (HIS/KIS);
- verwijst in overleg met de huisarts indien nodig naar andere disciplines;
- neemt deel aan scholingen en trainingen om de kwaliteit van de zorg te waarborgen;
- is medeverantwoordelijk voor de juiste wijze van declareren binnen het zorgprogramma;

²¹ Overgenomen uit: Zorgprogramma Integrale chronische zorg 2018-2019 Deel 1, Cohesie, Venlo.

²² Overgenomen uit: Zorgprogramma Integrale chronische zorg 2018-2019 Deel 1, Cohesie, Venlo.

- instrueert de doktersassistente hoe te handelen bij extra handelingen en bepalingen in het kader van het zorgprogramma.

Er zal veel geïnvesteerd moeten worden in de kennis en vaardigheden van het ondersteunend personeel en er zal goed moeten worden gekeken wie de juiste competenties heeft om deze rol te vervullen (POH met verpleegkundige achtergrond, praktijkverpleegkundige (huisartsenzorg), physician assistent en/of verpleegkundig specialist). Het bevorderen van opleiding en training, intervisie en coaching en begeleiding levert een bijdrage aan het proces van gedragsverandering (zie hoofdstuk 6 Benodigde Randvoorwaarden op pagina 17 voor een nadere toelichting).

Doktersassistent benutten

Naast samenwerkingsafspraken tussen de huisarts en praktijkverpleegkundige (huisartsenzorg), praktijkondersteuner (en eventueel verpleegkundige specialist) is ook een goede taakverdeling met de doktersassistenten belangrijk. Het is zinvol om binnen het team in de huisartsenpraktijk te bespreken wat een doktersassistent in de praktijk kan betekenen. De doktersassistenten zijn vaak het eerste aanspreekpunt voor patiënten. Binnen de huisartsenpraktijk ondersteunen doktersassistenten onderdelen uit de zorg voor patiënten met een chronische aandoeningen. In aanvulling op het agendabeheer en het regelen van laboratoriumaanvragen kan een praktijk er voor kiezen assistentes te betrekken bij het uitvoeren van metingen zoals: bloeddruk (indien nodig ECG, 30-minuten of 24-uursbloeddrukmetingen thuis), bloedglucose, spirometrie, lengte en gewicht en enkel-arm indexmetingen. Deze afspraken dienen vastgelegd te worden in de werkafspraken van de assistente²³.

Huisartsenzorg binnen het netwerk

De integratie van zorgprogramma's stopt niet bij de drempel van de huisartsenpraktijk. Het is een ontwikkeling die verder reikt dan de huisartsenvoorziening en ook betrekking heeft op het netwerk waarvan de huisartsenzorg onderdeel uit maakt. De integratie van zorgprogramma's vraagt dat de huisartsenzorg verbindingen legt met andere domeinen en disciplines. Deze netwerkvorming kent verschillende verschijningsvormen, zoals:

- verwijs- en terugverwijsafspraken die duidelijk aangeven wanneer patiënten worden verwezen en worden teruggenomen;
- consultatiefunctie, waarbij medisch specialisten of andere zorgverleners meekijken en adviseren over de behandeling van patiënten;
- shared-care, waarbij een medisch specialist of andere zorgverlener samen met de huisarts de benodigde zorg of behandeling samen uitvoeren;
- transmurale zorg, waarbij patiënten vanuit het ziekenhuis of andere instelling worden begeleid naar de thuissituatie.

De verschillende verschijningsvormen zijn gebaseerd op onderling vertrouwen, afstemming en samenwerking. Het creëren van deze gezamenlijke basis vraagt voortdurend aandacht en permanent onderhoud. Dit begint met elkaar leren kennen om vervolgens aan de hand van gedeelde ervaringen met elkaar vertrouwd te raken en op die manier een samenwerkingsrelatie op te bouwen. Gezamenlijke training, bij- en nascholing en intervisie blijken daarbij zeer behulpzaam. Voor de onderlinge samenwerking gelden spelregels die kunnen worden vastgelegd in wederkerige samenwerkingsafspraken.

²³ Overgenomen uit: Zorgprogramma Integrale chronische zorg 2018-2019 Deel 1, Cohesie, Venlo.

In het vervolg van deze paragraaf wordt een aantal relevante samenwerkingspartners benoemd (niet limitatief).

Sociaal domein

Vanuit het sociaal domein kunnen welzijnswerk en gemeenten een bijdrage leveren aan preventieve activiteiten. Denk hierbij aan het organiseren van leefstijlmarkten, kookworkshops, supermarktrondleidingen of het bevorderen van de toegankelijkheid van het sportaanbod in wijken en dorpen via sportclubs. Via Welzijn op Recept²⁴ zijn in het land prachtige voorbeelden ontstaan van samenwerkingsverbanden in de wijk die veel kunnen betekenen voor mensen met chronische aandoeningen. Ook het aanbieden van een groepsaankpak blijkt een krachtige manier om mensen in beweging te krijgen en elkaar te laten ondersteunen, met als resultaat een positief effect op de gezondheid (zie hiervoor bijvoorbeeld de Nationale Diabetes Challenge van de Bas van der Goor Foundation²⁵). Het bewerkstelligen van regelmatige contacten tussen de huisartsenpraktijk en het sociaal domein bevordert de samenwerking en onderlinge samenhang. Gezamenlijke training en scholing en mogelijkheden voor multidisciplinaire intervisie kunnen hieraan bijdragen.

Farmaceutische zorg in de apotheek

De apotheker is een belangrijke samenwerkingspartner met het oog op medicatiebeoordeling bij polyfarmacie, het bevorderen van therapietrouw, medicatiebegeleiding en -bewaking en andere vormen van farmaceutische zorgverlening.

Medisch specialistische zorg in het ziekenhuis

Met de medisch specialistische zorg in het ziekenhuis kunnen regionale transmurale afspraken worden gemaakt o.a. over het aanvragen van diagnostiek en het hanteren van een regionaal formularium. De samenwerking biedt ook mogelijkheden voor afspraken over intensivering van consultatie en gedeelde zorg ('shared care') bij complexe patiënten. Vanwege de beweging naar de 'Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP)' neemt het belang van samenwerking tussen huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg verder toe.

Paramedische disciplines

De zorg voor mensen met een chronische aandoening kan daarnaast worden ondersteund door andere (paramedische) disciplines, zoals (niet limitatief): diëtetiek, fysiotherapie en voetzorg. Vanuit hun specifieke deskundigheid kunnen paramedische zorgverleners een belangrijke bijdrage leveren aan de zorg voor mensen met meerdere chronische aandoeningen. Juist bij patiënten met een complexe zorgvraag kan deze specifieke expertise zeer nuttig zijn, zoals bijvoorbeeld dieetadvies bij ongewenst gewichtsverlies of gerichte trainingsvormen voor mensen met COPD.

²⁴ Bij Welzijn op recept verwijst een zorgverlener in de huisartsvoorziening de patiënt naar een zogenaamd 'welzijnsarrangement' van de welzijnsorganisatie. Deze arrangementen bestaan uit interventies die het welbevinden van mensen verhogen, zoals creatieve activiteiten, vrijwilligerswerk, sport en bewegen of een combinatie hiervan. De lokale ontwikkeling van de arrangementen is een cruciaal onderdeel van de aanpak, omdat alleen zo arrangementen passend bij de patiëntenpopulatie en de mogelijkheden van de welzijnsorganisatie geboden kunnen worden.

²⁵ Onderzoekresultaten Nationale Diabetes Challenge, Flim, Huisman, Regeer, Bilo en Fokkert, 2016.

Gebruik van e-health toepassingen

In aansluiting op het bieden van persoonsgerichte zorg zal per patiënt ook nadrukkelijker worden gekeken of deze goed in staat is een actievere rol in het eigen zorgproces te vervullen. Monitoring op afstand en e-health toepassingen bieden hiervoor nieuwe mogelijkheden. Hoewel de mogelijkheden voor (ondersteunde) zelfmanagement per persoon verschillen, zal er in de nabije toekomst veelvuldiger gebruik worden gemaakt van monitoring op afstand en e-health toepassingen, zoals: het thuismeten van bloeddruk, bloedglucose, stappentellers, lengte en gewicht etc. De wijze waarop tijdens de uitbraak van het coronavirus gebruikt wordt gemaakt van monitoring op afstand en e-health biedt perspectief voor deze ontwikkeling. Naar verwachting zal de toenemende krapte op de arbeidsmarkt van doktersassistenten, praktijkondersteuners, (praktijk)verpleegkundigen en regionale huisartsentekorten de urgentie verhogen en het implementatieproces versnellen. De geslaagde implementatie van e-health toepassingen staat of valt met de integratie en koppeling van applicaties in HIS'en, KIS'en en PGO's

Kwaliteitsbeleid op Maat

Het nieuwe 'Kwaliteitsbeleid op Maat'²⁶ dat samen met de leden van InEen is ontwikkeld, zal de integratie van zorgprogramma's voor chronische aandoeningen versterken. Volgens het 'Kwaliteitsbeleid op Maat' is intervisie op basis van bruikbare spiegelinformatie een effectieve manier om het leren en verbeteren (de kern van het nieuwe kwaliteitsbeleid) in de praktijk te brengen. Deze benadering past bij het complexe verandertraject dat de integratie van zorgprogramma's voor chronische aandoeningen met zich meebrengt. Als vervolg op de introductie van het 'Kwaliteitsbeleid op Maat' werkt InEen daarom samen met haar leden aan een implementatieplan om de informatievoorziening en uitwisseling van ervaringen met het nieuwe kwaliteitsbeleid te bevorderen. Het implementatieplan voorziet onder andere in regionale bijeenkomsten, webinars en vlogs om de implementatie te ondersteunen. Op de digitale bouwplaats op LINK²⁷ kunnen leden van InEen op dit moment al de nodige informatie vinden over het Kwaliteitsbeleid op Maat.

Het verzamelen van medisch inhoudelijke indicatoren als bron van spiegelinformatie blijft voor het nieuwe kwaliteitsbeleid en de integratie van zorgprogramma's essentieel. De integratie van zorgprogramma's plaatst de (huisartsen)zorg voor nieuwe vraagstukken rond het monitoren van persoonsgerichte zorg. Vanwege de eerder genoemde balans tussen aandoeningsspecifieke zorg en persoonsgerichte zorg (zie hoofdstuk 4 op pagina 10) blijven de bestaande aandoeningsspecifieke indicatoren daarbij van belang. Voor het volgen van trendmatige ontwikkelingen en als balansmaat (blijft de aandoeningsspecifieke zorg op niveau?). Ook het monitoren van praktijkvariatie maakt het inzetten van deze indicatoren noodzakelijk. De integratie van zorgprogramma's voor chronische aandoeningen vraagt ook vernieuwende indicatoren die betrekking hebben op het functioneren van patiënten met meerdere chronische aandoeningen en het monitoren van veranderingen in de organisatie van het zorgproces. Via de innovatieset gekoppeld aan de landelijke benchmark 'Transparante Ketenzorg' wordt ruimte geboden voor het ondersteunen van deze ontwikkeling. Om ook de andere bronnen van spiegelinformatie te benutten voor het leren en verbeteren van de kwaliteit, werd een pilot

²⁶ Kwaliteitsbeleid op Maat, InEen, 2019.

²⁷ LINK is het besloten deel van de website van InEen waarop de leden van InEen informatie kunnen vinden en ervaringen met elkaar kunnen uitwisselen rond relevante beleidsthema's.

uitgevoerd met de PREM Chronische Zorg²⁸ en worden mogelijkheden verkend om ervaring op te doen met de regionale praktijkspiegels van VEKTIS. Een aantal zorggroepen probeert via een 'Belevingsmonitor' ook inzicht te krijgen in de tevredenheid van zorgverleners en andere medewerkers. In hun onderlinge samenhang geven deze bronnen van spiegelinformatie een geïntegreerd beeld van de ontwikkelingen op de 'quadruple aim doelstellingen': ervaren gezondheid, kwaliteit van zorg, zorgkosten en werkplezier.

6 | BENODIGDE RANDVOORWAARDEN

Voor het inrichten en organiseren van de zorgprocessen die horen bij de integratie van zorgprogramma's voor chronische aandoeningen is een aantal randvoorwaarden noodzakelijk. Het gaat hierbij onder meer om:

- het meenemen van patiënten in het veranderingstraject;
- de beschikbare capaciteit;
- bredere deskundigheid van de praktijkverpleegkundige (huisartsenzorg);
- het aanpassen van de organisatie en logistiek in de huisartsenpraktijk;
- het faciliteren van gegevensuitwisseling;
- het maken van samenwerkingsafspraken;
- regionale (implementatie) ondersteuning;
- nieuwe en passende bekostiging.

Bij de uitwerking van de randvoorwaarden is sprake van een zekere gelaagdheid met een onderscheid naar verschillende niveaus (praktijk, wijk, regionaal en landelijk). De integratie van zorgprogramma's voor bestaande chronische aandoeningen vraagt randvoorwaarden op al deze niveaus. In dit hoofdstuk worden de noodzakelijke voorwaarden voor de integratie van zorgprogramma's op verschillende niveaus beschreven.

Meenemen van patiënten in het veranderingstraject

De integratie van zorgprogramma's voor chronische aandoeningen betekent ook een verandering voor patiënten. Het is belangrijk patiënten hierin mee te nemen, zodat ze weten wat ze van deze nieuwe aanpak mogen verwachten. In plaats van een consulten per chronische aandoening zal vanuit een persoonsgerichte benadering gelijktijdig aandacht worden besteed aan meerdere chronische aandoeningen. In het zorgproces wordt daarbij een actieve rol van de patiënten verwacht. Via het proces van samen beslissen krijgen behandeldoelen en -afspraken een meer persoonsgericht karakter. Aan de hand van de '3 goede vragen'²⁹ en andere hulpmiddelen kunnen patiënten zich voorbereiden op het 'goede gesprek' met de zorgverleners. De bewustwording en motivatie van patiënten over hun rol in het zorgproces zal moeten worden

²⁸ De PREM Chronische Zorg is een generieke vragenlijst voor het meten van patiëntervaringen met de chronische zorg.

²⁹ Binnen de zorg is al veel aandacht voor samen beslissen. De 3 goede vragen zijn een eenvoudige manier om hier verder praktische invulling aan te geven. Kijk voor meer informatie over de 3 goede vragen op: <https://3goedevragen.nl/>.

ondersteund met een publiekscampagne³⁰. Parallel aan zo'n campagne zijn andere interventies nodig die zich richten op gedragsverandering, zoals opleiding en scholing van professionals (zie Samen beslissen op pagina 11).

Beschikbare capaciteit

Over de gehele linie is de beschikbaarheid van voldoende menskracht een nijpend probleem. Er zijn landelijke tekorten aan huisartsen, praktijkondersteuners en -verpleegkundigen, doktersassistenten, wijkverpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde, met aanzienlijke regionale verschillen in gebrek aan capaciteit. Het tekort aan voldoende geschoold personeel binnen en buiten de huisartsenzorg kan enerzijds een belemmering vormen voor de integratie van zorgprogramma's van chronische aandoeningen. Tegelijkertijd biedt het arbeidsmarktvraagstuk ook een kans om vanuit efficiëntieoverwegingen de integratie van zorgprogramma's te versnellen. Het oplossen van de krapte op de arbeidsmarkt is een overstijgend vraagstuk dat een landelijke aanpak vraagt. Vanuit InEen volgen we deze ontwikkelingen op de voet en leveren we binnen onze mogelijkheden een bijdrage aan het oplossen van de arbeidsmarktproblematiek.

Bredere deskundigheid van de praktijkverpleegkundige (huisartsenzorg)

De integratie van zorgprogramma's vraagt praktijkondersteuners met een generiek profiel die in staat zijn op een aandoeningsoverstijgende wijze invulling te geven aan het leveren van persoonsgerichte zorg. Dit betekent een bredere blik en het gelijktijdig combineren van kennis en expertise over meerdere chronische aandoeningen. Hiervoor is een HBO opleiding of HBO werk- en denkniveau noodzakelijk. De HBO-opgeleide praktijkondersteuner onderscheidt zich hiermee van de praktijkondersteuner met een MBO-achtergrond die vooral is opgeleid voor het uitvoeren van meer gestandaardiseerde en protocollende werkzaamheden. In aanvulling op de initiële opleiding en de aanwezige competenties vraagt de integratie van zorgprogramma's ook permanente aandacht voor de ontwikkeling van kennis en vaardigheden op het gebied van persoonsgerichte zorg en samen beslissen. Het aanbieden van opleidingen en trainingen is hiervoor niet voldoende. De ervaringen uit bestaande initiatieven leert dat er vooral ook permanente begeleiding en coaching in de praktijk nodig is om de persoonsgerichte benadering onder de knie te krijgen. Gezamenlijke scholing en intervisie aan de hand van videobesprekingen blijken hiervoor een effectieve methodiek.

Aanpassen van de organisatie en logistiek in de huisartsenpraktijk

Als aangrijpingspunt voor de integratie van zorgprogramma's brengt deze ontwikkeling ook veranderingen met zich mee voor de organisaties en logistiek in de huisartsenpraktijk. Om de integratie van zorgprogramma's te kunnen realiseren zijn meerdere aanpassingen nodig, zoals:

- het inrichten van een oproepsysteem voor aanvullende aandoeningen (o.a. chronische nierschade, hartfalen en atriumfibrilleren);
- afspraken met diagnostische centra over het aanvragen van gecombineerde lab- en functieonderzoeken voor meerdere aandoeningen;

³⁰ Vanuit het landelijke programma 'Ontwikkeling Uitkomstgerichte zorg 2018-2022' wordt door de Patiëntenfederatie Nederland in samenwerking met FMS, NFU, NVZ, V&VN, NHG (i.o.m. LHV), InEen, ZN, VWS en Pharos een publiekscampagne voorbereid als vervolg op eerdere campagnes 'Betere Zorg begint met een goed gesprek' (medisch-specialistische zorg) en 'Help de dokter met een goed gesprek (huisartsenzorg)'.

- het inregelen van uitgebreidere consulten met de praktijkverpleegkundige (huisartsenzorg), waarbij meerdere aandoeningen gelijktijdig kunnen worden besproken;
- het gecombineerd voorschrijven en afleveren van medicatie voor meerder chronische aandoeningen;
- het aanpassen van de informatiesystemen, zodat de gegevens in samenhang kunnen worden geregistreerd en uitgewisseld.

Voor deze en andere aanpassingen in de organisatie en logistiek van een huisartsenpraktijk is implementatieondersteuning nodig die deels door praktijkmanagers kan worden geboden. Ook op regionaal niveau is ondersteuning nodig om de benodigde veranderingen te realiseren (zie regionale (implementatie)ondersteuning op pagina 20).

Faciliteren van gegevensuitwisseling en ICT

Een passend ICT-systeem is cruciaal ter ondersteuning van de registratie tijdens het zorgproces. De registratie heeft zowel betrekking op het vastleggen van aandoeningsspecifieke als aandoeningsoverstijgende aspecten zorgproces (zie hoofdstuk 4 op pagina 10). Deze aandoeningsspecifieke en -overstijgende afspraken moeten per patiënt kunnen worden opgeslagen in één individueel zorgplan dat wordt ondersteund door een HIS, KIS, PGO of combinatie van systemen waardoor gegevens kunnen worden uitgewisseld. Alleen op deze manier maakt de benodigde gegevensuitwisseling (o.a. van overeengekomen behandeldoelen en -afspraken uit het individueel zorgplan) tussen de betrokken zorgverleners en met de patiënt kans van slagen. Ook moet het ICT systeem ondersteuning kunnen bieden bij monitoring op afstand en de integratie van e-health toepassingen. De inrichting van de ICT laat in een aantal huisartsenpraktijken nog te wensen over en blijkt een lastig te nemen horde. Dit vraagt van zorggroepen en regionale organisaties het formuleren van een goed doordacht en samenhangend informatiebeleid inclusief een bijbehorend programma van eisen voor de ICT-systemen.

Netwerkvorming



Zoals hiervoor beschreven stelt de integratie van zorgprogramma's niet alleen eisen aan de samenwerking binnen een huisartsenpraktijk, maar ook aan de netwerkvorming met andere (eerstelijns) disciplines en het sociaal domein (zie hoofdstuk 5 op pagina 12). Gerichte inzet van wijkmanagement kan hierbij behulpzaam zijn. Om deze samenwerking op lokaal niveau zowel inhoudelijk als organisatorisch goed te regelen worden op regionaal niveau door

zorggroepen/regionale organisaties afspraken gemaakt met VVT-organisaties, GGZ-instellingen, aanbieders van welzijn en maatschappelijk werk, ziekenhuizen en regionale vertegenwoordigers van de betrokken disciplines (bijvoorbeeld apothekers, diëtisten, fysiotherapeuten, podotherapeuten en medisch pedicures). In het verlengde van deze inhoudelijke en organisatorische afspraken maken zorggroepen daarnaast ook afspraken met zorgverzekeraars en gemeenten over de financiering van integrale zorgprogramma's.

Regionale (implementatie) ondersteuning

Bij alle zorggroepen en regionale organisaties die werken aan de integratie van zorgprogramma's voor chronische aandoeningen wordt ondersteuning geboden aan de aangesloten huisartsenpraktijken. Deze regionale ondersteuning bestaat onder andere uit:

- het afspreken van inclusie- en exclusiecriteria;
- het opzetten van een integraal zorgprogramma met aandacht voor de diverse combinaties bij DM type 2, CVRM, astma en COPD (o.a. via de inzet van kaderhuisartsen);
- de inrichting en implementatie van zorgprocessen;
- het aanpassen van oproepsystemen voor andere aandoeningen (jicht, hypothyreoïdie, chronische nierschade, osteoporose etc.);
- het organiseren van alternatieven voor individuele zorg, zoals groepszorg en digitale zorg;
- de implementatie van e-health toepassingen;
- de werving en begeleiding van praktijkverpleegkundigen (vinden en binden van praktijkverpleegkundigen (huisartsenzorg));
- de training en scholing van huisartsen en praktijkverpleegkundige (ook multidisciplinair);
- het begeleiden en coachen van praktijkmanagers bij de implementatie van de veranderingen in de organisatie van huisartsenpraktijken;
- het opzetten en begeleiden van het kwaliteitsbeleid;
 - het verzamelen van spiegelinformatie;
 - de introductie van vernieuwende indicatoren (zie 'Kwaliteitsbeleid op Maat' op pag. 16)
 - het organiseren van intervisie/intercollegiale toetsing (ook multidisciplinair).
- het faciliteren van gegevensuitwisseling;
- het bevorderen van innovaties en nieuwe ontwikkelingen;
- het maken van samenwerkingsafspraken met verschillende disciplines en domeinen;
- het maken van afspraken met diagnostische centra over integratie van lab- en functieonderzoeken;
- het maken van samenwerkingsafspraken met specialisten over consultatie, shared care en regionale formularia;
- het maken van (financiële) afspraken met zorgverzekeraars en gemeenten.

Deze regionale ondersteuning van zorggroepen/regionale organisaties is noodzakelijk om de integratie van zorgprogramma's te kunnen bewerkstelligen. Dit betekent dat voor de integratie van zorgprogramma's zowel eenmalige als structurele investeringen nodig zijn in de organisatie en infrastructuur op regionaal niveau.

Nieuwe en passende bekostiging

Bij de doorontwikkeling van ketenzorg én integratie van zorgprogramma's hoort een bijpassende financiering. Voor de bekostiging van de integratie van de zorgprogramma's voor cardiometabole én pulmonale aandoeningen zijn verschillende mogelijkheden:

- Organisaties maken zelf afspraken met de verzekeraar over een S3-prestatie.
- Eén landelijke NZa-prestatie met een vrij onderhandelbaar tarief voor patiënten die zowel een cardiometabole (DM2/HVZ/VVR) als pulmonale (COPD/Astma) aandoening hebben.

In het kader van een bredere discussie over de bekostiging van de huisartsenzorg zullen verschillende financieringsmodellen worden verkend. Wellicht kan voor de financiering van integrale zorgprogramma's ook een beroep worden gedaan op gemeenten (vooral met het oog

op het maken van de verbinding met het sociaal domein). Mogelijk kunnen de regionale afspraken tussen zorgverzekeraars en gemeenten³¹ hierbij behulpzaam zijn.

7 | SLOTSOM

Een belangrijke vraag die rest is aan te geven wat de integratie van zorgprogramma's patiënten en zorgverleners oplevert. Deze afsluitende paragraaf zet de voordelen voor patiënten en zorgverleners puntsgewijs op een rij.

Maatwerk voor patiënten

- Voor de patiënt met multimorbiditeit is het uitgangspunt aandacht en zorg op maat en geen opsplitsing van aandoeningen.
- Betere aansluiting van de zorg op de eigen persoonlijke situatie, mogelijkheden, wensen en behoeften.
- Minder vaak opnieuw hetzelfde verhaal hoeven te vertellen.
- Meer duidelijkheid door minder tegenstrijdige (behandel)adviezen.
- Het vervullen van een actieve rol in het eigen zorgproces met ondersteuning van eHealth mogelijkheden daar waar mogelijk en gewenst.
- Haalbare persoonlijke (behandel)doelen met duidelijke afspraken over de wijze waarop deze doelen kunnen worden bereikt, leidt tot meer tevredenheid.

Voldoening voor zorgverleners

- Meer ruimte voor de medisch-generalistische blik van de huisarts (één van de kernwaarden in de huisartsenzorg).
- Meer verdiepende gesprekken met patiënten en echt contact maken met mensen.
- Meer uitdaging voor het ondersteunend personeel in de huisartsenpraktijk door interessanter en uitdagender werk.
- Minder dubbel werk, bijvoorbeeld als het gaat om leefstijladviezen.
- Minder registratielast in een gebruiksvriendelijke, ondersteunende ICT omgeving
- Betere aansluiting bij de wensen en voorkeuren van de patiënt en zijn of haar omgeving met als gevolg meer persoonsgerichte zorg (ook één van de kernwaarden in de huisartsenzorg).
- Minder werkbelasting door waar mogelijk een actievere rol van patiënten in het zorgproces.
- Samen met de patiënten haalbare en realistische doelen stellen met hetgeen naar verwachting leidt tot meer tevreden patiënten en toegenomen werkplezier.

De hierboven genoemde voordelen rechtvaardigen de inzet van mensen en middelen die nodig zijn voor de integratie van bestaande zorgprogramma's voor chronische aandoeningen. Het op gang brengen van deze beweging via de inrichting en organisatie van het zorgproces met de bijbehorende randvoorwaarden maakt de weg vrij voor verdere integratie van zorg voor chronische aandoeningen en meer persoonsgerichte zorg.

³¹ De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben afgesproken om toe te werken naar een sluitend samenwerkingsnetwerk waardoor inwoners in elke regio verzekerd zijn van een goede samenwerking tussen gemeenten zorgverzekeraars op zorg en ondersteuning. De focus ligt daarbij op ouderenzorg, preventie en GGZ.

