

DENKRAAM INTEGRATIE ZORGPROGRAMMA'S

SAMENVATTING

JULI 2020

Samenvatting voor zorgprofessionals en andere belanghebbenden

De zorgprogramma's voor chronische aandoeningen zijn succesvol. Neem het programma voor diabetes type 2. Het overgrote deel van de mensen met dit type diabetes krijgt tegenwoordig zorg die voldoet aan de richtlijnen en standaarden. Bij de start, tien jaar terug was dat nog maar 30%. Zowel de patiënten als de samenleving plukken de vruchten van dit succes. De kans op complicaties en ziekenhuisopnames is beduidend kleiner geworden. Maar de zorg en samenleving staan niet stil, het is tijd voor een volgende stap.

Denkraam als richtinggevend handvat

Steeds meer mensen lijden aan meerdere chronische aandoeningen. Het denkraam van InEen maakt duidelijk dat voor deze groep integratie van zorgprogramma's een zinvolle stap is. Deze integratie doet recht aan de verdere ontwikkeling naar persoonsgerichte zorg en de toenemende wens van patiënten om zelf regie te hebben over hun gezondheid. Nieuwe technische en digitale mogelijkheden helpen daarbij.

Het denkraam geeft richting aan de organisatie van geïntegreerde chronische zorg. Vertrekpunt is de overtuiging dat integratie leidt tot meer zorg op maat voor patiënten en daarnaast meer voldoening geef aan zorgverleners. Enerzijds door betere aansluiting van de zorg op de eigen persoonlijke situatie, mogelijkheden en behoeften van patiënten, anderzijds doordat het nadrukkelijk beroep doet op de medisch-generalistische expertise van de huisarts, sinds Woudschoten 2019 één van de kernwaarden van het huisartsenvak. De integratie van zorgprogramma's past in een bredere beweging die wordt gesteund door andere stakeholders, zoals LHV, NHG, Patiëntenfederatie, individuele zorgverzekeraars en ZN. Het denkraam is geen blauwdruk, maar een handvat dat regio's ondersteunt bij de beweging naar meer integratie van zorgprogramma's.

Op weg naar meer integratie

Iedere regio kan de beweging naar integratie op een eigen, passende manier vormgeven. Zo kan het zijn dat de ene regio organisatie kiest voor integratie van vrijwel alle voorkomende (chronische) aandoeningen, terwijl een andere organisatie begint met de integratie van bestaande zorgprogramma's. Het denkraam gaat uit van dit laatste en schetst wat dit betekent voor de inhoud en organisatie van het zorgproces en welke randvoorwaarden daarvoor nodig zijn. Deze eerste stap richt zich op twee clusters: het cardiometabole cluster met diabetes type 2 en CVRM (VVR of HVZ) en het pulmonale cluster met astma en COPD. Nu al worden de programma's binnen een cluster gecombineerd aangeboden, daaraan verandert niets.

Nieuw is wel het aanbieden van geïntegreerde zorg aan patiënten die een aandoening uit het cardiometabole cluster combineren met een aandoening uit het pulmonale cluster. Het bieden van persoonsgerichte blijft daarbij het vertrekpunt. Deze patiënten krijgen voortaan één individueel zorgplan met aandacht voor beide aandoeningen. Bovendien kunnen daarbij ook andere chronische aandoeningen worden betrokken, die vragen om monitoring en waarbij leefstijl een belangrijke rol speelt. Denk hierbij bijvoorbeeld aan chronische nierschade, hartfalen en atriumfibrilleren, of aan osteoporose, hypothyreoïdie of jicht. De persoonsgerichte benadering en integratie van zorg krijgen hierdoor verder invulling.

De zorgprogramma's voor mensen met een enkelvoudige chronische aandoening (diabetes type 2, CVRM (VVR en HVZ), astma en COPD) blijven gewoon bestaan. Dat geldt voorlopig ook voor de programmatische zorg voor kwetsbare ouderen en voor mensen met psychische aandoeningen. Omdat deze twee programma's in veel regio's nog niet bestaan en er andere zorgverleners bij betrokken zijn, suggereert het denkraam om bij de eerste stap naar integratie van chronische zorg deze programma's nog buiten beschouwing te laten. Uiteindelijk zullen ook deze programma's bij de verdere integratie worden betrokken.

Meer persoonsgerichte zorg door integratie van zorg

De huidige zorgprogramma's bieden vooral geprotocolleerde zorg gebaseerd op de richtlijn van de bijbehorende aandoening. Kern van persoonsgerichte zorg is echter 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 omgaat¹. 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. Bij de integratie van chronische zorg wordt een nieuw evenwicht gevonden tussen de eigen opvattingen en de ervaringsdeskundigheid van de patiënt en de professionele deskundigheid van de zorgverlener. De zorg voor specifieke aandoeningen volgens richtlijnen en standaarden blijft daarbij essentieel. Ook het monitoren van bestaande indicatoren blijft daarbij belangrijk. De integratie van zorgprogramma's voor chronische aandoeningen vraagt daarnaast ook om nieuwe indicatoren die betrekking hebben op het functioneren van patiënten met meerdere chronische aandoeningen en het monitoren van veranderingen in de organisatie van het zorgproces.

Veranderingen in de organisatie van zorg

Ook de organisatie van de zorg verandert. De integratie van zorgprogramma's doet nadrukkelijker een beroep op de medisch-generalistische competenties van de huisarts. Deze meer generalistische benadering stelt ook andere eisen aan de praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen in de huisartsenpraktijk. Ook zij zullen meer generalistische en persoonsgerichte zorg gaan bieden in plaats van geprotocolleerde zorg voor steeds een enkele aandoening. Dat vraagt nieuwe specifieke vaardigheden en kennis van meerdere chronische aandoeningen. Zij zullen daartoe generalistisch worden opgeleid. Integratie van zorgprogramma's betekent voor hen een ingrijpende verandering. Tegelijkertijd maakt integratie hun werk interessanter en uitdagender.

Met de integratie van zorgprogramma's zal binnen de praktijk moeten worden nagedacht over de verdeling van de taken. De huisarts draagt de eindverantwoordelijkheid voor de zorg, de behandeling en het medicatiebeleid. Bij complexe patiënten ligt het voor de hand dat de huisarts zelf, zeker bij aanvang, de rol van casemanager op zich neemt. Afhankelijk van de competenties kan een praktijkverpleegkundige of praktijkondersteuner bij minder complexe patiënten deze rol op zich nemen. Verder kan ook de doktersassistent en aantal taken op zich nemen, zoals

¹ [Op weg naar eenheid van taal](#) - Een handreiking voor een eenduidig begrippenkader voor zelfmanagement bij chronische aandoeningen, Zelfzorg Ondersteund, november 2016.

agendabeheer, aanvragen van gecombineerde lab-bepalingen, uitvoeren van geprotocolleerde metingen enzovoorts.

De integratie van zorgprogramma's reikt verder dan de huisartszorg en heeft ook betekenis voor de netwerkpartners van de huisartsenpraktijk, zoals (niet limitatief): het sociaal domein (sociale en leefstijlactiviteiten), de apotheker (polyfarmacie), de medisch specialist (JZOJP) en paramedische zorgverleners (diëtetiek, fysiotherapie, voetzorg). De onderlinge samenwerking vraagt permanent onderhoud, waaronder elkaar leren kennen, in contact blijven en ervaringen delen. Spelregels voor de onderlinge samenwerking kunnen worden vastgelegd in samenwerkingsafspraken. Met het oog op eigen regie en zelfmanagement zal monitoring op afstand met thuismetingen van bloeddruk, stappentellers, gewicht en e-health steeds meer worden ingezet. Daarbij is een goede integratie en koppeling van applicaties in HIS'en, KIS'en en PGO's noodzakelijk.

Wat levert integratie van zorgprogramma's patiënten en zorgverleners op?

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 echt contact en diepgaandere gesprekken met patiënten.
- Meer uitdaging en interessanter werk voor het ondersteunend personeel in de huisartsenpraktijk.
- 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 meer persoonsgerichte zorg, ook één van de kernwaarden in de huisartsenzorg.
- Minder werkbelasting door een actievere rol van patiënten in het zorgproces.
- Samen met de patiënten haalbare en realistische doelen stellen met daardoor tevredener patiënten en meer werkplezier.

Randvoorwaarden

Aan de integratie van zorgprogramma's zijn randvoorwaarden verbonden. De belangrijkste zijn:

- Meenemen van patiënten en zorgverleners in het verandertraject.
- Voldoende beschikbare capaciteit.
- Bredere deskundigheid van de praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundige.
- Aanpassen van de organisatie en logistiek in de huisartsenpraktijk.
- ICT systeem dat zowel gegevensuitwisseling als monitoring op afstand en e-health faciliteert.
- Samenwerkingsafspraken, binnen de praktijk, met andere zorgdisciplines en het sociaal domein.
- Regionale ondersteuning bij de implementatie.
- Passende bekostiging.

InEen zal zich de komende tijd inzetten om de realisatie van deze randvoorwaarden te bevorderen.

