

Van professional naar patiënt

Ervaringen van zorgorganisaties



april 2012

MBA-health

Erasmus Universiteit
Rotterdam

Vera Kampschöer, huisarts

Van professional naar patiënt

Ervaringen van zorggroepen en gezondheidscentra met het organiseren van chronische zorg.

Thesis MBA-Health Erasmus Universiteit Rotterdam

Drs. V.M.(Vera) Kampschöer, huisarts

Begeleider: Prof.dr.H.J.M. (Bert) Vrijhoef

Almere 15 april 2012

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD.....	6
1 INLEIDING.....	7
1.1. Een ander overheidsbeleid	7
1.2. Werken volgens het Chronic Care Model	8
1.3. Doelstelling en onderzoeksopzet	8
1.4. Vraagstelling.....	9
1.5. Afbakening	9
1.6. Onderzoeksmodel.....	9
1.7. Leeswijzer	10
2 DE ZORG VOOR MENSEN MET EEN CHRONISCHE ZIEKTE	11
2.1 Toename van chronische ziekten	11
2.2 Toename zorgvraag en zorgkosten	12
2.3 Nieuw beleid VWS	12
2.4 Zorgstandaard	12
2.5 Integrale bekostiging	13
2.6 Ontwikkelingen bij zorgaanbieders.....	13
2.6.1 Huisartsen	13
2.6.2 Zorggroepen.....	14
2.6.3 Gezondheidscentra	15
2.7 Resultaten van deze ontwikkelingen tot nu toe.....	15
2.7.1 Evaluatie diabetesketenzorg	15
2.7.2 Evaluatie van de chronische zorg.....	16
2.7.3 Evaluatie van de integrale bekostiging.....	17
3 DE ORGANISATIE EN KWALITEIT VAN DE CHRONISCHE ZORG	19
3.1 Chronische aandoeningen vragen een andere organisatie van zorg.....	19
3.2 Organisatie van chronische zorg en definities.....	20
3.3. Het Chronic Care Model.....	21

3.4	Het Chronic Care Model in het buitenland	23
3.5	Het Chronic Care Model in Nederland	25
3.5.1	Model voor de zorgstandaarden	25
3.5.2	Invoering zorgprogramma's op basis van het Chronic Care Model	27
3.6	Metten van kwaliteit van chronische zorg.....	27
3.6.1	ACIC-vragenlijst	28
3.6.2	Ontwikkelingsmodel ketenzorg (OMK)	28
3.6.3	IGZ kwaliteitseisen ketenzorg	29
3.7	Implementatiestrategie voor een geïntegreerde chronische zorg	29
3.8	Kritische succesfactoren voor het implementeren van chronische zorg	29
4	METHODEN VAN ONDERZOEK.....	33
4.1	Onderzoeksstrategie.....	33
4.2	Selectie van de zorgaanbieders.....	33
4.2.1	Kenmerken van de zorgorganisaties	34
4.3	De implementatie van het Chronic Care Model bij de zorgorganisaties	34
4.3.1	Keuze van het onderzoeksinstrument.....	34
4.3.2	Verzamelen van gegevens.....	35
4.3.3	Beschrijving van de resultaten:	36
4.4	De ervaringen van de zorgaanbieders met de organisatie van de chronische zorg.....	36
4.4.1	Keuze van het onderzoeksinstrument.....	36
4.4.2	Verzamelen en verwerken van de gegevens.....	36
4.5	Analyse van de ervaringen en adviezen	37
5	DE DEELNEMENDE ZORGORGANISATIES IN BEELD	38
5.1	Kenmerken van de deelnemende organisaties	38
5.1.2	Grootte van de organisatie en aanbod zorgprogramma's	38
5.1.3	Betrokkenheid van patiënten bij de zorgorganisaties.....	39
5.1.4	Gebruik van informatiesystemen	40
5.1.5	De verzekeraars, die bij deze organisaties betrokken zijn	41
5.2	Uitkomsten van de kwaliteitsmeting met de D-ACIC vragenlijst	41
5.2.1	Respons op de D-ACIC vragenlijsten	41
5.2.2	Overeenkomsten en verschillen tussen de zorgaanbieders in hun score	41
5.2.3	De rol van de diverse kenmerken binnen de componenten	43
5.2.4	Een vergelijking met eerdere metingen	44
6	RESULTATEN OP BASIS VAN DE INTERVIEWS	45
6.1	Leiderschap en een gedeelde missie en visie	45

6.1.1	Succes- en faalfactoren betreffende leiderschap en visie.....	47
6.2	Een goede inrichting van de zorgorganisatie met ICT ondersteuning	47
6.2.1	Centrale rol voor verpleegkundigen.....	48
6.2.2	Evidence based richtlijnen en zorgstandaarden	48
6.2.3	Systematische kwaliteitsverbetering en inzet van gespecialiseerde zorgverleners.....	49
6.2.4	Verbeteren van de logistiek, coördinatie, gegevensuitwisseling	50
6.2.5	Ondersteuning door een klinisch informatiesysteem	51
6.2.6	Integratie van meerdere aandoeningen en zorgvragen, mogelijkheid van casemanagement	52
6.2.7	Aandacht voor preventie en welbevinden, samenwerking in de wijk	53
6.2.8	Succes- en faalfactoren betreffende de organisatie van de zorg en de ICT-ondersteuning	54
6.3	Klantpartnerschap: betrokkenheid van patiënten in het zorgproces en in de organisatie	55
6.3.1	Betrokkenheid van de individuele patiënt bij de zorg	55
6.3.2	Betrokkenheid van de patiëntengroep of organisatie.....	57
6.3.3	Succes- en faalfactoren betreffende de betrokkenheid van de patiënt.....	58
6.4	Overige kritische succesfactoren	58
6.4.1	Het afstemmen van financiering op de strategische doelen (middelen)	58
6.4.2	Samenwerking tussen de stakeholders	59
6.4.3	Het uitwisselen van data en het sturen op gemeenschappelijke data	59
7	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN.....	60
7.1	De mate waarin de organisaties volgens het Chronic Care Model werken.....	60
7.2	Ervaringen van de zorgorganisaties bij de inrichting van de chronische zorg.	60
7.2.1	Leiderschap en een gedeelde missie en visie	60
7.2.2	Een goede inrichting van de zorgorganisatie met ICT-ondersteuning	61
7.2.3	Betrokkenheid van patiënten in het zorgproces en in de organisatie van de zorg	62
7.2.4	Overige kritische succesfactoren voor het organiseren van de chronische zorg	63
7.3	Conclusies van dit onderzoek.....	64
7.4	Aanbevelingen voor het bevorderen van de geïntegreerde chronische zorg.....	66
7.5	Reflectie op het onderzoek	68
7.5.1	Selectie van respondenten	68
7.5.2	Methoden van onderzoek	69
7.5.3	Openstaande onderzoeksvragen	70
7.6	Tot slot	70

SAMENVATTING.....	72
LITERATUUR.....	73
BIJLAGE 1 DRIE MODELLEN.....	77
BIJLAGE 2 D-ACIC VRAGENLIJST.....	80
BIJLAGE 3 VRAGEN VOOR HET INTERVIEW.....	90

Voorwoord

De thesis ter afsluiting van de tweejarige MBA-opleiding aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam biedt mij de gelegenheid om de complexiteit van de chronische zorg en de ervaringen, die hiermee zijn opgedaan, voor het voetlicht te brengen.

Vijf jaargeleden heb ik besloten mijn huisartsenpraktijk in gezondheidscentrum de Spil, onderdeel van Zorggroep Almere, na 23 jaar te verlaten, en me te richten op de verbetering van de zorg voor mensen met een chronische aandoening. Aanleiding hiervoor waren enkele ervaringen:

- ik merkte in mijn werk, dat de korte contacten met patiënten in de spreekkamer, onvoldoende zijn, om hen de handvatten te geven, om in hun dagelijks leven met hun chronische ziekte te kunnen omgaan.

- mijn beide ouders hebben de afgelopen jaren een ziektecarrière doorgemaakt als vele van hun leeftijdsgenoten. Hadden ze aanvankelijk ieder maar een of twee chronische aandoeningen, nu vallen ze in de categorie kwetsbare ouderen. Aan den lijve heb ik ervaren, dat er nog heel wat te verbeteren valt in de afstemming van de chronische zorg, en in het centraal stellen van de patiënt en diens zorgbehoefte.

- in 2007 heb ik een werkbezoek gebracht aan Kaiser Permanente, een zorgorganisatie in de Verenigde Staten, California, waar ik kennis maakte met het Chronic Care Model. Dit model, wat ook centraal staat in deze thesis, biedt de aanknopingspunten voor een andere organisatie van de chronische zorg, waarin niet de huisarts, maar de patiënt zelf de centrale zorgverlener is.

Sinds 2007 ben ik als programmamanager chronische zorg werkzaam bij Zorggroep Almere, en verantwoordelijk voor de ontwikkeling en implementatie van diverse zorgprogramma's. De visie om de patiënt werkelijk centraal te stellen in de chronische zorg, sluit goed aan bij de keuze voor het Planetree-zorgconcept van onze organisatie*. Maar een visie alleen is niet voldoende om de zorg werkelijk anders te organiseren. De behoefte om op strategische wijze bij te dragen aan een andere inrichting van de chronische zorg, was de rode draad in mijn MBA-opleiding en de bron voor deze thesis.

Er is veel literatuur over de chronische zorg, maar deze is vooral gericht op het klinisch handelen en de klinische uitkomsten. Er is nog weinig literatuur over de organisatorische aspecten van de geïntegreerde chronische zorg. Een eerste aanzet daartoe bestaat uit deze inventarisatie en analyse van de bestaande ervaringen van de chronische zorg, in de context van de huisartsenzorg in Nederland. Gezien de veelheid van factoren die een rol spelen bij de chronische zorg, was dit een hele klus. Gelukkig heb ik hiervoor veel steun ondervonden van mijn collega's bij Zorggroep Almere, van mijn man en mijn kinderen en van mijn vrienden. Na volgende week ben ik er weer voor jullie. Bert Vrijhoef was met zijn kennis van het Chronic Care Model een belangrijk raadgever in moeilijke tijden, en Elly Breedveld heeft mij geholpen de kennis en informatie te ordenen en op de juiste wijze toe te passen.

Tevens dank ik alle gesprekspartners, die tussen hun drukke werkzaamheden de tijd hebben gevonden om mij te woord te staan voor de interviews en om de vragenlijsten in te vullen. Ik hoop dat zij met genoegen dit resultaat zullen lezen. Een woord van excuus wil ik uitspreken naar de patiënten met een chronische ziekte, die ik deze keer niet aan het woord heb gelaten.

Ik hoop dat dit onderzoek de lezer inzicht biedt in de complexiteit van de chronische zorg en een bijdrage kan zijn aan een integrale aanpak en duurzaam beleid van alle betrokken organisaties.

Vera Kampschöer

Almere, April 2012

* Planetree:zorg met een menselijke maat

1 Inleiding

One of the greatest challenges facing health systems in the 21st century is the need to develop effective approaches to address the growing burden of chronic disease. Chronic diseases are complex and require a long-term, multifaceted response that coordinates inputs from a wide range of health professionals, essential medicines and – where appropriate – monitoring equipment, all of which is optimally embedded within a system that promotes patient empowerment. (European Observatory 2008)

1.1. Een ander overheidsbeleid

Het aantal mensen met een chronische aandoening neemt in rap tempo toe. Dit leidt tot gezondheidsproblemen, minder deelname aan maatschappelijk activiteiten en aan arbeid, hogere kosten voor sociale voorzieningen en een toename van de zorgkosten. Dit is een internationaal probleem, waarop nieuwe vormen van gezondheidszorg een antwoord moeten geven. Het huidige zorgsysteem sluit niet goed aan bij de groeiende zorgvraag van mensen met een chronische aandoening. De zorg is vaak versnipperd, wordt niet goed gecoördineerd, draagt niet bij aan een preventieve aanpak, en sluit onvoldoende aan bij de wens van de patiënt. Patiënten met een chronische aandoening hebben vaak zorg nodig van verschillende disciplines en verschillende organisaties. Er ontstaat behoefte aan een geïntegreerde vorm van zorgverlening, georganiseerd rondom de patiënt.

In de Verenigde Staten ontwikkelt E.H. Wagner hiervoor het Chronic Care Model (Wagner, 1996) dat internationaal veel navolging krijgt, ook in Nederland.

In 2008 kiest het ministerie van VWS voor een programmatische aanpak van chronische ziekten op basis van disease management en het Chronic Care Model. (VWS 2008)

Dit beleid berust op vier pijlers:

1. De zorgstandaard beschrijft waar goede zorg minimaal aan moet voldoen, gezien vanuit het patiëntenperspectief.
2. Het versterken van de samenhang tussen preventie en curatie om de toename van chronische aandoeningen af te remmen.
3. Het ondersteunen van zelfmanagement met een actievere rol van de patiënt die meer verantwoordelijkheid krijgt en, met zijn ziekte, beter kan participeren in de samenleving.
4. Beter afgestemde multidisciplinaire of ketenzorg door integrale bekostiging in de keten onder regie van een eindverantwoordelijke organisatie. Dit betreft de aandoeningen diabetes, COPD, vasculair risicomanagement en hartfalen. De aanwezigheid van een zorgstandaard, die de benodigde zorg beschrijft, is voorwaarde voor een integrale bekostiging.

De integrale bekostiging is met ingang van januari 2010 ingevoerd voor chronische zorg aan mensen met diabetes en voor vasculair risicomanagement, en vervolgens voor de zorg aan mensen met COPD per 1 januari 2011. De periode 2010 tot en met 2012 wordt als een overgangperiode gezien, waarin op verschillende manieren onderzoek plaatsvindt naar de effecten van deze nieuwe organisatie en financiering van de chronische zorg (VWS 2010).

De invoer van de integrale bekostiging heeft er toe geleid dat zorggroepen en andere eerstelijns organisaties in staat worden gesteld om op integrale wijze zorgprogramma's voor mensen met diabetes, hart-vaatrisico's en COPD uit te voeren. De programmatische aanpak heeft niet alleen te maken met een andere wijze van financiering, maar moet vooral een andere wijze van zorgverlening

mogelijk maken, die opgebouwd is rond de zorgvraag van de patiënt, in plaats van rond de professionals, met multidisciplinaire teams en aandacht voor een actieve rol van de patiënt, conform het Chronic Care Model.

1.2 Werken volgens het Chronic Care Model

Werken volgens de uitgangspunten van het Chronic Care Model vraagt een grote verandering in de organisatie van de zorg. Het gaat niet alleen om een andere benadering en werkwijze van alle professionals die bij de zorgverlening aan de patiënt betrokken zijn, maar ook om een herinrichting van het zorgproces (RVZ 2011). De onderlinge taakverdeling moet tegen het licht worden gehouden en professionals moeten worden toegerust om aan deze nieuwe eisen te voldoen. Op dit moment krijgen de volgende onderdelen van het Chronic Care model nog onvoldoende aandacht: coördinatie van zorg, toepassing van ICT en het realiseren van proactieve, patiëntgerichte zorg. Werken volgens het Chronic Care model vraagt nieuwe competenties van de zorgverleners bij dit zorgproces (RVZ 2011).

Ik ben zelf betrokken bij de organisatie van de zorg voor mensen met een chronische aandoening en ervaar dat een andere organisatie van de chronische zorg een grote kwaliteitsverbetering oplevert. Anderzijds is duidelijk dat een nieuwe manier van werken niet altijd makkelijk te implementeren is, vooral als het gaat om een andere zorgcultuur dan men gewend is bij de zorg, die gericht is op kortdurende en acute zorgvragen.

Dit maakt me nieuwsgierig naar de ervaringen van andere zorgaanbieders met het implementeren van de chronische zorg. Op welke wijze voeren zij deze nieuwe manier van werken in, wat zijn hun resultaten, knelpunten en succesfactoren?

1.3. Doelstelling en onderzoeksopzet

Met deze thesis wil ik onderzoeken, welke organisatorische voorwaarden nodig zijn voor een succesvolle invoering van de chronische zorg in de eerstelijns. Daartoe beoordeel ik de huidige situatie bij enkele eerstelijns zorgaanbieders in het licht van de kritieke succes- en faalfactoren voor de invoering van de chronische zorg.

Hiervoor doorloop ik de volgende stappen:

- a) presentatie van een overzicht van het veranderde overheidsbeleid, de ontwikkelingen in de organisatie van de chronische zorg, de betekenis voor de zorgaanbieders, en de veranderingen die tot nu toe bereikt zijn
- b) verdieping in de literatuur met betrekking tot de chronische zorg. Wat is nodig voor de organisatie van de chronische zorg, welke kwaliteitsmodellen zijn er, en welke ervaring is hiermee opgedaan in Nederland en in het buitenland.
- c) in beeld brengen van de kwaliteit van de chronische zorg in Nederland, gemeten naar de verschillende onderdelen van het Chronic Care Model.
- d) interviews met zorgaanbieders om hun ervaringen met de organisatie van de chronische zorg in de afgelopen jaren te bespreken, gerelateerd aan een aantal kritische succes- en faalfactoren.

Op basis van de literatuurstudie en de kwaliteitsmodellen kom ik tot een aantal kritische succesfactoren dat van belang is om de chronische zorg te organiseren. Deze laat ik terugkomen in de interviews en ik beschrijf de ervaringen van de zorgaanbieders en hun successen en knelpunten, gerelateerd aan deze factoren. Op basis van de kennis over de kwaliteit van de chronische zorg kom ik tot een analyse van deze ervaringen, en een beschouwing over de waarde hiervan.

Deze kennis is relevant voor zorgaanbieders in Nederland, die alle nog meer of minder in de ontwikkelingsfase van de chronische zorg zijn. Tevens geeft het derden inzicht in de voorwaarden en

in de complexiteit van een hervorming van de chronische zorg conform het Chronic Care model. Dit kan behulpzaam zijn bij de evaluatie van deze ontwikkeling bij zowel overheid als financiers.

1.4 Vraagstelling

De centrale vraagstelling voor deze thesis is de volgende:

Wat zijn de organisatorische voorwaarden voor een succesvolle implementatie van de chronische zorg in de eerstelijns volgens het Chronic Care Model, op basis van ervaringen van zorgaanbieders tot nu toe?

De volgende vragen komen hierbij aan bod:

1. Wat is bekend over de organisatie van de chronische zorg, de keuze voor het Chronic Care Model, en de kwaliteit van de chronische zorg?
2. In welke mate werken huidige professionals in de eerstelijns (met name huisartsenpraktijken) volgens het Chronic Care Model?
3. Hoe hebben zij hun organisatie en het zorgproces ingericht om de chronische zorg vorm te geven, en wat zijn hun ervaringen hierbij, in de zin van successen en knelpunten?
4. Wat is de analyse en het belang van deze successen en knelpunten, en wat is er nodig om de organisatie van de chronische zorg verder te verbeteren ?

1.5 Afbakening

De noodzaak om de zorg minder versnipperd aan te bieden en beter rond de doelgroep te organiseren, heeft geleid tot de ontwikkeling van allerlei zorgprogramma's voor diverse aandoeningen en in diverse behandelingsituaties, in ziekenhuizen, transmurale centra, geestelijke gezondheidszorg en andere instellingen.

In deze thesis beperk ik me tot de ervaring met de grote zorgprogramma's diabetes, astma/COPD, vasculair risicomanagement, depressie en dementie, en het aanbod startend vanuit de eerstelijns. Ik richt me op de periode vanaf 2008, het jaar waarin VWS onomwonden een keuze maakt voor het stimuleren van programmatische zorg voor chronische aandoeningen bij voorkeur geleverd in de eerstelijnszorg (VWS 2008).

Er zijn nu zo'n 120 zorggroepen die deze zorg aanbieden. Ik heb hieruit acht zorggroepen gekozen met wisselende ervaring, in diverse regio's van Nederland.

Hoewel de patiënt met haar/zijn chronische ziekte centraal hoort te staan in de chronische zorg, komt zij/hij helaas niet aan het woord in dit onderzoek.

1.6 Onderzoeksmodel

Om bovenstaande vragen te kunnen beantwoorden, heb ik het onderzoek opgebouwd in de volgende fasen:

1. Een literatuuronderzoek:

Het eerste deel brengt de ontwikkelingen in kaart rond de organisatie van de chronische zorg in Nederland.

Het tweede deel geeft inzicht in de kennis over de organisatie van de chronische zorg, het hierbij meest toegepaste model, het Chronic Care Model, en de ervaring hiermee in binnen- en buitenland. Ik onderzoek enkele kwaliteitsmodellen die gebruikt kunnen worden om de voortgang van het Chronic Care Model te bepalen, en die de voorwaarden en kritische succesfactoren benoemen, die nodig zijn om het Chronic Care Model op grote schaal in te voeren.

2. De keuze van een onderzoeksinstrument : op basis van de informatie uit het literatuuronderzoek, kies ik voor een eenvoudig onderzoeksinstrument, de D-ACIC vragenlijst, om een soort quickscan te doen naar de kwaliteit van de chronische zorg bij enkele aanbieders van chronische zorg, namelijk zorggroepen en organisaties voor geïntegreerde eerstelijnszorg.

3. Met behulp van de D-ACIC vragenlijst analyseer ik welke elementen van het Chronic Care model bij deze aanbieders nog minder goed geïmplementeerd zijn, en de overeenkomsten of de verschillen hierin. Deze elementen wil ik verder kwalitatief onderzoeken door middel van interviews met deze zorgaanbieders.

4. In semigestructureerde interviews bespreek ik met de coördinatoren of managers van de zorggroepen de manier, waarop zij de afgelopen jaren de chronische zorg in hun organisatie hebben vorm gegeven, gericht op de eerder gekozen elementen. Chronische zorg vraagt in veel opzichten een andere inrichting op het gebied van strategie, structuur, cultuur, leiderschap, mensen en systemen: hoe hebben zij dat gerealiseerd?

5. Op basis van de gesprekken analyseer ik de succes- en faalfactoren en hun betekenis. Hierbij maak ik gebruik van de informatie uit de literatuur over de kritische succesfactoren bij de introductie van het Chronic Care Model.

1.7 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 biedt een overzicht van de ontwikkelingen rond de chronische zorg in Nederland, de gevolgen van de beleidskeuze van minister Klink (Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2007-2011), en de huidige stand van zaken betreffende de voortgang van de zorgprogramma's en de integrale bekostiging.

Hoofdstuk 3 laat zien dat al veel is onderzocht in binnen – en buitenland over de chronische zorg, en dat er behoefte is aan veel en langdurig onderzoek over de effecten van een nieuwe manier van zorgverlening. Dit geldt de kwaliteit van de zorg , de rol van de patiënt en de doelmatigheid. Dit hoofdstuk geeft vooral inzicht in de theorievorming en ervaring in de chronische zorg in Nederland en internationaal.

In hoofdstuk 4 bespreek ik het technisch ontwerp van het onderzoek, met in hoofdstuk 5 achtergrondinformatie over de acht zorggroepen en de uitkomsten van de quickscan naar de kwaliteit van hun chronische zorg.

Hoofdstuk 6 bevat de kern van het onderzoek: het geeft een uitgebreid beeld van de ervaringen in de chronische zorg tot nu toe, met diverse praktijkvoorbeelden en geordend naar de kritische succesfactoren voor de implementatie. Dit hoofdstuk is vooral interessant voor zorgaanbieders, die willen leren van elkaars ervaringen , en voor beleidsmakers, die een beeld krijgen van wat er allemaal komt kijken bij een verandering in de organisatie van de zorg.

In hoofdstuk 7 komen de diverse onderdelen bij elkaar in de analyses van de resultaten van de interviews, gerelateerd aan de kennis uit de literatuur. Het geeft inzicht in de successen die bereikt zijn, en in de knelpunten en risico's die een verdere verbetering van de chronische zorg in de weg staan. De conclusies bevatten de organisatorische voorwaarden voor een geïntegreerde chronische zorg, en leiden tot aanbevelingen voor de belangrijkste stakeholders.

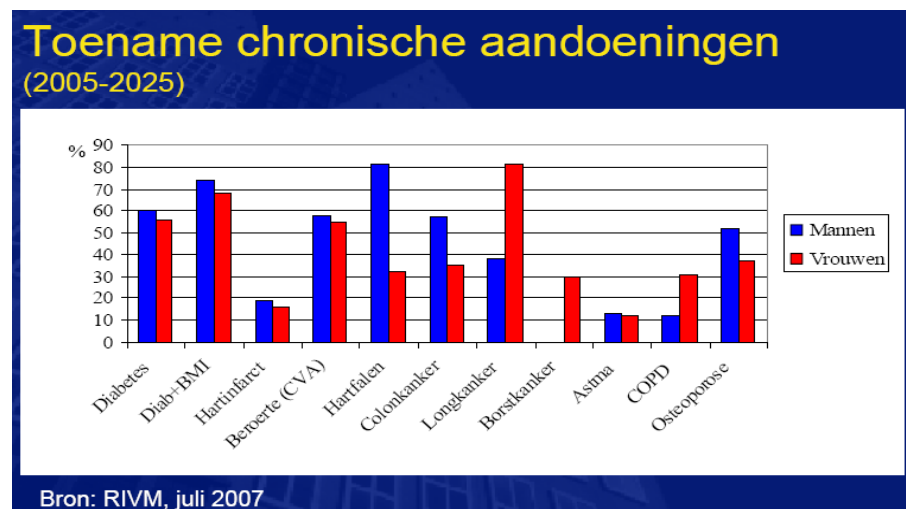
2 De zorg voor mensen met een chronische ziekte

Dit hoofdstuk beschrijft de actuele ontwikkelingen in de Nederlands politiek en gezondheidszorg met betrekking tot de zorg voor mensen met een chronische ziekte. In 2008 kiest het ministerie van VWS voor een programmatische aanpak van chronische ziekten op basis van disease management en het Chronic Care Model. (VWS 2008) Welke veranderingen brengt dit met zich mee, en wat is bekend over de ervaringen tot nu toe?

2.1 Toename van chronische ziekten

De groep mensen met een chronische ziekte wordt gekenmerkt door een grote diversiteit. In het algemeen worden chronische ziekten omschreven als irreversibele aandoeningen zonder vooruitzicht op volledig herstel en met een relatief lange ziekteduur. Een chronische ziekte onderscheidt zich verder door een langdurig beroep op de zorg. (Hoeymans 2008)

Een kwart van alle Nederlanders heeft een chronische ziekte, waarvan 1,3 miljoen meer dan één. Mensen met een chronische aandoening participeren als groep minder in de maatschappij. Zij hebben vaker een lager inkomen en minder vaak betaald werk, en ervaren negatieve gevolgen van de ziekte voor hun persoonlijk en maatschappelijk functioneren (Hoeymans 2010). Het aantal mensen met een chronische ziekte zal de komende decennia, zowel relatief als absoluut, flink toenemen. Het RIVM verwacht voor diabetes een toename van 58% tot zelfs 71% als het overgewicht blijft toenemen. De prevalentie van hartfalen en een doorgemaakte beroerte stijgt met 54%, respectievelijk 57%. (Blokstra 2007)



Deze ontwikkeling doet zich voor in alle Westerse landen. De WHO vraagt aandacht voor de snelle toename van chronische aandoeningen, en noemt het een van de grootste uitdagingen voor de 21^e eeuw om een effectieve aanpak van deze toenemende zorgvraag te ontwikkelen. (Nolte 2008)

De toename van chronische ziekten wordt veroorzaakt door de vergrijzing van de bevolking, door de toename van medisch-technische ontwikkelingen, met vroegere diagnostiek en betere behandel mogelijkheden en door een ongezondere leefstijl. Van alle leefstijlfactoren is roken nog steeds verantwoordelijk voor het meeste verlies van totale en gezonde levensverwachting, gevolgd door overgewicht. De bijdrage van lichaamsbeweging en alcohol is iets kleiner. Mensen zonder obesitas die niet roken, kunnen gemiddeld verwachten 83,7 jaar te worden, voor rokers is dit ruim 5 jaar minder (78,2 jaar) en voor mensen met obesitas 3 jaar (80,4 jaar). (Hoeymans 2010)

2.2 Toename zorgvraag en zorgkosten

Mensen met een chronische ziekte maken veel gebruik van medische zorg. Bijna allemaal hebben zij meerdere keren per jaar contact met een huisarts, driekwart bezoekt jaarlijks eveneens een of meer medisch specialisten en ongeveer één op de vijf werd in het ziekenhuis opgenomen. Dit is drie keer zoveel als binnen de algemene bevolking. Daarnaast heeft de chronisch zieke meer contact met paramedici, zoals de diëtiste, fysiotherapeut en podotherapeut. Het gebruik van thuiszorg door chronisch zieken is vier keer zo hoog als onder de algemene bevolking (Heijmans 2010).

Met de toename van de chronische ziekten, zal de zorgvraag toenemen en daarmee ook de kosten van de chronische ziekten. Op dit moment gaat 8 tot 9% van ons bruto nationaal product naar de zorg. We hebben het dan over een bedrag van € 58 miljard per jaar. De kosten van chronische ziekten, betaald op basis van de Zorgverzekeringswet, bedroegen in 2006 volgens de minister van VWS circa € 18 miljard. Dat is naar schatting ongeveer 70% van de totale zorgkosten binnen de Zorgverzekeringswet en betreft 20% van de verzekerden. Daar bovenop komt nog eens € 23 miljard uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In 2040 zal volgens schatting minstens 14% van ons bruto nationaal product naar de zorg gaan. (Algemene rekenkamer 2010)

Ook de WHO signaleert een verontrustende stijging van de zorgkosten.

Current health care systems cannot cope with the increasing incidence and cost of chronic diseases. Across low-, medium- and high-income countries, 50–80% of the health budget is spent on chronic diseases. Without intervention, this will continue to rise, as risk factors such as tobacco use, unhealthy diet and lack of physical activity remain prevalent. (Singh WHO 2008)

2.3 Nieuw beleid VWS

Tegen de achtergrond van deze ontwikkeling staat de Nederlandse regering voor de uitdaging om de komende jaren kwalitatief goede zorg te blijven bieden die ook nog betaalbaar is. Een van de knelpunten is dat de zorg voor chronisch zieken slecht op elkaar is afgestemd en niet aansluit op de zorgvraag van de patiënt, en dat nieuwe ontwikkelingen in ketenzorg traag verlopen (Algemene Rekenkamer 2010).

Het ministerie van VWS kiest in 2008 voor een programmatische aanpak van chronische ziekten, met als doel dat

- 1) de toename van het aantal mensen met een chronische aandoening moet worden afgeremd,
- 2) de leeftijd waarop een chronische ziekte zich voor het eerst manifesteert moet worden uitgesteld,
- 3) complicaties als gevolg van de chronische ziekte moeten worden voorkomen dan wel uitgesteld,
- 4) mensen met een chronische aandoening in staat moeten worden gesteld zo goed mogelijk met hun ziekte om te gaan, zodat de best mogelijke kwaliteit van leven wordt bereikt. (VWS 2008b)

2.4 Zorgstandaard

De programmatische aanpak is erop gericht om de zorg in alle fasen van de ziekte tot een sluitende keten te maken: vroegtijdige onderkenning, preventie, zelfmanagement en goede behandeling. De zorg voor deze aandoeningen wordt omschreven in zogenoemde zorgstandaarden, die gedragen worden door de diverse beroepsgroepen en de patiëntenorganisaties, en die een uitgangspunt kunnen zijn voor de financiering.

Een zorgstandaard is een beschrijving van de optimale zorg voor mensen met een chronische ziekte en de organisatie daarvan, met een multidisciplinaire aanpak, waarbij de integrale benadering van de patiënt centraal staat. Op basis van deze beschrijving is een duidelijke verdeling van taken en verantwoordelijkheden mogelijk tussen de betrokken disciplines. (Schilfgaarde 2010)

De zorgstandaard kent ook een vertaling voor de patiënten, zodat deze weten hoe hun behandeling dient te worden vormgegeven.

De zorgstandaard bevat enerzijds de medische richtlijnen van de diverse beroepsgroepen, en beschrijft anderzijds welke zorg mensen met een chronische aandoening nodig hebben, om zo goed mogelijk met hun aandoening te kunnen omgaan en zo de kwaliteit van hun leven te verbeteren. De zorgstandaard geeft een functionele beschrijving van de activiteiten, dus beschrijft *wat* er gebeurt, maar niet *wie* (welke zorgverlener) de zorg verleent of *waar* dit gebeurt.

Diabetes Mellitus type II was de eerste aandoening waarvoor een zorgstandaard werd opgesteld. Alle betrokken professionals van diverse disciplines en de patiëntenorganisaties verenigden zich in de Nederlandse Diabetesfederatie en in april 2003 werd de eerste Diabetes zorgstandaard vastgesteld. In januari 2009 geeft VWS de opdracht aan ZonMW om een gemeenschappelijk raamwerk voor de zorgstandaarden te ontwikkelen en hiertoe wordt een coördinatieplatform zorgstandaarden opgericht. In februari 2010 publiceert het coördinatieplatform het rapport *Zorgstandaarden in model* (Schilfgaarde 2010). De inhoudelijke onderbouwing hiervan beschrijf ik in hoofdstuk 3. In 2009 wordt de Zorgstandaard Vasculair risicomanagement gepubliceerd (VRM), en in 2010 de Zorgstandaard COPD (chronisch obstructieve longziekte). In 2011 is de zorgstandaard obesitas gereed gekomen. In ontwikkeling zijn de zorgstandaarden voor depressie, artrose, dementie, astma, cerebrovasculair accident (CVA) en kanker (www.zorgstandaarden.nl)

2.5 Integrale bekostiging

De zorgstandaard beschrijft zorg, die op verschillende manieren gefinancierd wordt. Individuele preventie zoals meer bewegen en begeleiding bij stoppen met roken valt niet onder de verzekerde zorg, educatie valt soms onder de AWBZ of de WMO, fysiotherapie valt onder de aanvullende verzekering, en huisartsenzorg zit in de basisverzekering evenals medisch-specialistische zorg. De financiering van huisartsen en specialisten kent eigen voorwaarden voor contractering en verantwoording, waarin de samenwerking niet voorop staat. Er bestaat geen financiering voor ondersteuning van zelfmanagement, voor de organisatie van de zorg over alle disciplines heen, en voor het registreren en verwerken van de data benodigd voor feedback en verantwoording. Om de zorgstandaard te kunnen uitvoeren is een financiering nodig die aansluit op de diverse componenten en activiteiten.

Om aan deze nieuwe financiering tegemoet te komen, geeft minister Klink de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een aanwijzing over een nieuwe bekostigingsvorm voor de vier niet-complexe chronische zorgvormen diabetes, COPD, vasculair risicomanagement en hartfalen. Het gaat om integrale bekostiging op basis van de zorgvraag of aandoening van een patiënt en gebaseerd op een functionele omschrijving van de zorg. (VWS 2008) Deze bekostiging wordt ook functionele bekostiging of DBC-financiering (diagnosebehandelcombinatie) genoemd.

Hierdoor kan de zorg integraal worden ingekocht en worden zorgaanbieders gestimuleerd om samen te werken in zorgprogramma's, die zijn vormgegeven rondom de zorgvraag. Voorwaarde voor een functionele bekostiging is het aanwezig zijn van een zorgstandaard, waarin de totale zorg voor een chronische ziekte staat beschreven. De NZa adviseert de minister van VWS de functionele bekostiging in te voeren met ingang van 1 januari 2010 voor diabeteszorg en vasculair risicomanagement, omdat voor deze zorg door alle partijen geaccordeerde zorgstandaarden aanwezig zijn. Zodra de zorgstandaarden voor COPD en hartfalen gereed zijn, zou daarvan de functionele bekostiging kunnen volgen. (NZa 2010)

2.6 Ontwikkelingen bij zorgaanbieders

2.6.1 Huisartsen

‘Voor iemand met een veel voorkomende chronische aandoening, zoals diabetes of een hartvaataandoening, is de huisarts de meest geraadpleegde hulpverlener. De huisarts levert generalistische zorg, met aandacht voor de persoonlijke context van de patiënt, diens voorgeschiedenis en comorbiditeit. De zorg is dicht bij huis, zonder financiële drempels, en afgestemd op de behoeftes en keuzes van de patiënt, gebaseerd op actuele richtlijnen zoals vastgelegd in de NHG-standaarden en landelijke samenwerkingsafspraken. De huisarts ziet zichzelf als spilfunctie in de gezondheidszorg en wil een gids zijn voor de patiënt. Om de zorg voor patiënten met een chronische aandoening op systematische en programmatische wijze te kunnen organiseren, zoals beschreven in de Zorgstandaard, dienen er randvoorwaarden gerealiseerd te worden in de vorm van ondersteuning en financiering’. (NHG 2010)

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft bezwaar tegen het begrip functionele bekostiging, waarin wordt gesproken van zorg, zoals die door huisartsen wordt verleend. Zij wijzen op het integrale, generalistische karakter van de huisartsenzorg, die niet over verschillende personen of organisaties moet worden versnipperd.

In de huisartsenpraktijk is het vooral de praktijkondersteuner / praktijkverpleegkundige (POH) die de zorg aan mensen met een chronische aandoening coördineert, de verschillende onderdelen van de zorgstandaard volgt en mensen begeleidt bij het omgaan met hun aandoening. De POH verleent deze zorg in nauwe samenwerking met de huisarts. Het percentage chronisch zieken dat contact heeft met een POH is de afgelopen jaren flink gestegen: van 4% in 2003, naar 22% in 2004 naar 39% in 2008. De stijging is vooral te danken aan een stijging binnen de groep mensen met diabetes en de groep mensen met astma of COPD. Bij andere chronische aandoeningen stijgt het percentage dat contact heeft met de POH minder of niet. (Heijmans 2010)

Behalve huisartsen bieden veel andere professionals zorg aan mensen met een chronische aandoening, zoals in de eerstelijns apothekers, fysiotherapeuten, diëtisten, en podotherapeuten, en in de tweede lijn medisch specialisten, zoals internisten, longartsen en cardiologen. In enkele regio's ontstaan gespecialiseerde klinieken of transmurale centra, waarin alle zorg voor een bepaalde aandoening geconcentreerd wordt.

2.6.2 Zorggroepen

Kleinschalige huisartsenpraktijken zijn niet in staat om aan alle eisen voor het organiseren van de chronische zorg te voldoen. Er is een schaalvergroting in de eerstelijns nodig om betere samenhang in de zorg te organiseren, om de zorg in te richten naar de inhoud van de zorgstandaard, om afspraken te kunnen maken met andere zorgaanbieders, en om gesprekspartner met de verzekeraars te kunnen zijn.

Bij integrale bekostiging is één zorgaanbieder hoofdcontractant, waarmee de andere zorgaanbieders in de keten contracten kunnen afsluiten en zo hun kosten kunnen declareren. Om deze functie van hoofdcontractant te kunnen realiseren zijn in Nederland diverse zorggroepen opgericht. Een zorggroep is een organisatie met rechtspersoonlijkheid waarin zorgaanbieders zijn verenigd. De zorggroep is verantwoordelijk voor de coördinatie en levering van de gecontracteerde zorg in een bepaalde regio. Tot maart 2010 zijn in totaal 97 zorggroepen opgericht met minimaal één operationeel zorgprogramma. (Struijs 2010)

De meeste zorggroepen bieden in 2010 een programma voor diabeteszorg, wat bekostigd wordt via een keten-dbc contract. In 2010 hebben slechts zes zorggroepen een contract voor COPD ketenzorg gesloten en slechts twee voor Vasculair risicomanagement, ondanks dat veel zorggroepen deze programma's al in voorbereiding hadden. De belangrijkste reden van de stagnatie van de zorgprogramma's is het problematisch overleg met de zorgverzekeraar om tot contractering van de zorg te komen. En daar waar wel overeenstemming met de eigen preferente zorgverzekeraar is bereikt, is het niet vanzelfsprekend dat andere verzekeraars deze afspraken volgen. (Struijs 2010)

Zorggroepen bestaan voor het merendeel (83%) uitsluitend uit huisartsenpraktijken die zich verenigd hebben in een rechtspersoon, BV, coöperatie of stichting. De zorggroep heeft zelf enkele mensen in dienst als manager, coördinator, projectleider, en heeft contracten met huisartsenpraktijken over het leveren van de zorg. Daarnaast worden contracten afgesloten met andere disciplines, zoals diëtetiek, oogheelkunde, podotherapie en de medisch specialist over hun aandeel in de zorg.

Belangrijk knelpunt in de organisatie van de zorg is de ICT-ondersteuning, zowel voor de registratie van de zorg en de uitwisseling tussen de behandelaars, als voor het verzamelen van data voor verantwoording en spiegelinformatie.

De zorggroepen beginnen in 2010 op beperkte schaal met het betrekken van patiëntervaringen bij hun beleid in de vorm van een patiëntervaringsonderzoek (62%) of via een samenwerking met een soort cliëntenraad of met een regionale patiëntenvereniging (75%) (Struijs 2010).

2.6.3 Gezondheidscentra

Een deel (bijna 20%) van de zorggroepen bestaat uit al langer bestaande gezondheidscentra en koepels van gezondheidscentra. In gezondheidscentra zijn minimaal drie verschillende disciplines werkzaam, waarvan naast huisartsgeneeskunde, meestal fysiotherapie, maatschappelijk werk, wijkverpleegkunde, en farmacie. De centra werken wijkgericht, en hebben al langer multidisciplinaire werkafspraken voor specifieke doelgroepen in hun wijk, die ze de laatste jaren hebben uitgebreid met zorgprogramma's voor chronische aandoeningen. De gezondheidscentra hebben naast de financiering voor monodisciplinaire zorg een aanvullende financiering via de NZa beleidsregel Geïntegreerde Eerstelijnszorg, voor de organisatiekosten en voor een extra zorgaanbod gebaseerd op een lokaal zorgaanbodplan (NZa 2009). In dit zorgaanbodplan zijn ook afspraken over de chronische zorg opgenomen.

Bij de LVG staan 59 individuele gezondheidscentra ingeschreven, en 22 koepelorganisaties die tezamen 148 gezondheidscentra beheren (www.lvg.org). De individuele gezondheidscentra maken voor de chronische zorg vaak deel uit van de hierboven genoemde zorggroepen. Het zijn met name de koepelorganisaties, die zelf contracten sluiten met zorgverzekeraars over hun aanbod van chronische zorgprogramma's. In deze contracten is de financiering geregeld in een mix van ketenzorgfinanciering en/of geïntegreerde eerstelijnsfinanciering. De precieze uitwerking is vooral afhankelijk van het beleid van de zorgverzekeraar.

2.7 Resultaten van deze ontwikkelingen tot nu toe

Er is nu enkele jaren ervaring met de invoering van de zorgstandaarden, met name van diabetes, COPD en vasculair risicomanagement. Over deze ervaringen zijn recent enkele publicaties verschenen, zowel over de resultaten van de zorg als over het effect van de integrale bekostiging.

2.7.1 Evaluatie diabetesketenzorg

Het RIVM heeft van 2007 tot en met 2009 binnen het ZonMw-programma Diabetes Ketenzorg een evaluatie uitgevoerd naar een tiental experimenten met integrale bekostiging van diabeteszorg in Nederland. De resultaten hiervan zijn in november 2009 gepubliceerd en lieten zowel positieve als negatieve effecten zien (Struijs 2009). Om meer te kunnen zeggen over de effecten op de kwaliteit van de diabeteszorg, is dit onderzoek met twee jaar verlengd. Het onlangs uitgebrachte rapport laat onder meer de volgende conclusies zien:

de meeste zorggroepen zijn monodisciplinaire samenwerkingsverbanden van huisartsen; vijf van de negen zorggroepen hebben een KIS(keteninformatiesysteem) en een is met de voorbereiding hiervan bezig; vier zorggroepen hebben tevens een keten-DBC voor COPD en/of VRM; de meeste proces- en uitkomstindicatoren van de diabeteszorg zijn (licht) verbeterd; er is sprake van taakdelegatie van huisartsenzorg naar de POH, van oogarts naar optometrist en steeds meer insulineafhankelijke diabetes worden door de huisarts begeleid in plaats van door de internist. Men ervaart geen

problemen met patiënten die in meerdere zorgprogramma's participeren, en men ziet verbetering doordat de zorg meer gestructureerd wordt aangeboden en de POH meer tijd en aandacht aan de patiënt besteedt. Hoewel polyfarmacie veelvuldig voorkomt, ontbreken hierover meestal afspraken in het multidisciplinaire protocol. Zorggroepen hebben nog geen concreet beleid en interventies voor ondersteuning van zelfmanagement. Een enkele zorggroep biedt groepseducatie en twee zorggroepen hebben een patiëntenportaal. Alle deelnemers noemen de toename van de kwaliteit van de zorg als succes, en als knelpunt de onderhandelingstrajecten met de verzekeraar, de toenemende administratieve lasten en de beperkingen van de ICT. (Struijs 2012)

De evaluatie van de uitkomsten wordt bemoeilijkt door het ontbreken van een landelijke standaardisatie van de uit te wisselen gegevens. Dit leidt tot registratie – en extractieproblemen, waardoor het nog niet mogelijk is om prestaties van zorggroepen met elkaar te vergelijken. Een analyse hierover is gemaakt door de Werkorganisatie Transparante Keten zorg van de Adviesgroep Keten zorg en de LVG. Dit leidt tot een set van aanbevelingen voor de verbetering van definities over doelgroepen, registraties, afkapwaarden en indicatoren. (Transparantie keten zorg 2012)

In Europees verband is in het Dimeval project (developing and validating Disease Management evaluation methods for European health care systems), onderzoek gedaan naar de resultaten van chronic care en disease management programma's (Nolte 2012). Dit onderzoek is gedaan in 8 landen waaronder Nederland. In Nederland zijn de resultaten van 18 diabeteszorggroepen geanalyseerd over de jaren 2008 tot en met 2010. De gegevens van 106.623 diabeten worden vergeleken, zowel op individueel niveau, als op het niveau van de zorggroep. Er zijn methodologische knelpunten, door het ontbreken van een controlegroep, door het missen van data, en door niet-vergelijkbare data. De verschillen tussen diabeten binnen een zorggroep zijn groter dan tussen de zorggroepen onderling. Hierdoor is het niet mogelijk conclusies te trekken over de effectiviteit van het disease management programma of over het effect van een dbc-bekostiging.

Subgroepanalyse laat zien dat diabeten, die bij aanvang slecht ingesteld waren, relevante verbeteringen laten zien na 11-12 maanden behandeling. In de jaren erna verbetert dit niet verder. Er is een groter effect zichtbaar bij mensen die vaker op controle komen. Intensief disease management (vaker controleren en meten) heeft vooral goed resultaat bij de groep die aanvankelijk slechtere waarden had. Hieruit concluderen de onderzoekers, dat er geen uniform programma gewenst is, maar een intensief programma voor diabeten die dit nodig hebben, en een minder intensief programma bij stabiele diabeten, om hun waarden op niveau te houden. Omdat indicatoren daarover ontbreken, zijn er geen gegevens over houding, kennis en gedrag van patiënten en de invloed daarvan op de diabetes.

2.7.2 Evaluatie van de chronische zorg

De overzichtsstudie 'Zorg voor chronisch zieken' van het NIVEL biedt een actueel overzicht van de zorg voor chronisch zieken op drie onderwerpen: de organisatie van de zorg, de ondersteuning van zelfmanagement, en van zelfredzaamheid en participatie. (Ursum 2011) Hierbij richten ze zich op de kwaliteit en de kosten, en de dilemma's daartussen.

In de organisatie van de zorg wordt verbetering van de kwaliteit beoogd door het implementeren van de zorgstandaarden. Samen met de verbeterde samenwerking tussen professionals moet dit leiden tot efficiënte zorg die gericht is op preventie en beheersing van de chronische ziekte. De ontwikkelde zorgprogramma's zijn ziektespecifiek, en nog niet volledig integraal. Er wordt weinig aandacht besteed aan multimorbiditeit.

Men kan nog niet zeggen of door preventie en een goede beheersing van de chronische ziekte, mensen minder vaak of minder snel complicaties of comorbiditeit zullen krijgen, waardoor kosten bespaard kunnen worden. Het instrument van de integrale bekostiging leidt niet tot een volledig integrale financiering. Essentiële onderdelen van de zorg zoals preventie, diagnostiek,

geneesmiddelen, fysiotherapie, verpleging en hulpmiddelen zijn niet opgenomen in de integrale bekostiging.

Systematische reviews laten tegenstrijdige resultaten zien over de (kosten-)effectiviteit van ketenzorg, waardoor hierover nog geen eenduidige uitspraak is te doen.

Er zijn lokale initiatieven voor de ontwikkeling van instrumenten voor zelfmanagementondersteuning, en van E-health instrumenten. Er is nog geen sprake van een landelijke implementatie van zelfmanagementprogramma's, en er is nog slechts beperkte wetenschappelijke onderbouwing voor de effectiviteit. Er is meer onderzoek nodig over welke kennis, houding en vaardigheden van zorgverleners bijdragen aan beter zelfmanagement. Prikkels om patiënten en zorgverleners te stimuleren tot zelfmanagement ontbreken. (Ursum 2011)

Op verzoek van het ministerie van VWS heeft ZonMw een aantal project- en onderzoeksprogramma's over geïntegreerde zorg gestart. (www.zonmw.nl)

Vrijhoef heeft 104 projecten uit 6 ZonMw programma's over geïntegreerde zorg geanalyseerd, naar de mate van integratie en het perspectief van de patiënt. De meeste projecten zijn gericht op het verbeteren van de relaties tussen zorgverleners en de afstemming van de zorg. Het perspectief van de zorgverlener overheerst. Bij minder dan 10% is er sprake van volledige integratie van zorg. Meer onderzoek is nodig naar de volgende vragen: welke patiënten hebben welke baten bij welk type/niveau van geïntegreerde zorg en welke impact heeft dergelijke zorg op de structuur, proces en uitkomsten (inclusief kosten) van zorg en de relaties hiertussen. (Vrijhoef 2011)

Op 19 maart 2012 is het ZonMw programma disease management voor chronische ziekten afgesloten, waaraan 22 praktijkprojecten drie jaar deelnamen. Een aantal projecten voerden interventies uit gericht op patiënten, zoals zelfmanagement training, folders en informatie over therapie, gezondheidsmarkt, websites en patiëntenportals voor ondersteuning, en hulp met leefstijlverbetering. Andere interventies waren gericht op professionals, met de introductie van een nieuw keteninformatiesysteem (KIS), training, substitutie van tweede naar eerste lijn, ondersteuning door een protocol, betere organisatie van de zorg. Wetenschappers van i-BMG onderzoeken de resultaten door metingen en vragenlijsten bij professionals en patiënten, gericht op elementen van het Chronic Care Model. Zij vinden een positief verband tussen de mate waarin hulpverleners van verschillende disciplines samenwerken, en de kwaliteit van de chronische zorg. (Cramm 2012b). Ook de mate van leiderschap, samenwerking met partners en aansturing van de organisatie, hebben effect op de kwaliteit van het zorgproces. (Cramm 2012a)

Het onderzoek onder patiënten laat zien dat mensen met COPD verschillen van die met diabetes of hart-vaatziekten, in de zin dat zij lager opgeleid zijn, meer fysieke klachten hebben, en meer depressieve symptomen hebben. Chronische patiënten met meer vaardigheden voor zelfmanagement, hebben minder lichamelijke klachten en minder depressieve symptomen. Mensen met een hogere opleiding hebben meer vaardigheden voor zelfmanagement. (Cramm 2011a)

De voorlopige conclusie van de begeleiders van dit programma is, dat er veel verbetering is bereikt bij de inrichting van het zorgproces en bij nieuwe toepassingen van ICT zoals ketendossiers en patiëntenportals. De resultaten op het gebied van zelfmanagement en het betrekken van maatschappelijke activiteiten bij de zorg stagneren. (Driessen 2012)

2.7.3 Evaluatie van de integrale bekostiging

Op verzoek van het ministerie van VWS rapporteert de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging over de eerste ervaringen met integrale bekostiging in de zorg voor diabetes, vasculair risicomanagement (VRM) en COPD. Het tweede rapport is in januari 2012 verschenen, twee jaar na de invoering van de integrale bekostiging. (EIB 2012)

De commissie concludeert dat er inmiddels meer ervaring is met de contractering van COPD en VRM, naast diabetes. Er komen oplossingen voor de ICT-problemen en er is verbetering zichtbaar in de

transparantie, en in de samenwerking in de eerste lijn en met de specialisten. Zorggroepen en zorgverleners zien een verbetering van de kwaliteit van de geleverde zorg. Er zijn daarentegen ook nog veel problemen: de contractering verloopt erg moeizaam, met contracten die pas halverwege het jaar worden afgesloten, uiteenlopende opstellingen van de verzekeraars hierin, en een verzekeraar die weinig vertrouwen heeft in integrale bekostiging en daarom kiest voor een koptarief. Een belangrijk probleem voor alle partijen is een toename van de administratieve lasten, met name ook door het naast elkaar bestaan van oude en nieuwe systemen van bekostiging. De rol van de patiënt komt nog onvoldoende uit de verf, de patiënt ervaart niet méér integrale zorg en er is nog weinig sprake van zelfmanagement en zorgplannen.

Het onderzoek van de evaluatiecommissie is gebaseerd op de eerste ervaringen en nog kleinschalig. Er zijn nog geen gegevens over de kosten en de effecten van de integrale bekostiging. Hierover zullen medio 2012 wel enkele rapporten verschijnen, maar de commissie waarschuwt dat de effecten op de macrokosten van de zorg en op de kwaliteit van de zorg pas op langere termijn zichtbaar zullen zijn. (EIB 2012)

3 De organisatie en kwaliteit van de chronische zorg

Zowel nationaal als internationaal wordt veel gesproken over begrippen als ketenzorg, chronische zorg en geïntegreerde zorg. Wat verstaan we daaronder en welke theorieën zijn er over de organisatie van de chronische zorg? Het Chronic Care Model is een internationaal geaccepteerd model voor de organisatie van de chronische zorg, en is ook in Nederland een inspiratie voor de inrichting van de zorg. Het beter samenwerken rond de patiënt met een chronische aandoening, vraagt betrokkenheid van veel zorgverleners en organisaties en is niet eenvoudig gebleken. Er zijn diverse modellen ontwikkeld, die handvatten bieden voor het verbeteren van de kwaliteit van de chronische zorg.

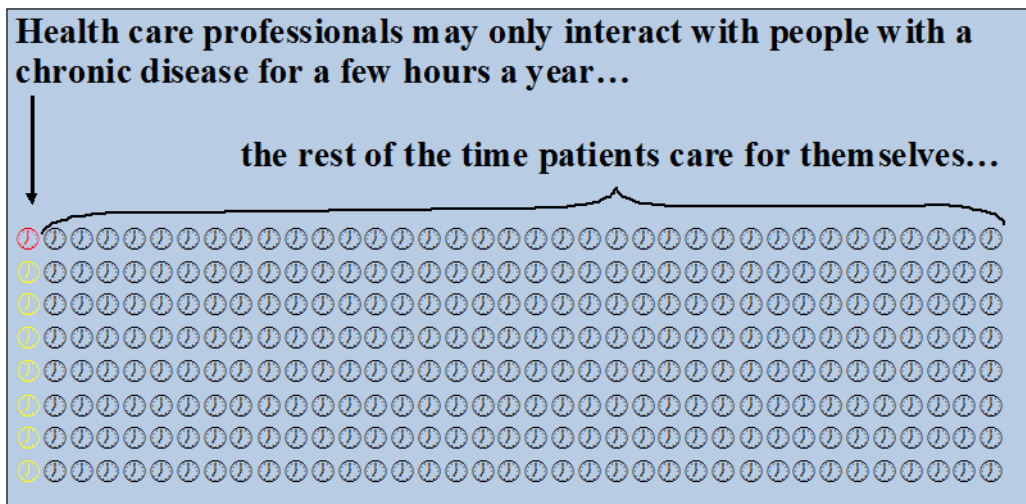
3.1 Chronische aandoeningen vragen een andere organisatie van zorg

De zorg voor mensen met een chronische aandoening stelt andere eisen aan de gezondheidszorg. Wie een chronische aandoening heeft, weet dat zij/hij met deze aandoening zal moeten 'leren leven'. Na de eerste schok van de boodschap, een kwaal te hebben die niet meer over gaat en geleidelijk zal verergeren, hebben de meeste mensen een grote behoefte om van alles te weten te komen over de aandoening en de behandeling ervan. Een chronische ziekte betekent over het algemeen regelmatige controles, je leven lang medicijnen gebruiken, te maken krijgen met wisselende hulpverleners, die niet goed met elkaar communiceren of waarvan de zorg niet op elkaar is afgestemd. De klachten en beperkingen kunnen onverwacht en/of acuut verergeren, waardoor het nodig is om snel toegang te hebben tot de juiste zorg. De ziekte heeft gevolgen voor je dagelijks leven, voor werk, hobby's en relaties. Wie moet leven met een chronische ziekte maakt een transitieproces door naar de incorporatie van de ziekte in het eigen leven: 'de ziekte moet in mijn leven passen, en niet andersom' (Booys 2009).

De klachtgerichte benadering past niet bij deze chronische ziekten. In de huisartsenpraktijk en in het ziekenhuis staat nog vaak het spreekuurmodel op de voorgrond, waarin de patiënt komt met een klacht en een vraag, de (huis)arts onderzoekt en bespreekt in overleg met de patiënt de mogelijkheden van behandeling, met als doel tot zoveel mogelijk genezing te komen. De arts is deskundig, heeft de leiding, bepaalt het behandeldoel, en de patiënt voelt zich onzeker, is afhankelijk en wacht af.

In de chronische zorg worden de grootste problemen niet opgelost in de spreekkamer, maar moet de patiënt er zelf alle dagen in de week mee zien om te gaan, 24 uur per dag. Dit wordt het best weergegeven in de volgende illustratie:

Figuur 3.1 Professionals only interact a few hours a year (Ham 2007)



Het doel van chronische zorg is het stimuleren van een actieve en deskundige patiënt, die zoveel mogelijk in staat is, om zelf met zijn aandoening om te kunnen gaan, en dus ook zo min mogelijk een beroep hoeft te doen op de gezondheidszorg. (Wagner 1996)

De twintigste eeuw heeft ons veel kennis opgeleverd over de behandeling van de meest voorkomende chronische aandoeningen, zoals diabetes, astma/COPD, hartvaatziekten, reuma en artrose, en de zorg is vastgelegd in richtlijnen en standaarden. Uit onderzoek blijkt echter, dat patiënten niet altijd de zorg krijgen, zoals gewenst is. (Blokstra 2007) De zorg is fragmentarisch, niet doelmatig, met overlappen en lacunes.

Er ontbreekt vaak een hulpverlener die de coördinatie van de zorg door verschillende zorgverleners regelt. Het stimuleren van de eigen regie en het afstemmen van de zorg op de behoefte van de patiënt is verre van optimaal (gebeurt in minder dan 50%,) en slechts bij 55% wordt jaarlijks door huisarts en/of apotheker de medicatie doorgenomen. (Faber 2011)

Om dit te verbeteren, is een proactieve, systematische aanpak gewenst, gericht op duidelijke zorgdoelen, en gebaseerd op evidence-based richtlijnen, en met een duidelijke rol voor de patiënt die met deze aandoening moet kunnen omgaan. Hierbij wordt de chronische aandoening bekeken in samenhang met de andere aandoeningen, die vaak voorkomen, de bijhorende medicatievragen, en de psychische, sociale en economische gevolgen voor de patiënt. (Wagner 1996)

3.2 Organisatie van chronische zorg en definities

In de afgelopen decennia zijn inzichten ontstaan en innovaties ontwikkeld om de kwaliteit en de doelmatigheid van de chronische zorg te verbeteren. Men streeft naar een programmatische aanpak met:

- meer samenhang tussen preventie en curatie;
- beter gebruik maken van de mogelijkheden van de chronische patiënt zelf;
- beter afgestemde multidisciplinaire zorg.

Om de zorg, geleverd door verschillende professionals, beter op elkaar af te stemmen, ontstaat het begrip ketenzorg. Bij ketenzorg vormt de zorgorganisatie veelal het primaire aangrijpingspunt. De RVZ omschrijft ketenzorg in 1998 als een 'samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen, gericht op een specifieke patiëntencategorie en in de tijd gefaseerd'. (RVZ 1998) Het doel is een sluitende keten van diagnostiek, behandeling en begeleiding van en zorg

voor mensen met een specifieke aandoening, en kan zowel op acute als op chronische zorg betrekking hebben, zoals bij CVA-ketenzorg.

Het begrip disease management ontstaat in de Verenigde Staten, onder meer in 1995 bij de Boston Consulting Group. Kenmerkend voor diseasemanagement is, dat de patiënt het primaire aangrijpingspunt is voor de verbetering van de zorg. Er zijn meerdere definities van diseasemanagement:

De programmatische en systematische aanpak van specifieke ziekten en gezondheidsproblemen door middel van het gebruik van managementinstrumenten met als doel de kwaliteit en doelmatigheid te bevorderen. (Spreeuwenberg 2005)

Disease management consists of a group of coherent interventions designed to prevent or manage one or more chronic conditions using a systematic, multidisciplinary approach and potentially employing multiple treatment modalities. The goal of disease management is to identify persons at risk for one or more chronic conditions, to promote selfmanagement by patients and to address the illnesses or conditions with maximum clinical outcome, effectiveness and efficiency regardless of treatment setting(s) or typical reimbursement patterns. (G. Schrijvers 2009)

Waar bij disease management het aangrijpingspunt een bepaalde ziekte is, met de coördinatie en afstemming van de verschillende disciplines die bij die aandoening betrokken zijn, gaat 'integrated care' een stap verder.

Een definitie van integrated care, ofwel integrale zorg is:

Integrated Care is a concept bringing together inputs, delivery, management and organization of services related to diagnosis, treatment, care, rehabilitation and health promotion. Integration is a means to improve the services in relation to access, quality, user satisfaction and efficiency (Gröne 2001)

Het grijpt in op het gehele spectrum van dienstverlening in de zorg inclusief gezondheidsbevordering, maar overschrijdt niet de grenzen van de gezondheidssector. (RVZ 2011)

Een uitwerking van integrated care is het Chronic Care Model (Wagner 2002).

3.3. Het Chronic Care Model

Het Chronic Care model beschrijft de zorgverlening aan chronisch zieken binnen een bredere maatschappelijke en beleidsmatige context.

Er worden vier niveaus onderscheiden: de gemeenschap/maatschappij, de organisatie, het zorgteam en de patiënt. (Wagner 2002)

Centraal in het model staat de productieve interactie tussen de geïnformeerde en geactiveerde patiënt en het voorbereid en proactief team van hulpverleners. De hulpverlening is niet alleen gericht op de lichamelijke en/of psychische effecten van de aandoening of ermee samenhangende beperking, maar ook op de sociale gevolgen. Daarbij wordt ook de omgeving van de patiënt betrokken, zoals partner en familie en de mogelijkheden in de woon- en werkomgeving.

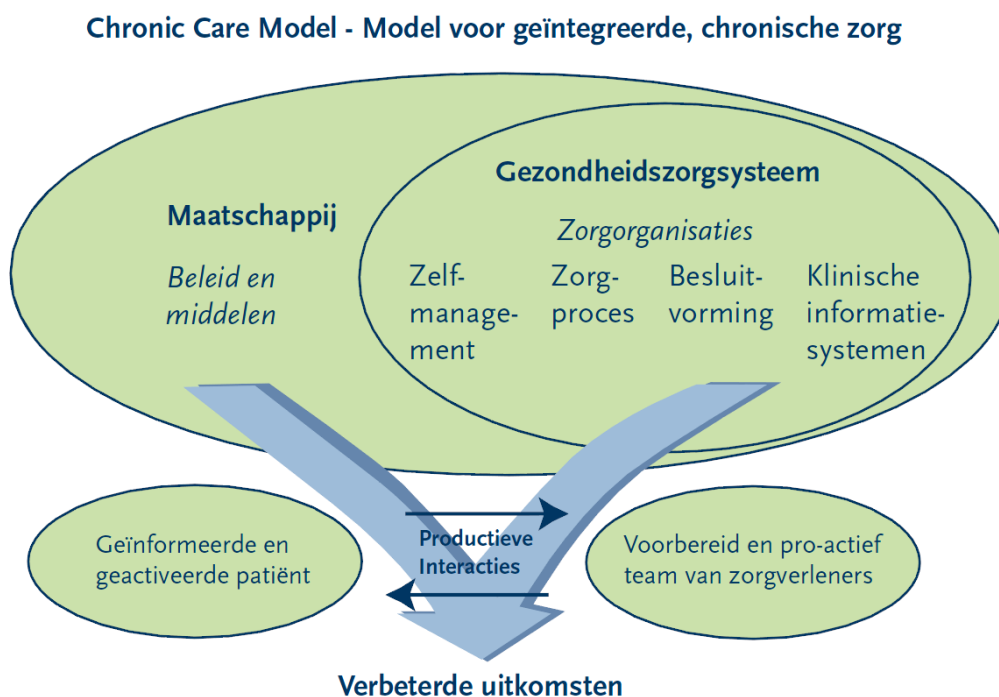
Om deze interacties tot stand te brengen, is een goed functionerend zorgsysteem nodig, met onderling op elkaar afgestemde elementen. (Vrijhoef 2010)

Dit zijn:

1. Ondersteuning van zelfmanagement: de stimulering en ondersteuning van chronisch zieken en hun naaste(n) om de ziekte(n) zelf te managen in het dagelijks leven;
2. Herontwerp van het zorgproces: een verandering in de structuur en het proces van zorgverlening door het creëren van multidisciplinaire teams met een heldere verdeling van taken en verantwoordelijkheden en een proactieve en planmatige wijze van zorgverlening;

3. Ondersteuning van de besluitvorming: evidence-based zorgverlening op basis van richtlijnen en scholing in het gebruik hiervan door teams van zorgverleners;
4. Klinische informatiesystemen: de toepassing van geautomatiseerde datasystemen als herinnering om evidence-based zorg te verlenen, als feedback op de resultaten van het eigen handelen, en als register voor het plannen van zorg aan individuele patiënten als ook voor populatiemanagement;
5. Gezondheidszorgsysteem: zorgorganisaties (hun leiders) prioriteren de chronische zorg in hun doelen, structuur, cultuur en inkomstenwerving;
6. Maatschappij en middelen: de afstemming en/of samenwerking tussen (organisaties van) zorgverleners en diensten in de samenleving (wonen, welzijn en zorg).

Figuur 3.2 Chronic Care Model (Wagner 1996) naar Vrijhoef (2008)



Het model bestaat uit bouwstenen op micro-, meso- en macroniveau.

Het microniveau omvat de patiënt, de familie, het team van zorgverleners en de lokale gemeenschap. Daar waar bij acute problemen één hulpverlener goede resultaten kan bereiken, vereist chronische zorg dat al deze partners samenwerken, en bovendien goed geïnformeerd en gemotiveerd zijn. Bovendien moeten zij op gepaste wijze ondersteund worden door de gezondheidszorgstructuur en door de gemeenschap.

Op mesoniveau kan het gezondheidszorgsysteem een klimaat creëren dat de kwaliteit van de chronische zorg bevordert. Dit kan door de continuïteit en de coördinatie van diensten te waarborgen, door leiderschap te bevorderen, door gezondheidsteams te organiseren en adequaat uit te rusten, door zelfzorg te ondersteunen en door informatiesystemen op te zetten voor communicatie en registratie, door adequate financiering te genereren en ten slotte door de mogelijkheden te scheppen om betere gezondheidsresultaten te halen.

Op macroniveau is het nodig dat overheid en politiek de integratie van zorg bevorderen, de wettelijke context aanpassen, zorgen voor consistente financiering en stevige banden smeden tussen alle relevante partners. (Vermeire 2009)

Bovengenoemde termen van ketenzorg, disease management, integrale zorg, chronische zorg en zorgprogramma's worden in Nederlands onderzoek en beleid door elkaar gebruikt met een overlappende betekenis.

In dit onderzoek heb ik het over chronische zorg, als een integraal systeem in de zin van het Chronic Care Model.

De zorg, die aanbieders organiseren voor een bepaalde aandoening conform de zorgstandaard, heet een zorgprogramma, bijvoorbeeld voor diabetes of COPD.

Daar waar onderzoeken beschreven worden, waarin men andere terminologie gebruikt, zal deze gehandhaafd blijven.

3.4 Het Chronic Care Model in het buitenland

Er zijn nu zo'n tiental jaren ervaringen opgedaan met het Chronic Care Model, het meest in de Verenigde Staten, maar ook in Engeland, Canada, en Australië. De onderzoeken die gedaan zijn, richten zich vooral op de effectiviteit van programmatische zorg bij één bepaalde aandoening. Hiermee zijn positieve effecten te bereiken, maar ze zijn door de grote variatie in aanpak en componenten moeilijk onderling vergelijkbaar. (Ouwens 2005, Singh and Ham 2006, Minkman 2007). De literatuur laat sterke aanwijzingen zien, dat veranderingen in zorgprocessen en uitkomsten het meest succesvol zijn, als er meerdere aangrijpingspunten tegelijk zijn. Dit geldt zowel voor onderzoeken bij één aandoening, zoals diabetes of COPD (Elissen 2012, Steuten 2009) als voor onderzoeken waarin meerdere aandoeningen worden onderzocht (Tsai 2005). De verschillen zijn echter niet altijd significant, en hebben vooral betrekking op de klinische proces- en uitkomstmaten, terwijl de looptijd van het onderzoek vaak niet lang genoeg is.

Het Chronic Care Model is niet een vaststaand programma, het is meer een framework, waarin de algemene begrippen lokaal ingevuld worden. Reviews laten zien dat praktijken die een goede kwaliteit van chronische zorg leveren en een grotere patiënttevredenheid, gebruik maken van meerdere onderdelen van het Chronic Care Model. Deze praktijken zijn ingebed in de huisartsenzorg en maken meer gebruik van ICT reminders, implementatie van richtlijnen door scholing en ICT-ondersteuning, feedback op basis van data, en ondersteuning van zelfmanagement. Er is nog onderzoek nodig naar de uitvoerbaarheid, kosten en effectiviteit van deze organisatie van de zorg, en naar medewerkertevredenheid en patiëntenervaringen. De meeste studies zijn gedaan in zeer gemotiveerde praktijken bij één aandoening. (Coleman 2009, Minkman 2007)

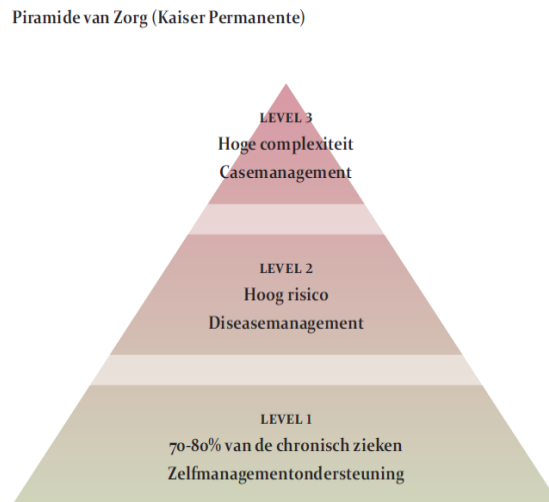
Een belangrijk element is de betrokkenheid van de eerstelijns: er is een verband tussen een sterke oriëntatie op de eerstelijns en verbeterde chronische zorg, en deze beïnvloeding is wederzijds: meer betrokkenheid van de eerstelijns leidt tot betere chronische zorg, en organisaties die goede chronische zorg leveren richten hun eerstelijns zodanig in, dat deze de chronische zorg ondersteunt. (Bodenheimer 2006)

Ervaringen in de Verenigde Staten laten zien welke vraagstukken organisaties tegenkomen bij de invoering van het Chronic Care Model. Men moet ervaring op doen met het werken in multidisciplinaire teams en met het voorbereiden van de zorg voor een proactieve werkwijze. De invoering van ondersteunende informatiesystemen vraagt aandacht voor nauwkeurige registratie en leidt af van de aandacht voor de patiënt. De betrokken artsen werken gewoon door op de oude manier, en laten de verandering om zich heen organiseren. Het Chronic Care Model is een conceptueel systeem en geen blauwdruk voor een bepaalde werkwijze, dus het moet per organisatie vertaald worden in praktische beschrijvingen van werkprocessen. Men schetst het belang van betrokkenheid en leiderschap van de artsen, een goede beschrijving en monitoring van de zorgprocessen, focus aanbrengen in de veranderingen en het nemen van voldoende tijd voor de implementatie. (Hroszkowski 2006)

Het is daarom vooral interessant te kijken naar ervaringen van landen die een sterke eerstelijns gezondheidszorg hebben, zoals Engeland.

In Engeland is in 2004 het 'National Health Service (NHS) and Social Care Model' ingevoerd. Dit berust op een indeling van de populatie in drie lagen, gebaseerd op het Chronic Care Model en de Kaiser Permanente Piramide. Dit indelen van de doelgroep op drie niveaus noemt men ook wel populatiemanagement.

Figuur 3.3 Kaiser Permanente piramide van Zorg (Kaiser 2007)



Het NHS heeft op de drie niveaus van de Kaiser piramide activiteiten ondernomen.

Er zijn diverse regionale projecten voor zelfmanagementondersteuning ingericht.

In de eerstelijns zijn ziektespecifieke protocollen en trajecten ingevoerd en is veel aandacht besteed aan de registratie van de zorg door huisartsen en verpleegkundigen in het elektronisch patiënt dossier.

En er zijn programma's met casemanagement voor mensen met complexe zorgvragen ontwikkeld, meestal kwetsbare ouderen. Het casemanagement leidde tot minder versnippering in de zorg, het opschonen van de medicatie, en meer gebruik van hulpmiddelen en diensten. Het had geen invloed op de ziekenhuisopnames, ligdagen en mortaliteit.

De resultaten van dit programma geven nog geen eenduidig beeld, omdat vaak samenhang tussen de interventies op deze drie niveaus ontbreekt. Ondersteuning van zelfmanagement werd geboden vanuit zelfstandige servicecentra, in plaats van geïntegreerd met bestaande voorzieningen. Men heeft te vroeg prioriteit gegeven aan casemanagement, zonder de zelfmanagementprogramma's goed te ontwikkelen en te financieren. Verder waren er in deze periode acties om de tweedelijns te versterken bijvoorbeeld om de wachtlijsten op te heffen, waardoor een aanzuigende werking ontstond en het effect van de chronic care teniet werd gedaan. Ontwikkelingen die nu ingezet worden zijn: investeringen in ICT en E-health, in preventie met health trainers en healthy life styles, een elektronisch patiëntendossier dat in ziekenhuis en in eerstelijns gebruikt kan worden, en het inzetten van besparingen in het ziekenhuis ten behoeve van zorg in de eerstelijns. (Ham,2009)

In Nederland zijn er diverse ervaringen met disease management, zowel in de eerste lijn, in de tweede lijn en transmuraal (Schrijvers 2005). In de eerstelijns zijn ervaringen opgedaan en onderzocht in het programma Diabetes Keten zorg en in het programma Diseasemanagement voor chronische ziekten beiden van ZonMW, zoals beschreven in paragraaf 2.7.

3.5 Het Chronic Care Model in Nederland

In zijn afscheidsrede als hoogleraar Integratie van Chronische Zorg, hield Spreeuwenberg een pleidooi voor het gebruik van het Chronic Care Model. Hij stelt het bevorderen van het zelfmanagement van de patiënt centraal, en hij noemt zijn rede daarom

“www.mychronicdisease.org: naar de patiënt activerende en ondersteunende zorg”.

De zorg moet niet alleen gaan om klinische indicatoren, maar om doelen die de patiënt zelf kiest. Omdat veel patiënten twee of meer aandoeningen hebben, kiest hij een generalistisch model als basis voor de organisatie van de zorg. Uit de voorbeelden in de omgeving van Maastricht, noemt hij de grote rol van de gespecialiseerde verpleegkundige als centrale zorgverlener, of in de vorm van supervisie van de praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk. Hij benoemt tevens de veranderingen die er nog nodig zijn op het gebied van organisatie van de zorg, beroepsopleidingen, samenwerking en financiering. (Spreeuwenberg 2008)

In 2010 geeft Vrijhoef een overzicht van de onderzoeken naar kwaliteitsverbetering van de chronische zorg op basis van (elementen uit) het Chronic Care Model. Hij geeft aan dat veel onderzoeken zijn gericht op enkele interventies en enkele uitkomsten, bij patiënten met een enkele aandoening. Patiënten zijn nog te weinig betrokken bij de kwaliteitsverbetering en het onderzoek, en de interventies vinden plaats binnen de huidige situatie van een reactief zorgsysteem. Op basis van de literatuur laat hij zien, dat de aanpak voor verbetering van chronische zorg op meerdere factoren van het zorgsysteem dient aan te grijpen. (Vrijhoef 2010)

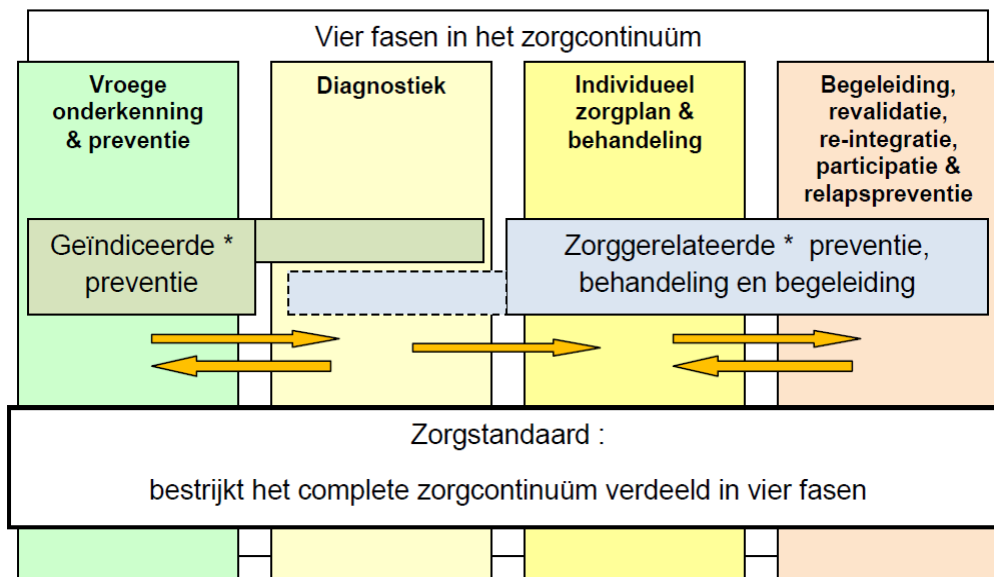
Deze kennis ligt ook ten grondslag aan de keuze van het Chronic Care Model als basis voor de zorgstandaard Vasculair Risicomanagement, en later de standaard voor de zorgstandaarden.

3.5.1 Model voor de zorgstandaarden

In 2009 heeft het Coördinatieplatform Zorgstandaarden bij de ontwikkeling van een model voor de zorgstandaarden gebruik gemaakt van de uitgangspunten van het Chronic Care Model. Deze ‘standaard voor de zorgstandaarden’ dient als onderlegger voor diverse zorgstandaarden voor chronische aandoeningen, en wordt geacht leidend te zijn, niet alleen voor de inhoud van de zorg maar ook voor de organisatie van het zorgproces, de informatievoorziening en het kwaliteitsbeleid, de aanspraken en de bekostiging. Deze ‘moeder’ standaard moet het mogelijk maken dat er zowel generieke, als ziektespecifieke elementen beschreven worden, leiden tot een uniforme manier van werken en die toepassing bij multimorbiditeit (het aanwezig zijn van meerdere aandoeningen bij een persoon) vergemakkelijken. (Schilfgaarde 2010)

Het model van de zorgstandaard bestrijkt het hele continuüm van de ziekte, vanaf vroege opsporing tot behandeling, en begeleiding en voorkomen van terugval. Elke fase kent zijn eigen zorgbehoefte en manier van zorgverlening. In schema is dit als volgt weergegeven:

Figuur 3.4 Schematische weergave van de opzet van zorgstandaarden



Figuur 1 : Schematische weergave van de opzet van zorgstandaarden en hun reikwijdte.
* Geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie zijn gericht op het individu.

Een zorgstandaard kent tenminste vier hoofdstukken:

- I. De ziektespecifiek elementen per fase: dus voor die ziekte de manier van preventie, opsporing, diagnostiek, behandeling en begeleiding;
- II. De generieke elementen van preventie en zorg, die bij deze ziekte van toepassing zijn (en bij vele anderen) beschreven in modules , bv de zorgmodule informatie/voorlichting/educatie, de zorgmodule bewegen, de zorgmodule gezonde voeding en dieet, zorgmodule stoppen met roken ;
- III. De organisatiestructuur van de hele behandeling (preventie en zorg), zowel de generieke als de ziektespecifieke componenten, gericht op het realiseren van een multidisciplinair zorgproces, het ondersteunen van zelfmanagement, ICT-ondersteuning en kwaliteitsbeleid;
- IV. De kwaliteitsindicatoren voor de betreffende ziekte, zowel wat betreft de generieke als ziektespecifieke onderdelen. Indicatoren zijn essentieel voor kwaliteitsinformatie, gericht op de interne kwaliteitsbewaking alsook op de externe kwaliteitsverantwoording.

Het Coördinatieplatform ruimt een belangrijke plaats in voor het belang van zelfmanagement in elke zorgstandaard, hetzij in een aparte module, hetzij als een rode draad door het hele zorgproces. Zelfmanagement stelt de zieke in staat om de gevolgen van de ziekte te kunnen hanteren, de ziekte een plaats in zijn leven te geven en daarmee de kwaliteit van leven te vergroten.

Zelfmanagement bevat de volgende onderdelen:

1. ondersteuning , gericht op het motiveren en de eigen vaardigheden van de patiënt te vergroten;
2. voorlichting en educatie, over de ziekte, de behandeling, het te verwachten beloop, de gevolgen en de eigen mogelijkheden;
3. motivatie en aansluiten bij het niveau van de patiënt;
4. beschikbaarheid van hulpmiddelen ter ondersteuning, zoals e-health, zelfmetingen, werkboeken;
5. een individueel zorgplan met persoonlijke behandeldoelen, wat tevens als leidraad dient voor elke zorgverlener die bij deze patiënt betrokken is;

6. digitale infrastructuur: een persoonlijk gezondheidsdossier en patiëntenportal, zodat inzage en overdracht van gegevens goed gerealiseerd wordt en de patiënt ook eigen informatie kan toevoegen.

Vanaf het verschijnen van deze Standaard voor de zorgstandaarden in 2010, zijn de zorgstandaarden op dit model gebaseerd. Op dit moment zijn de zorgstandaarden diabetes, vasculair risicomanagement, COPD en obesitas gereed. Van de generieke zorgmodules is Stoppen met roken gereed, en Voeding in ontwikkeling. (www.zorgstandaarden.nl)

3.5.2 Invoering zorgprogramma's op basis van het Chronic Care Model

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft een achtergrondstudie uitgebracht, naar de gevolgen van de invoering van het Chronic Care Model in Nederland, toegespitst op de consequenties voor de functies van de zorgprofessionals (RVZ 2011). In dit onderzoek wordt de invoer van de zorgprogramma's bij chronische ziekten vergeleken met het Chronic Care Model. De RVZ constateert nog een groot verschil bij de ondersteuning van zelfmanagement. Bij de zorgprogramma's ligt de nadruk op het bevorderen van zelfzorg en zelfredzaamheid, waarbij de professional gebruik maakt van voorlichting, advies en instructie. Organisaties hebben nog weinig aandacht voor diversiteit tussen groepen patiënten en afstemming van de benadering daarop. (zie figuur 3.3. Kaiser piramide). En er wordt nog weinig aandacht besteed aan de omgeving van de patiënt, aan de betrokkenheid van mantelzorgers, familie en vrienden. Om ondersteuning van zelfmanagement te verbeteren is een duidelijke visie hierop nodig, flexibiliteit in de zorgorganisatie, inzet van een individueel zorgplan en beschikbaarheid van ICT (RVZ 2011).

In de organisatie van het zorgproces ontstaan langzaam meer multidisciplinaire teams. De rol van de vaste zorgcoördinator wordt vaak ingenomen door de praktijkondersteuner, maar deze heeft nog geen coördinatiefunctie naar andere disciplines of naar specialistische zorg. De praktijkondersteuners zouden dan wel meer opgeleid moeten zijn in het ondersteunen van zelfmanagement en het coördineren van de zorg.

In de zorgprogramma's wordt steeds meer gebruik gemaakt van ICT voor het verzamelen van data over de kwaliteit van de zorg, als verantwoordingsinformatie en voor feedback aan professionals. Er zijn nog slechts beperkte mogelijkheden om ICT in te zetten als beslissingsondersteuning, en voor een gezamenlijk patiëntendossier. Rechtstreekse digitale communicatie met patiënten stuit nog op weerstand bij professionals.

Samenwerking tussen de eerstelijnszorg en maatschappelijke organisaties is van belang voor preventie en gezondheidsbevordering, en bij de hulpverlening en begeleiding van patiënten. Dit wordt wel onderkend, maar in de praktijk is er een grote kloof.

De conclusie van het rapport is, dat er veel overeenkomsten, maar ook veel verschilpunten zijn, tussen de ingezette programmatische aanpak en het Chronic Care Model. De keuze voor het Chronic Care model zal betekenen dat er nog veel moet worden veranderd op het niveau van de eerstelijnszorgpraktijk, in de coördinatie van de zorg, de ondersteuning door ICT, de aanpassing van het zorgsysteem als geheel, een financiering zonder knip tussen eerstelijns en verpleging, de samenwerking tussen zorg en welzijn, en de samenwerking met de specialisten in het ziekenhuis (RVZ 2011).

3.6 Meten van kwaliteit van chronische zorg

Om de voortgang en het effect van de chronische zorg te beoordelen, wordt vaak gebruik gemaakt van klinische indicatoren die per ziekte zijn vastgesteld. In 2007 is het programma Zichtbare Zorg van start gegaan om de kwaliteit van de chronische zorg transparanter te maken. Het programma richtte zich in eerste instantie op de drie aandoeningen waarvoor een zorgstandaard bestaat: diabetes mellitus, COPD en vasculair risicomanagement (VRM). In 2009 is een Minimale Data Set (MDS) per aandoening ontwikkeld. (Zichtbare Zorg 2009)

Bij de kwaliteit van de zorg vanuit het patiëntenperspectief gaat het om wat patiënten en cliënten belangrijk vinden in de zorg, en wat hun concrete ervaringen zijn. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van klantervaringsonderzoeken, zoals gemeten door middel van CQ-indexen (www.centrumklantervaringzorg.nl).

De CQ-index is ziekte- of zorgspecifiek en meet de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief.

Daarnaast is het van belang om inzicht te krijgen in de organisatie van de chronische zorg: op welke manier wordt de chronische zorg verleend, wie zijn er bij betrokken, welke patiënten worden bereikt, hoe is het kwaliteitsbeleid, hoe functioneert de samenwerking, hoe is de effectiviteit en de doelmatigheid.

Om hier meer zicht op te krijgen, zijn er in de afgelopen jaren modellen ontwikkeld, waarmee de kwaliteit van de organisatie van de chronische zorg op een andere manier beoordeeld kan worden.

3.6.1 ACIC-vragenlijst

Op basis van de 6 elementen van het Chronic Care Model heeft Wagner c.s. een (zelf)assessment tool ontwikkeld, waarmee zorgaanbieders lacunes in de zorgverlening kunnen opsporen, en het niveau van de implementatie van het Chronic care model kunnen beoordelen. Dit is de ACIC (Assesment of Chronic Illness Care) vragenlijst. (Bonomi 2002) Deze vragenlijst richt zich op de generieke benadering van chronische aandoeningen, onafhankelijk van de ziekte. Het beoogt tevens aangrijpingspunten voor verbetering zichtbaar te maken.

Als onderdeel van het ZonMW diseasemanagementprogramma hebben onderzoekers van het iBMG (Instituut voor beleid en management in de gezondheidszorg) de ACIC vertaald voor de Nederlandse situatie, en getest bij 218 professionals bij 22 diseasemanagementprogramma's. (Cramm 2011) Zij concludeerden dat de D- ACIC een veelbelovend instrument is om het niveau van de chronische zorg te beoordelen.

Naast de ACIC is er ook een instrument om de patiëntenervaringen in de chronische zorg te meten, de PACIC (Patient Assessment of Chronic Illness Care). Deze vragenlijst bevat 20 vragen naar specifieke ervaringen over de zorg, overeenkomend met onderdelen van het Chronic Care Model. De vragenlijst is vertaald naar de Nederlandse situatie en als meest geschikt instrument beoordeeld om de ervaringen te meten van patiënten die chronische zorg ontvangen. (Vrijhoef 2009)

3.6.2 Ontwikkelingsmodel ketenzorg (OMK)

Minkman heeft in een literatuurstudie verschillende internationale kwaliteitsmodellen voor de ketenzorg vergeleken, en de verschillende onderdelen op inhoudelijke samenhang beoordeeld. (Minkman 2007) Zij heeft hierbij ook het Chronic Care Model meegenomen. De 101 elementen voor ketenzorg zijn getoetst in expertbijeenkomsten voor de Nederlandse situatie. Dit heeft geleid tot de ontwikkeling van het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK), met in totaal 89 elementen in 9 clusters. (*bijlage 1*)

Ketenontwikkeling is een meerjarig proces, met verschillende fasen van ontwikkeling. Aan het ontwikkelingsmodel zijn vier ontwikkelingsfasen toegevoegd: initiatief- en ontwerpfase, experiment- en uitvoeringsfase, uitbouw- en monitoringsfase en verduurzamings- en transformatiefase.

In dit model komen alle voorwaarden voor het realiseren van ketenzorg aan bod. Het is getoetst bij 84 ketens in de praktijk, waarbij het erg bruikbaar en relevant bleek te zijn. (Minkman 2012) Een beperking zou kunnen zijn dat dit ketens waren die zich richten op één ziektespecifieke aandoening, zoals CVA, dementie en hartinfarct.

Vilans, kenniscentrum voor langdurende zorg, heeft op basis van dit Ontwikkelingsmodel Ketenzorg een zelfevaluatietool voor ketensamenwerking ontwikkeld. De zelfevaluatietool voor ketenzorg is een digitaal instrument waarmee samenwerkingsverbanden hun ketenzorg kunnen evalueren, verbeteren en verder ontwikkelen. (www.vilans.nl).

3.6.3 IGZ kwaliteitseisen ketenzorg

De Inspectie voor de Gezondheidszorg is in september 2011 gestart met het toezicht op zorggroepen die diabeteszorg organiseren. De Inspectie hanteert daarbij de zorgstandaard Diabetes, een veldnorm die is ontwikkeld en vastgesteld door patiëntenvertegenwoordigers en zorgaanbieders. Verder gaat de inspectie er vanuit dat de meeste zorggroepen vallen onder de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

Tijdens de toezichtbezoeken let de inspectie op: multidisciplinair patiëntendossier, individueel zorgplan, aandacht voor preventie en zelfmanagement, coördinatie van de zorg en het kwaliteitsbeleid van de zorggroep. In het voorjaar van 2012 brengt de inspectie haar eindrapport uit. (www.igz.nl)

3.7 Implementatiestrategie voor een geïntegreerde chronische zorg

Het herontwerp van de chronische zorg volgens het Chronic Care Model, of de Standaard voor de Zorgstandaarden, vraagt verandering in het gezondheidszorgsysteem op veel terreinen.

De RVZ (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg) heeft aangegeven dat, als we in Nederland volgens het Chronic Care Model zouden werken, er nog veel moet worden veranderd op het niveau van de eerstelijnszorgpraktijk, in de coördinatie van de zorg, de ondersteuning door ICT, de aanpassing van het zorgsysteem als geheel, in de financiering, de samenwerking tussen zorg en welzijn, en de samenwerking met de specialisten. (RVZ 2011)

In de Verenigde Staten heeft Wagner beschreven, wat er nodig is om een dergelijk grote verandering in de gezondheidszorg door te voeren. Hij gebruikt daarvoor het model 'Framework for creating a regional health care systeem'. (Wagner 2006) (*bijlage 1*)

In het Verenigd Koninkrijk heeft Ham veel ervaring met de introductie van het Chronic Care Model. Op basis hiervan schrijft hij: er is meer nodig om besluitvormers in de gezondheidszorg en zorgaanbieders te ondersteunen bij deze herinrichting van de zorg naar de behoefte van mensen met een chronische aandoening. Hij beschrijft daarvoor de 10 kenmerken waar zo'n 'high-performing chronic care system' aan moet voldoen. (Ham 2011) (*bijlage 1*)

In beide implementatiestrategieën komen dezelfde elementen terug, namelijk sterk leiderschap (bij Ham expliciet genoemd het physician leadership), gebruik van ICT en datamanagement voor ondersteuning van het zorgproces en kwaliteitsverbetering, herontwerp van het zorgproces met aandacht voor preventie en zelfmanagement, financiering die is afgestemd op de strategische doelen, en samenwerking met andere partners in de regio.

3.8 Kritische succesfactoren voor het implementeren van chronische zorg

Bestudering van de modellen van Minkman, Wagner en Ham laat overeenkomsten en verschillen zien. Het model van Minkman richt zich op het beoordelen van de kwaliteit en de fasering van een bestaand zorgprogramma om te komen tot verbetering in de uitvoering ervan. Het gaat om samenwerking tussen verschillende partners binnen een bestaand zorgsysteem.

De modellen van Wagner en Ham richten zich meer op de ontwikkel- en implementatiestrategie, wat zijn de noodzakelijke voorwaarden en is de beste strategie om in een gebied, regio of bepaalde populatie te komen tot een ander zorgsysteem, namelijk een goed systeem voor integrale chronische zorg.

In alle drie de uitwerkingen komen dezelfde thema's aan bod, die daarmee als de noodzakelijke bouwstenen, en kritische succesfactoren, zijn te beschouwen voor het invoeren van integrale zorg. (*bijlage 1*)

Voor een succesvol beleid is het van belang, dat er alignment is van de strategie en de organisatieonderdelen: alle onderdelen moeten gericht zijn op het behalen van dezelfde doelen. (Wagner 2006)

Deze kritische succesfactoren zijn:

1. Betrokkenheid van patiënten en consumenten, ofwel klantpartnerschap
2. Een goede inrichting van de zorgorganisatie met ICT ondersteuning
3. Afstemming van financiering op de strategische doelen
4. Uitwisseling van data en het sturen op gemeenschappelijke data
5. Leiderschap en een gedeelde missie en visie
6. Samenwerking tussen stakeholders
7. Alignment van de onderdelen gericht op het behalen van gemeenschappelijke doelen

Bij de uitwerking van deze zeven kritische succesfactoren, maak ik gebruik van de onderliggende informatie uit de drie genoemde modellen. (Minkman 2012, Wagner 2006, Ham 2011)

1) Klantpartnerschap: betrokkenheid van patiënten en consumenten in het zorgproces en in de organisatie van de zorg

Het doel is om geïnformeerde en actieve klanten te krijgen, die meer kennis zullen hebben van de zorg en een betere kwaliteit van zorg zullen vragen en kiezen. Mensen willen verschillende soorten informatie en ondersteuning in hun positie als consument (zoeken van hulpverlener) en in hun positie als patiënt (tijdens behandeling).

Acties gericht op de consument:

- Publieksinformatie over de organisatie van de zorg/ etalage-informatie/keuze-informatie
- Idem over de resultaten van de zorg

Acties gericht op de individuele patiënt:

- Educatie over de aandoening en de zorg (richtlijnen, betrokken zorgverleners)
- Zorg toegesneden op individuele patiënt, individueel zorgplan
- Patiënt als partner: prioriteit zelfmanagement met hulp van mantelzorg en familie, lotgenotencontact
- Voordelen voor een patiënt met actieve deelname bv. via korting op de premie
- Community based selfmanagement programma voor patiënten en hun familie

Acties gericht op de patiëntengroep:

- Patiënten en/of vertegenwoordigers zijn betrokken bij het ontwikkelen, verbeteren en monitoren van de zorg

2) Een goede inrichting van de zorgorganisatie met ICT ondersteuning

Het doel is om zorgaanbieders te motiveren en te helpen om hun zorgsysteem te herontwerpen, voor een doelmatige, kosteneffectieve gezondheidszorg voor chronische aandoeningen, niet alleen gericht op behandeling, maar ook op preventie.

Instrumenten hiervoor zijn:

- Prioriteit bij eerstelijnszorg met multidisciplinair team en centrale rol voor verpleegkundigen
- Evidence based richtlijnen en zorgstandaarden met beslissingsondersteuning
- Systematische kwaliteitsverbetering met feedback op basis van indicatoren, het ondersteunen van zwakke of kleine praktijken, door coaching of uitwisseling tussen praktijken/tussen professionals, en betrokkenheid van gespecialiseerde zorgverleners bij de verbeteringen

- Het stroomlijnen van de zorg door verbeteren van de logistiek, helderheid over taken en rollen, coördinatie, gegevensuitwisseling/gezamenlijke dossiervoering.
- ICT ondersteuning: voor patiëntendossier, voor beslissingsondersteuning en voor feedback/spiegelinformatie
- Integratie van meerdere aandoeeningen en zorgvragen bij één patiënt, toegang tot casemanagement bij complexe zorgvragen.
- Focus op preventie en welbevinden, niet alleen behandeling
- Regionale samenwerkingsverbanden, integratie in de wijk, bereiken van moeilijke doelgroepen, netwerken van hulpverleners

3) Het afstemmen van financiering op de strategische doelen (middelen)

Het doel is om te bevorderen dat de financiering de strategische doelen ondersteunt in plaats van tegenwerkt. De huidige financiering is gericht op toename van zorgvraag via meer consulten (stimuleert productie), en op verschuiving van de zorg naar de tweedelij. Aandacht voor preventie, verbetering van leefstijl en zelfmanagement kent geen reguliere financiering.

- Financiering moet de organisatie van de zorg volgen en ondersteunen, zonder perverse prikkels
- Uniforme financiering voor alle patiënten, eenvoudige regelingen en administratie
- Geen financiële drempels voor patiënten
- Beloning naar prestaties op basis van uitkomstmetingen en voor effectieve zorgkosten
- Voordeel voor de patiënt die zich actief inzet
- Meten van doelmatigheid in het verbeteren van de gezondheidszorg en gezondheidswinst
- Transparant ondernemerschap: gezamenlijke inzet van middelen voor de strategische doelen
- Regionale coalities kunnen middelen, incentives en tarieven van verschillende financiers en beleidsmakers coördineren en afstemmen

4) Het uitwisselen van data en het sturen op gemeenschappelijke data

Het uitwisselen van data geschiedt ten behoeve van gezamenlijke doelen en kwaliteitsverbetering. Er dient een focus te zijn, gekoppeld aan het gezamenlijke doel van de verbetering. Er moet overeenstemming zijn over de te bereiken doelen, en de wijze waarop deze worden bepaald. Het uitwisselen van de data moet leiden tot kwaliteitsverbetering op basis van prestatie-uitkomsten: naar hulpverleners om hen te motiveren en informeren over verbeteringen, en naar patiënten en verzekeraars om objectieve informatie te geven voor keuze en verantwoording. En er moeten gegevens verzameld worden over kosten en doelmatigheid.

5) Leiderschap en een gedeelde missie en visie

Van belang zijn gedeelde waarden, missie, ambitie, en heldere doelen van professionals en bestuurders.

Sterk leiderschap met betrokkenheid van professionals, gericht op kwaliteitsverbetering en actief sturend op het veranderprogramma. Het programma is afgestemd op de doelgroep of de populatie van de regio.

Sterk leiderschap betekent een sterk management van de organisatie met een goede staf, goed draagvlak bij alle partijen betrokken bij de verandering, en de leiders op één rij met een gedeelde visie en missie.

6) Samenwerking tussen stakeholders

Een gezamenlijk doel kan niet bereikt worden zonder samenwerking tussen de relevante stakeholders.

Relevante stakeholders zijn zorgverleners, professionals en hun organisaties, patiënten en hun organisaties, verzekeraars en andere financiers, overheid landelijk en lokaal

7) Alignement van de onderdelen

Als laatste punt geldt dat deze kritische succesfactoren in hun onderlinge relatie bekeken moeten worden, zodat ze elkaar in positieve zin beïnvloeden in de richting van de doelen van de chronische zorg.

4 Methoden van onderzoek

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden bevat het onderzoek de volgende stappen: een literatuurstudie naar de organisatie van de chronische zorg in Nederland, en internationaal, een kwantitatieve vragenlijst naar de kwaliteit van de chronische zorg, en een kwalitatieve beschrijving van de ervaringen van enkele zorgorganisaties. Tot slot volgt een analyse waarin deze drie bronnen gecombineerd worden.

4.1 Onderzoeksstrategie

In dit onderzoek maak ik gebruik van een vergelijkende casestudy (Verschuren 2007), waarbij het gaat om de (huisartsen)zorgorganisatie als casus. Het gaat om een mixed methods onderzoek (Warwick 2009a), een complementaire combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek (Warwick 2009b). Er zijn drie manieren waarop ik informatie verzamel over de casus: via literatuuronderzoek, via een kwantitatieve vragenlijst, en via interviews.

Het literatuuronderzoek biedt de informatie over kwaliteitsmodellen voor de chronische zorg, en ervaringen met de implementatie van het Chronic Care Model. Dit levert de informatie voor de soort vragen die ik in de interviews ga stellen.

De kwantitatieve vragenlijst geeft een indruk van de mate waarin de onderzochte zorgorganisaties de onderdelen van het Chronic Care Model geïmplementeerd hebben, met als uitkomst de onderdelen die minder goed geïmplementeerd zijn.

In de interviews met dezelfde organisaties verzamel ik vooral informatie over die minder geïmplementeerde organisatieonderdelen. Dit leidt tot aanvullende kwalitatieve informatie passend bij de kwantitatieve vragenlijst.

De gegevens uit deze drie bronnen (literatuur, vragenlijst en interviews) worden in samenhang met elkaar geanalyseerd via bronnentriangulatie (Verschuren 2007), en leiden dan tot de beantwoording van de onderzoeksvraag.

4.2 Selectie van de zorgaanbieders

Zoals in hoofdstuk 2 beschreven, zijn het vooral de huisartspraktijken, waarin huisartsen en praktijkondersteuners/verpleegkundigen samenwerken, die de chronische zorg uitvoeren. Zij doen dit in georganiseerd verband, hetzij in een zorggroep, hetzij in een gezondheidscentrum of geïntegreerde eerstelijnsorganisatie.

De gezondheidscentra zijn van oudsher op landelijk niveau georganiseerd in de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerstelijns (LVG). Bij het ontstaan van de Zorggroepen ontstond er behoefte aan kennisontwikkeling en -deling over nieuwe organisatievormen en is hiervoor binnen de LVG een aparte kamer voor Zorggroepen opgericht. Vanuit dezelfde behoefte is binnen de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) samen met de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) de Adviesgroep Ketenzorg opgericht om de zorggroepen te ondersteunen. In februari 2012 hebben beide organisaties besloten om hun activiteiten te bundelen tot één werkorganisatie voor de ondersteuning van zorggroepen.

Voor dit onderzoek heb ik gekozen voor acht aanbieders van chronische zorg op basis van de volgende criteria:

5. huisartsenpraktijken in een georganiseerd verband;
6. ervaring met chronische zorg betreffende een of meerdere zorgprogramma's;
7. contracteert zelf een of meer zorgprogramma's
8. regionale spreiding met diverse preferente zorgverzekeraars;
9. variatie in organisatievormen (zorggroepen bestaande uit huisartsenpraktijken, organisaties voor de geïntegreerde eerstelijns);

10. korter of langer ervaring met ketenzorg;
11. Lid van de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerstelijns.

De selectie van deze zorggroepen berust op een strategische steekproef (Verschuren 2007). Zorggroepen, die lid zijn van de LVG, zijn vaker al in de beginfase actief geworden in de chronische zorg, en hebben meer ervaring en vaker meerdere zorgprogramma's dan de gemiddelde zorggroep. Dit zou een voordeel kunnen zijn, omdat mijn onderzoek vooral gericht is op de ervaring met de organisatie van de chronische zorg.

Daarnaast heb ik gekozen voor een onderscheid tussen zorggroepen (bestaande uit huisartsenpraktijken) en organisaties voor de geïntegreerde eerstelijns, om te kijken welke invloed de organisatievorm en de aanwezigheid van overige financieringsafspraken heeft op de uitoefening van de chronische zorg. Deze noem ik samen de zorgorganisaties.

Deze acht organisaties zijn benaderd via een mail aan de coördinator of manager van de zorgprogramma's, met een korte uitleg over het doel en de opzet van het onderzoek.

4.2.1 Kenmerken van de zorgorganisaties

Om te kijken in welke opzichten de zorgorganisaties verschillen of overeenkomen met alle zorggroepen in Nederland zijn de volgende organisatiekenmerken beschreven:

- oprichtingsjaar;
- aantal deelnemende huisartsen;
- aantal deelnemende patiënten;
- aantal zorgprogramma's en type;
- aantal betrokken disciplines;
- soort financiering;
- wijze van (ICT)zorgregistratie;
- wijze van ICT data-extractie;
- wijze van betrokkenheid patiënten bij de organisatie of het beleid;
- preferente zorgverzekeraars.

In een overzicht worden deze gegevens vergeleken met de gegevens van Zorggroepen in Nederland 2010.(Struijs 2010)

4.3 De implementatie van het Chronic Care Model bij de zorgorganisaties

4.3.1 Keuze van het onderzoeksinstrument

Om deze vraag te beantwoorden, is gebruik gemaakt van de D-ACIC vragenlijst (*bijlage 2*) Dit is de Nederlandse versie van de ACIC vragenlijst (Assesment of Chronic Illness Care). Bij de evaluatie van het ZonMW diseasemanagementproject is deze vragenlijst door het iBMG gevalideerd voor gebruik door teams bij disease management programma's voor enkelvoudige aandoeningen (Cramm 2011b). Het i-BMG spreekt hierbij van disease management programma's gebaseerd op het Chronic Care Model.

De vragenlijst werkte bij de eerste meting binnen het disease management project als een soort quickscan, naar de mate van implementatie van de verschillende componenten van de chronische zorg bij het project. Bij de tweede meting liet de vragenlijst een verbetering van de scores zien, bij die componenten waar de verbeteractie op gericht was. (Cramm 2011b)

De beschrijving van en toelichting bij de oorspronkelijke ACIC- vragenlijst vermeldt, dat deze bedoeld is voor zorgverleners om op te sporen, welke lacunes er zijn in de chronische zorg, als start voor een verbetertraject, en om de aard en het niveau van de gemaakte verbetering te toetsen (www.improvingchroniccare.org). Men gaat uit van een generieke organisatie van de chronische

zorg, die niet aandoening-specifiek is. Dit leidt tot het oordeel, dat deze vragenlijst geschikt is om bij zorgorganisaties met meerdere zorgprogramma's, een eerste screening te doen naar lacunes in de organisatie van de chronische zorg.

Deze vragenlijst is zonder uitgebreide instructie in te vullen door zorgaanbieders, en geeft op een eenvoudige wijze een beeld van de mate waarin het Chronic Care Model geïmplementeerd is, en op welke onderdelen.

De D-ACIC vragenlijst bevat 34 vragen over de zes onderling verbonden componenten van het Chronic Care Model, namelijk:

1. gezondheidszorgsysteem: programma's winnen aan doelmatigheid als de gehele organisatie zodanig is ingericht, dat men zich kan concentreren op de zorg voor chronische aandoeningen (vraag 1.1 t/m 1.6);
2. maatschappij: de banden tussen de zorgpraktijk en zorgaanbieders/organisaties in de gemeenschap spelen een belangrijke rol bij programma's voor chronische aandoeningen (vraag 2.1 t/m 2.3);
3. de praktijk van de zorg, onderverdeeld in
 - 3a ondersteuning van zelfmanagement (vraag 3.1 t/m 3.4);
 - 3b besliskundige ondersteuning: beschikken over richtlijnen en protocollen, gespecialiseerde zorgverleners, nascholing en het betrekken van patiënten om effectieve therapieën onder de aandacht van zorgverleners te brengen (vraag 3.5 t/m 3.8);
 - 3c organisatie van de zorg: functioneren van het multidisciplinaire team, leiderschap, proactieve controles afgestemd op zorgvraag en op de richtlijnen, continuïteit van zorg (vraag 3.9 t/m 3.14);
 - 3d informatiesystemen in de gezondheidszorg: tijdige, relevante informatie over individuele patiënten, met mogelijkheden voor reminders, feedback en een behandelplan. (vraag 3.15 t/m 3.19);
 - 3e integratie van de componenten in het chronische zorg model: effectieve zorgsystemen integreren en combineren alle componenten van het chronische zorg model, zoals het verbinden van zelfmanagement doelstellingen aan informatiesystemen (vraag 3.20 t/m 3.25).

De antwoorden op deze vragen vallen binnen vier vastgestelde niveaus van implementatie, variërend van "weinig tot niets" tot "volledig geïmplementeerde interventie". Binnen ieder van deze vier niveaus kunnen de respondenten kiezen uit de mate waarin deze beschrijving van toepassing is. Het resultaat is een 0-11 schaal, met categorieën die beschreven zijn als:

0-2 (weinig of geen aanwijzing voor chronische zorg);

3-5 (enige aanwijzing voor chronische zorg);

6-8 (voortgang in de chronische zorg);

9-11 (optimale geïntegreerde chronische zorg).

Het is mogelijk om de scores per component te berekenen door het totaal aantal punten voor die component op te tellen en te delen door het aantal items per component.

4.3.2 Verzamelen van gegevens

De D-ACIC vragenlijst is aan de contactpersoon van de organisatie gestuurd, met de vraag om de vragenlijst te laten invullen, door drie personen binnen de organisatie: de manager/coördinator, een huisarts en een POH. Omdat de ACIC-vragenlijst vraagt om een eigen inschatting van de kwaliteit van zorg, kan er een meer genuanceerd beeld ontstaan van de organisatie, als er meerdere respondenten zijn.

4.3.3 Beschrijving van de resultaten:

Per organisatie worden de scores van de zeven componenten berekend en vergeleken. De componenten met de laagste waardering worden beschreven.

Binnen de componenten worden de scores van de 34 kenmerken berekend en vergeleken. Dit leidt tot een beschrijving van die kenmerken die het minst geïmplementeerd zijn.

De uitkomsten van de D-ACIC vragenlijst kunnen aldus de volgende informatie geven:

- a) Zijn er overeenkomsten en verschillen tussen de zorgaanbieders in hun scores, en op welke onderdelen?
- b) Welke componenten van het Chronic Care Model zijn, naar de beoordeling van de zorgaanbieders, het minst geïmplementeerd?
- c) Zijn er verschillen of overeenkomsten met eerdere onderzoeken met de D-ACIC vragenlijst in Nederland?

4.4 De ervaringen van de zorgaanbieders met de organisatie van de chronische zorg

4.4.1 Keuze van het onderzoeksinstrument

Om inzicht te krijgen in de wijze waarop de zorgaanbieders de chronische zorg organiseren, heb ik gekozen voor semigestructureerde interviews met de acht organisaties.

In deze interviews beperk ik me tot die componenten van het Chronic Care Model, die, blijkens de analyse met de D-ACIC in de eerste fase van het onderzoek, bij de meeste zorgaanbieders het minst gerealiseerd zijn. (antwoord op vraag b).

De interviews zijn gebaseerd op vragen die voortkomen uit de zeven kritische succesfactoren voor de organisatie van de chronische zorg (zie paragraaf 3.7).

Deze kritische succesfactoren zijn:

1. Betrokkenheid van patiënten en consumenten, ofwel klantpartnerschap
2. Een goede inrichting van de zorgorganisatie met ICT ondersteuning
3. Afstemming van financiering op de strategische doelen
4. Uitwisseling van data en het sturen op gemeenschappelijke data
5. Leiderschap en een gedeelde missie en visie
6. Samenwerking tussen stakeholders
7. Alignement van de onderdelen gericht op het behalen van gemeenschappelijke doelen

Per succesfactor wordt gevraagd naar de ervaringen van de organisatie met dit onderwerp, gebaseerd op een aantal subvragen per item. Tevens wordt gevraagd naar successen en knelpunten of risico's, die men ervaren heeft. (*bijlage 3*)

4.4.2 Verzamelen en verwerken van de gegevens

De interviews bestaan uit gesprekken van ongeveer 75 minuten met de manager, projectleider of programmacoördinator van de acht organisaties, zijn opgenomen en daarna integraal uitgeschreven en geordend rondom de hierboven genoemde kritische succesfactoren.

Dit leidt tot een beschrijving van de ervaringen van de organisaties op deze onderwerpen, en de door hen zelf ervaren successen en knelpunten.

4.5 Analyse van de ervaringen en adviezen

De gegevens uit de literatuurstudie, uit de vragenlijsten en uit de interviews worden via bronnentriangulatie in hun onderlinge samenhang beschreven en geanalyseerd. Hierbij worden mogelijke verklaringen gegeven vanuit de verschillende organisatiekenmerken. De successen en knelpunten en risico's worden geïdentificeerd.

De analyse wordt vervolgd met een interpretatie van deze bevindingen en met enkele adviezen over de verdere voorwaarden, die noodzakelijk zijn om de implementatie van de integrale chronische zorg in Nederland te bevorderen.

5 De deelnemende zorgorganisaties in beeld

Dit hoofdstuk beschrijft een aantal kenmerken van de zorgorganisaties die hebben deelgenomen aan dit onderzoek en vergelijkt deze met de zorggroepen uit het RIVM-onderzoek van 2010. Vervolgens geven de uitkomsten van de D-ACIC-vragenlijst een beeld van de mate waarin de elementen van het Chronic Care Model zijn geïmplementeerd.

5.1 Kenmerken van de deelnemende organisaties

Aan dit onderzoek hebben vier zorggroepen, bestaande uit huisartsenpraktijken, meegedaan en vier organisaties voor de geïntegreerde eerstelijns (gezondheidscentra).

De kenmerken van de zorggroepen en eerstelijnsorganisaties, komen zoveel mogelijk overeen met die in het RIVM-rapport 'De organisatie van Zorggroepen anno 2010' (Struijs 2010). Enkele items kenden een ander definitie in 2010 of zijn niet gevraagd. In dit overzicht beperk ik me tot de onderdelen die betrekking hebben op de organisatie van het zorgproces.

5.1.2 Grootte van de organisatie en aanbod zorgprogramma's

Het onderscheid tussen zorggroepen en eerstelijnsorganisaties is zichtbaar in de leeftijd van de organisatie. Gezondheidscentra bestonden al voor de invoer van de DBC-financiering in 2007. Dat heeft gevolgen voor de organisatiestructuur die, al of niet, ingericht moet worden om de chronische zorg te verlenen.

De drie grootste organisaties met de meeste huisartsen en het grootste werkgebied (> 150.000 inwoners ingeschreven bij de aangesloten huisartsen) zijn allen zorggroepen.

De eerstelijnsorganisaties werken, overeenkomend met hun visie en hun financiering, gebiedsgericht met een zorgaanbod voor een bepaalde wijk of stad. Hun grootte varieert, maar is gemiddeld kleiner dan die van de zorggroepen.

Het is opvallend dat de zorgorganisaties allen een (vrij) groot aantal zorgprogramma's (2-7) in uitvoering hebben, en zich hierbij niet beperken tot de DBC-financiering. Andere bronnen voor de financiering van zorgprogramma's zijn de financiering voor de geïntegreerde eerstelijnszorg (GEZ), de beleidsregel innovatie, en diverse projectgelden. Deze financieren alleen de organisatiekosten, en niet de zorgverlening zelf, zoals in de DBC-financiering. Bij de zorggroepen is er een grotere spreiding in het aantal zorgprogramma's (2-5), dan bij de eerstelijnsorganisaties (5-7), maar dit verschil is gering.

Er is een grote overeenkomst in de soort zorgprogramma's die gekozen worden, naast diabetes, COPD en VRM. Het betreft met name GGZ of GGZ-aandoeningen, astma samen met COPD, en ouderen en dementie.

Het aantal betrokken disciplines geeft aan, dat chronische zorg multidisciplinaire zorg is. Naarmate de organisatie meer zorgprogramma's uitvoert, neemt het aantal disciplines toe. Voor zorg met DBC-financiering worden samenwerkingscontracten afgesloten met de betrokken disciplines. Bij de andere financieringsvormen zijn er voornamelijk inhoudelijke samenwerkingsafspraken.

Tabel 5.1 Grootte van de organisaties en zorgaanbod

	Dit onderzoek N = 8 (%)		RIVM 2010 N = 55 (%)	
Jaar van oprichting	6 < 2007	2 ≥ 2007	11 < 2007	43 ≥ 2007
Aantal deelnemende huisartsen	< 50	3 (38)	< 50	25 (46)
	50-100	3 (38)	50-100	14 (26)
	> 100	2 (25)	> 100	16 (29)
Aantal patiënten in zorg bij de aangesloten huisartsen	< 50.000	2 (25)	Niet bekend	
	50-150.000	3 (38)		
	> 150.000	3 (38)		
Aantal patiënten in zorg bij het diabetesprogramma	Niet bekend		<1.000	3 (6)
			≥1.000 en <5.000	25 (47)
			≥5.000 en <10.000	16 (30)
			≥10.000	9 (17)
Zorgprogramma's in uitvoering via DBC financiering	diabetes	8 (10)	diabetes	55 (100)
	COPD	7 (88)	COPD	7 (13)
	VRM	4 (50)	VRM	2 (4)
Zorgprogramma's in uitvoering via financiering van geïntegreerde eerstelijnszorg (GEZ)	COPD	1	Niet bekend	
	VRM	2		
	GGZ/depressie	3		
	Ouderen/dementie	3		
	Hartfalen	1		
Zorgprogramma's in uitvoering via projectfinanciering / module innovatie	GGZ/depressie	3	Niet bekend	
	Ouderen	5		
	Astma	2		
Aantal betrokken disciplines in loondienst of via detachering	0	3	Alleen voor diabeteszorg, in loondienst of via samenwerkingscontract: 2-8	
	1-4	2		
	5-10	3		
Aantal betrokken disciplines via samenwerkingscontract	0-5	2		
	6-10	3		
	11-16	3		
Overige disciplines met afspraken	2-8	8	Niet bekend	
Totaal aantal verschillende disciplines	9- 19		Niet bekend	

5.1.3 Betrokkenheid van patiënten bij de zorgorganisaties

In tegenstelling tot het onderzoek in 2010 zijn alle zorgorganisaties in dit onderzoek op enigerlei wijze in gesprek met patiënten en hun organisaties over de kwaliteit en de uitvoering van de zorg. Dit gebeurt in uiteenlopende vormen over uiteenlopende onderwerpen. Het patiëntervaringsonderzoek is vaak een verplicht onderdeel van de afspraken voor de DBC-financiering.

Tabel 5.2 Betrokkenheid van patiënten bij de organisatie

Patiënten zijn structureel betrokken door*	Dit onderzoek N = 8 (%)	RIVM 2010 N = 55 (%)
Aanwezigheid van een klachtencommissie	3 (28)	13 (24)
Aanwezigheid van een cliëntenraad	3 (28)	6 (11)
Samenwerking met een patiëntenvereniging	2 (25)	23 (42)
Samenwerking met een regionale patiënten /consumentenorganisatie	4 (50)	5 (9)
Het uitvoeren van patiëntvervalsonderzoek	7 (88)	Niet vermeld
Overige, cliëntenraad met professionele patiënten	1 (13)	Niet vermeld
Patiënten niet betrokken	0 (0)	14 (26)
* meerdere antwoordmogelijkheden		

5.1.4 Gebruik van informatiesystemen

Klinische informatiesystemen worden in de chronische zorg gebruikt voor datamanagement voor het verkrijgen van gegevens over de resultaten van de zorg, voor kwaliteitsbewaking en feedback aan de zorgverleners, en voor verantwoording aan de verzekeraar. Tevens is ICT-ondersteuning van belang voor dossiervoering, ondersteuning van het zorgproces, informatie-uitwisseling tussen behandelaars, en deelname van de patiënt. Deze beide functies worden niet altijd ondersteund door een en hetzelfde systeem.

Tabel 5.3 ICT voor datamanagement

Gegevensregistratie vindt plaats door *	Dit onderzoek 2012 N = 8 (%)	RIVM 2010 N = 55 (%)
HIS-extractietool	3 (28)	27 (49)
KIS-extractietool	3 (28)	18 (33)
Apart registratiesysteem naast HIS	1 (13)	9 (16)
Extractie uit HIS door derden bv. Regionale datacentra	3 (28)	5 (9)
Handmatig	0 (0)	5 (9)
* meerdere antwoordmogelijkheden		

Tabel 5.4 ICT voor vastleggen van zorginformatie

Registratie van patiëntenzorg in *	Dit onderzoek 2012 N = 8 (%)	RIVM 2010 N = 55 (%)
HIS (huisartsen-informatie-systeem)	8 (100)	55 (100)
KIS (ketenzorg-informatie-systeem)	5 (63)	18 (33)
Patiëntenportal (in ontwikkeling)	5 (63)	11 (20)
Op papier, zorgdossier	3 (28)	8 (15)
Patiënt heeft toegang tot het eigen dossier	5 (63)	11 (20)
* meerdere antwoordmogelijkheden		

Bij alle zorgorganisaties zijn mogelijkheden aanwezig om gegevens te verzamelen ten behoeve van de verantwoording aan de zorgverzekeraar en voor feedback aan de medewerkers. Binnen de eerstelijnsorganisaties gebruiken alle deelnemers één zelfde HIS, bij de zorggroepen hebben de aangesloten huisartsenpraktijken meerdere HISsen in gebruik.

Vijf van de acht organisaties zijn actief bezig met de implementatie van een patiëntenportaal, waarbij de patiënt toegang krijgt tot het eigen dossier. Dit betreft vier maal een geavanceerd keteninformatiesysteem, waarbij ook alle behandelaars toegang hebben. Eenmaal betreft het een patiëntenportaal voor het huisartseninformatiesysteem.

5.1.5 De verzekeraars, die bij deze organisaties betrokken zijn

Bij het contracteren van zorgprogramma's speelt de dominante verzekeraar een grote rol. Bij de selectie van de zorgorganisaties voor dit onderzoek, is gekeken naar een spreiding over de verzekeraars, en dit bleek ook uit de resultaten. De dominante verzekeraar wordt vooral bepaald door de regio waarin de zorgorganisatie actief is.

Van de vijf grote verzekeraars werd CZ het meest genoemd (5x) gevolgd door Achmea (4x), VGZ (4x), Menzis (3x) en UVIT (1x).

De mate van concentratie van een verzekeraar verschilt sterk: vier organisaties hebben > 50% van de verzekerden bij één verzekeraar. Bij twee organisaties is er amper sprake van een dominante verzekeraar, met 3 - 4 verzekeraars die ieder rond de 20% van de verzekerden hebben.

5.2 Uitkomsten van de kwaliteitsmeting met de D-ACIC vragenlijst

5.2.1 Respons op de D-ACIC vragenlijsten

Aan alle contactpersonen van de zorgorganisaties is gevraagd om drie personen de D-ACIC vragenlijst te laten invullen: een programmaleider of manager, een huisarts en een praktijkondersteuner.

Er zijn 24 vragenlijsten verstuurd, drie per organisatie. Hiervan zijn er 18 retour ontvangen (responsrate 75%):

- 4 organisaties hebben 3 vragenlijsten ingevuld
- 2 organisaties hebben 2 vragenlijsten ingevuld
- 2 organisaties hebben 1 vragenlijst ingevuld

Alle contactpersonen hebben de vragenlijst ingevuld, en daarnaast 1 projectleider, 5 huisartsen en 4 praktijkondersteuners. Als redenen om de vragenlijst niet in te vullen werd overbelasting van hulpverleners aangegeven (vier maal), en drie mensen hebben de vragenlijst niet ingevuld, omdat ze deze te ingewikkeld en gebruiksonvriendelijk vonden.

5.2.2 Overeenkomsten en verschillen tussen de zorgaanbieders in hun score

De D-ACIC vragenlijst is opgebouwd uit de zeven componenten van het Chronic Care model: Centraal staan de vier componenten die samen en in interactie met elkaar de kwaliteit van de chronische zorg bepalen:

- ondersteuning van zelfmanagement (3A)
- besliskundige ondersteuning (3B)
- de organisatie van het zorgproces (3C)
- de klinische informatiesystemen (3D)
- de integratie van de vier componenten tot een geïntegreerd zorgproces (3E)

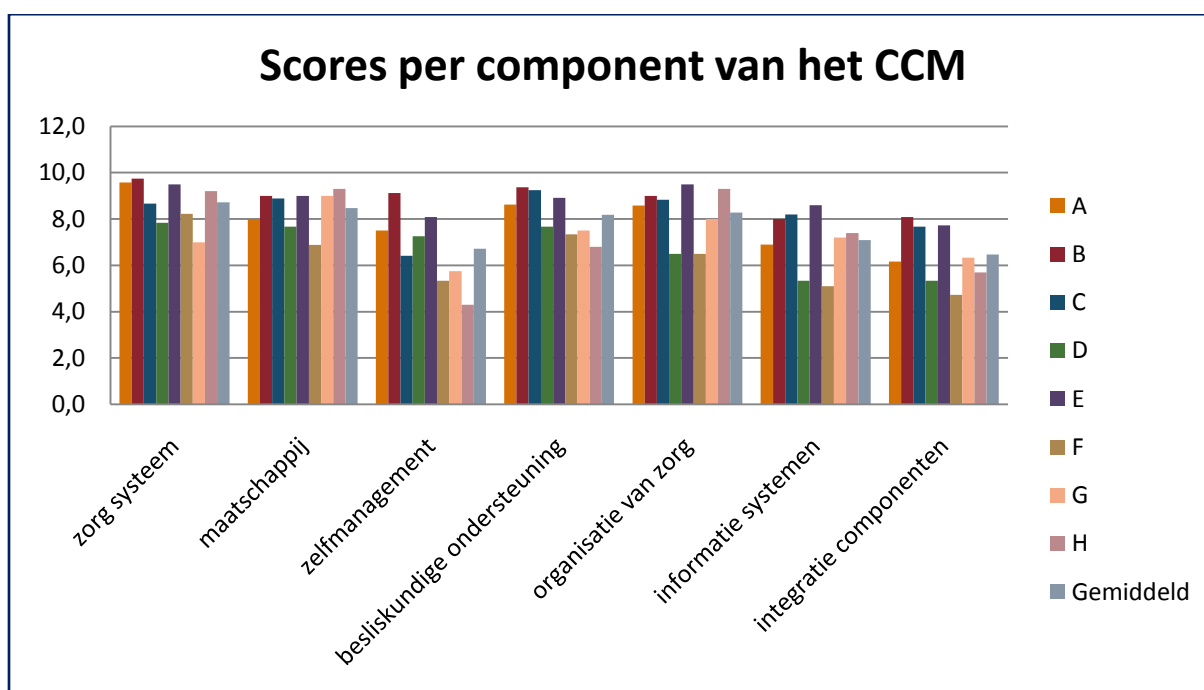
Deze vinden plaats in een samenhangend gezondheidszorgsysteem (component 1), dat goed is aangesloten op de maatschappelijke omgeving (component 2).

Eerst zijn de uitkomsten van de zeven componenten van het Chronic Care Model met elkaar vergeleken. Hiertoe heb ik per organisatie de uitkomsten van de deelnemers per component samengevoegd en gemiddeld. De organisaties zijn met een hoofdletter aangegeven.

Tabel 5.5: uitkomsten van componenten van CCM per deelnemer

CCM	1 zorgsysteem	2 maatschap- pij	3a zelfmanage- ment	3b besliskundige ondersteuning	3c organisatie van zorg	3d informatie systemen	3e integratie
A	9,6	8,0	7,5	8,6	8,6	6,9	6,2
B	9,8	9,0	9,1	9,4	9,0	8,0	8,1
C	8,7	8,9	6,4	9,3	8,8	8,2	7,7
D	7,8	7,7	7,3	7,7	6,5	5,3	5,3
E	9,5	9,0	8,1	8,9	9,5	8,6	7,7
F	8,2	6,9	5,3	7,3	6,5	5,1	4,7
G	7,0	9,0	5,8	7,5	8,0	7,2	6,3
H	9,2	9,3	4,3	6,8	9,3	7,4	5,7
Gemid- deld	8,7	8,5	6,7	8,2	8,3	7,1	6,5
SD	1,0	0,9	1,6	1,0	1,2	1,3	1,2

Grafiek 5.1 uitkomsten per component van CCM per deelnemer



De componenten *Gezondheidszorgsysteem*, *Maatschappij*, *Besliskundige ondersteuning* en *Organisatie van de zorg*, hebben gemiddeld de hoogste scores, respectievelijk 8,7 - 8,5 - 8,2 – 8,3. De componenten *Ondersteuning van zelfmanagement*, en *Informatiesystemen* scoren gemiddeld het laagst, met 6,7 en 7,1. Dit komt ook terug bij de component *Integratie*, waarin gemeten wordt in welke mate de afzonderlijke onderdelen elkaar ondersteunen, score 6,5.

Per organisatie bekeken halen de volgende componenten de laagste scores: vier organisaties hebben hun laagste score bij *Informatiesystemen* (3D), en vier organisaties hebben hun laagste score bij *Ondersteuning van zelfmanagement*(3A).

Samenvattend is er grote overeenstemming tussen de zorgaanbieders in de beoordeling van de implementatie van de componenten van het Chronic Care Model. Zij geven aan dat de componenten *Klinische informatiesystemen* en *Ondersteuning van zelfmanagement* nog de meeste aandacht vragen bij de organisatie van de chronische zorg, evenals de integratie hiervan, zoals te zien is bij de component *Integratie in het chronisch zorg model* (3E).

5.2.3 De rol van de diverse kenmerken binnen de componenten

Om meer inzicht te krijgen in welke factoren een rol spelen bij deze componenten, zijn per organisatie de afzonderlijke kenmerken binnen de componenten bekeken. Hierbij is berekend welke kenmerken per organisatie de laagste score behaalden (\leq Minimum + SD). De kenmerken die bij meer dan één organisatie laag scoorden zijn de volgende:

Tabel 5.6 De kenmerken met de laagste scores

Kenmerken met laagste scores meer dan 1 keer genoemd		
	Uitkomsten D-ACIC	aantal keer laagste scores n=8
	3a Ondersteuning zelfmanagement	
3.1	vastleggen behoeftes en activiteiten tav zelfmanagement	3
3.2	ondersteuning zelfmanagement	3
3.3	betrekken van vragen en zorgen van pt en familie	2
	3b Besliskundige ondersteuning	
3.8	informereren van pt over richtlijnen/standaarden	2
	3c Organisatie van zorgproces	
3.11	gestructureerd en flexibel afsprakensysteem	3
	3d Informatiesystemen in de zorg	
3.16	reminders aan zorgverleners beschikbaar	3
	3e Integratie van componenten in het chronisch zorg model	
3.20	informereren van pt over de richtlijnen met hun rol	3
3.21	informatiesystemen met doelstellingen zelfmanagement	6
3.22	beschikbare programma's in de omgeving	3
3.23	gegevens uit informatiesysteem voor plannen van zorg	2
3.25	richtlijnen voor de zorg gedeeld met patiënten	3

Samenvattend:

de organisaties beoordelen de kenmerken, die gaan over de rol van de patiënt en diens familie bij het zorgproces, als het minst geïmplementeerd, evenals de ondersteuning hierin door de klinische informatiesystemen en de wijze waarop de zorg is georganiseerd.

5.2.4 Een vergelijking met eerdere metingen .

Het vergelijken van de uitkomsten van de D-ACIC vragenlijst beperkt zich tot de vier componenten van de zorgorganisatie, namelijk *Ondersteuning van zelfmanagement*, *Besliskundige ondersteuning*, *Organisatie van het zorgproces* en de *Informatiesystemen*. De score loopt van 0 tot en met 11.

In Nederland is de D-ACIC-vragenlijst gebruikt bij het ZonMW diseasemanagementprogramma bij 22 zorgprogramma's (zie paragraaf 2.7.2), zowel bij de start van het programma (0-meting), als een jaar later in 2011 (1-meting). (Cramm 2011b)

Tabel 5.7 *Uitkomsten D-ACIC vergeleken*

	D-ACIC kwaliteit van de zorg, scores op de schaal van 0-11			
	Ondersteuning zelfmanagement	Besliskundige ondersteuning	Organisatie van zorgproces	Informatiesystemen
ZonMW- DM n=22 0-meting	5,2	5,6	6,2	4,9
ZonMW-DM N=22 1-meting	6,7	7,4	8,0	6,8
Dit onderzoek n=8	6,7	8,2	8,3	7,1

De resultaten van de zorgorganisaties in dit onderzoek, komen in grote mate overeen met de 1-meting van de deelnemers aan het ZonMw diseasemanagementprogramma.

Op alle onderdelen is een lichte verbetering zichtbaar, behalve bij de *ondersteuning van het zelfmanagement*.

6 Resultaten op basis van de interviews

De resultaten afkomstig uit de interviews zijn opgebouwd rond de drie thema's uit de kritische succesfactoren voor het organiseren van de integrale chronische zorg, namelijk leiderschap, organisatie van de zorg met ICT ondersteuning, en klantpartnerschap. Per thema worden de ervaringen van de organisaties beschreven. Aan het eind van elk thema volgen de belangrijkste successen en knelpunten, zoals deze door de organisaties zelf vermeld zijn.

De resterende drie kritische succesfactoren (financiering, uitwisselen van data, rol van stakeholders) zijn niet expliciet besproken in de interviews, maar komen wel indirect aan de orde. De belangrijkste opmerkingen hierover heb ik verzameld aan het eind van dit hoofdstuk.

6.1 Leiderschap en een gedeelde missie en visie

"het gaat over integrale generieke zorg, we willen niet allerlei verticale ketens. Vroeger was iemand hartpatiënt, toen had je iemand die een hartziekte had, en nu heb je een mens die ook iets aan het hart heeft, en daar willen we naar toe". (H, huisarts)

"de kwaliteitsverbetering staat voorop op aantal punten, moet blijven dicht bij de patiënt, niet medicaliseren, onder regie van de huisarts". (F, projectleider)

Aanleiding voor het organiseren van de chronische zorg:

Binnen de huisartsenzorggroepen waren het in alle gevallen enkele enthousiaste, door kwaliteit gedreven, en ambitieuze huisartsen, die het initiatief namen tot de oprichting van een zorggroep. Men had deze nieuwe organisatiestructuur nodig, om contracten te kunnen afsluiten met een zorgverzekeraar voor het aanbieden van chronische zorg, te beginnen met diabetes. Deze initiatiefnemers zagen in de nieuwe financiering (een integrale bekostiging voor diabetes, en later COPD en VRM) mogelijkheden om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, dit was voor hun de belangrijkste drijfveer. Zij gaven allen aan dat chronische zorg onderdeel is van het integrale concept van de huisartsenzorg, en dat deze in de huisartsenpraktijk georganiseerd moet worden met de regie bij de huisarts.

Binnen de gezondheidscentra was het omslagpunt naar de uitvoering van de chronische zorg minder expliciet. Men had vaak al meerdere zorgprogramma's die voortvloeiden uit de afspraken voor de GEZ-financiering (Geïntegreerde EerstelijnsZorg), maar deze omvatten minder verantwoordingsafspraken en minder structurele samenwerking met externe partners. Hier was het management samen met enkele gedreven huisartsen de initiatiefnemer, om een extra impuls te geven aan de kwaliteit van de chronische zorg, en aan de multidisciplinaire samenwerking.

Andere genoemde argumenten zijn: een betere financiering voor zorg die al geleverd wordt, en de mogelijkheid van substitutie van het ziekenhuis naar de huisartsenpraktijk.

Visie:

De organisaties verschillen in hun visie op de implementatie van de zorgstandaard als basis voor het zorgprogramma. Enkele organisaties zien chronische zorg als een van de onderdelen van de huisartsenzorg, die nu extra aandacht krijgt en een kwaliteitsimpuls nodig heeft, en waarbij vooral de nieuwe functie van praktijkondersteuner veel toegevoegde waarde heeft. Er is aandacht voor het individueel zorgplan en samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners, maar dit alles past binnen het integrale zorgconcept van de huisartsenpraktijk. Deze organisaties laten zich vooral leiden door de wensen van de huisartsendiscipline, het management stelt zich dienend en ondersteunend op en creëert zo het draagvlak.

Wij hebben dienend en ondersteunend leiderschap, mensen moeten blij van je worden. Geen directeur of manager, van daar heb je ze weer, maar vooral goed luisteren, hoe kun je het zo makkelijk mogelijk maken. (F, manager)

Andere organisaties sluiten in hun visie op chronische zorg meer aan bij het Chronic Care Model: het gaat niet alleen om het zorgproces met de klinische uitkomsten, maar juist om de ondersteuning die de patiënt nodig heeft om buiten de spreekkamer met zijn aandoening te functioneren. Vanuit deze visie geven zij meer aandacht aan educatie, ondersteuning van zelfmanagement, en een gedeeld en eigen zorgdossier. Vanuit deze ambities wordt veel ondersteuning en scholing ingezet om professionals mee te krijgen in deze denkwijze. Voor veel zorgverleners zijn dit nieuwe begrippen. Men is nog zoekende om dit vorm te geven. Een aantal organisaties werkt hierbij samen met onderzoeksinstellingen, om in pilots nieuwe vormen van zorg te onderzoeken.

Opvattingen over preventie en samenwerken met bijv welzijn, daar is eigenlijk geen weerstand, hoewel het werken in de spreekkamer en je signalering doen en mensen erdoor krijgen dat is nog een ander verhaal (D, manager)

Integrale bekostiging:

Twee organisaties noemen het voordeel van integrale bekostiging, dat je meer mogelijkheden hebt om te sturen bij de inrichting van het zorgproces, en bij de samenwerkingsafspraken, die je vastlegt in contracten. Binnen de integrale bekostiging kunnen, door de macht van het geld, hardere afspraken gemaakt worden met de huisartsen en met de andere disciplines. Weerstanden worden soms afgekocht, men wordt er immers voor betaald.

Je spreekt mensen aan op de kwaliteit van de zorg, maar sommige dingen zijn nodig, we krijgen geld voor zo'n patiënt en zonder dat geld kunnen we de patiënt niet behandelen.(B, projectleider)

Bij de integrale bekostiging hoort een verantwoording via kwaliteitsindicatoren over het zorgproces en de bereikte resultaten. Dit levert gegevens op voor feedback en kwaliteitsverbetering, vooral gericht op de huisarts en de praktijkondersteuner. Hoewel men soms moeite heeft met het 'kruisjes zetten', is er draagvlak voor deze interne kwaliteitsbewaking en sturing. De verantwoording aan de verzekeraar over zorginhoudelijke indicatoren levert wel discussie op: veel huisartsen hebben moeite met de strikte afspraken over registratie en de rol van de verzekeraar bij het vaststellen van de indicatoren.

Bij oudere huisartsen bestaat argwaan tegen regierol van verzekeraar, door discussie over elk kruisje van indicatoren. Het staat ver af van eigen norm van goede hulpverlening, dus wordt discussie overgelaten aan managers, en komt zo verder af te staan van professionals, het wordt niet meer hun verantwoordelijkheid.(C,manager)

Draagvlak:

Veel huisartsen zien de chronische zorg vooral als het domein van de POH, waarbij de huisarts gewoon op de oude manier kan blijven werken. Zij hanteren het spreekuurmodel ook voor de chronische zorg en werken reactief zonder zorgplan. De voortrekkers binnen de organisaties, zowel de managers als de huisartsen, benadrukken vooral de regierol van de huisarts binnen een team van hulpverleners en merken op dat de huisarts moet leren die rol te spelen. Zij geven aan dat huisartsen juist hun verantwoordelijkheid moeten nemen voor patiënten met een verhoogd risico, en moeten zorgen dat ze meer deskundigheid in huis hebben. Alle organisaties besteden veel aandacht aan het vergroten van het draagvlak, door gebruik te maken van diverse werkgroepen van eigen zorgverleners voor de inhoudelijke ontwikkelingen, die het management adviseren. Door de opleiding van eigen kaderhuisartsen (huisarts met bijzondere medisch-inhoudelijke en organisatorische bekwaamheden) ontstaat er in de organisaties een voorhoede die de leiding neemt, in de visieontwikkeling over de chronische zorg.

Voor en door huisartsen maakt het draagvlak wel groter, maakt het makkelijker om hulp te vragen van een collega. (G, projectleider)

Alle organisaties hebben een medisch manager of medisch adviseur, die tevens huisarts is (geweest). Hulpverleners moeten er aan wennen, dat het management afspraken maakt met de zorgverzekeraar, die ook over de zorginhoud en het medisch domein gaan. Dat geeft nogal eens discussies, vooral in de zorggroepen waar een aantal huisartsen argwanend is tegenover managers. In de gezondheidscentra is men al langer gewend te werken binnen een grotere organisatiestructuur met verantwoordelijkheden op managementniveau.

6.1.1 Succes- en faalfactoren betreffende leiderschap en visie

In de interviews hebben de gesprekspartners de volgende behaalde successen betreffende leiderschap en visie benoemd:

- Enthousiaste gedreven leiders vanuit de huisartsendiscipline, met draagvlak bij de achterban;
- Sterk leiderschap met duidelijke visie, die vooruit kijkt en daarop wil anticiperen;
- Het bestuur als motor met enthousiaste project- of programmamedewerkers;
- Gedrevenheid voor kwaliteitsverbetering;
- Draagvlak, doordat veel zorgverleners betrokken zijn bij de ontwikkeling van de programma's en bij de implementatie;
- Versterking van substitutie naar de eerstelijns;
- Een zorgorganisatie, die zich aan het professionaliseren is met adequate financiering;
- Een geïntegreerd eerstelijnsbedrijf, van waaruit je alle ontwikkelingen kunt aansturen, niet voor elk onderdeel een aparte organisatie;
- Verbetering van het contact met de eigen verzekeraar, deels door alle onderhandelingen, maar ook omdat beiden de verantwoordelijkheid hebben voor dezelfde groep patiënten, waarbij men doelmatig met de kosten om willen gaan.

In de interviews hebben de gesprekspartners de volgende knelpunten en risico's betreffende leiderschap en visie ervaren:

- Te veel veranderingen tegelijkertijd, niet bij te houden door de hulpverleners;
- Activiteiten zowel in de basiszorg, als in de chronische zorg, leiden tot te hoge werkdruk. Er is een noodzaak tot praktijkverkleining;
- Het begrip geïntegreerde zorg en integraal kijken moet meer concreet gemaakt worden, en de waarde van zelfmanagement;
- Onvoldoende ruimte en tijd voor de implementatie van deze nieuwe ontwikkeling, en de dreiging van verzekeraars en overheid dat men halverwege de stekker eruit wil trekken
- Risico's van integrale bekostiging, door ondeskundig of onverstandig omgaan met het contracteren van ketenpartners;
- Integrale bekostiging heeft maar geringe meerwaarde. Je kunt iets makkelijker aan de touwtjes trekken als je daarvoor budget hebt, maar een koptarief en de GEZ-financiering bieden voldoende mogelijkheden om tot geïntegreerde afspraken te komen;
- Negatieve opvattingen van een belangrijke verzekeraar over zorggroepen als zakkenvullers, en over de kostenverhoging door integrale bekostiging;
- Verzekeraars slagen er niet in om gelijktijdig de productie in de tweedelijns af te remmen;
- Er is nog onvoldoende informatie over de langetermijneffecten, al zijn er vanuit het buitenland wel positieve rapporten.

6.2 Een goede inrichting van de zorgorganisatie met ICT ondersteuning

6.2.1 Centrale rol voor verpleegkundigen

De praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk (POH) is in alle organisaties de centrale zorgverlener voor de chronische patiënt. Zij (> 90% is vrouw) doet de controles en begeleiding van de patiënten en is verantwoordelijk voor het in kaart brengen van de populatie, voor het oproepen van mensen, voor het maken van afspraken en het bewaken van no-show. Zij werkt nauw samen met de huisarts, en de meeste organisaties hebben de verdeling van de taken en verantwoordelijkheden tussen de huisarts en de POH per zorgprogramma beschreven.

De poh is 80% van de tijd bezig met ketenzorg, die organiseert eigen spreekuur, en ook het programmamanagement in de praktijk, het checken van de lijstjes, het nalopen van de populatie, de feedbackbespreking, het maken van de plannetjes, dat is allemaal voor de poh. (E, huisarts)

Alle organisaties hebben de afgelopen jaren uitbreiding gerealiseerd van de formatie POH. De meesten hanteren een vaste formatie POH per zorgprogramma. Soms zijn de POH's in dienst van de huisartsenpraktijken, soms in dienst van de overkoepelende zorggroep of eerstelijnsorganisatie. De vooropleiding van de POH's kan variëren: doktersassistente met vervolgopleiding, HBO-verpleegkundige met vervolgopleiding of diabetes- of longverpleegkundige. Naarmate de organisaties meerdere zorgprogramma's aanbieden, ontstaat de behoefte aan generieke POH's die voor meerdere zorgprogramma's ingezet kunnen worden. De diabetes- en longverpleegkundigen, die meer specialistische kennis hebben, worden ingezet voor het geven van consultatie aan hun POH-collega's, voor scholing, voor een overbruggingsfunctie met de tweede lijn, en als 'gewone' POH. Bij de meeste organisaties zijn twee ontwikkelingen te zien: het uitbreiden van de zorgprogramma's met een GGZ programma, met het inzetten van de POH-GGZ (praktijkondersteuner huisartsen voor de GGZ). En daarnaast een programma voor de ouderenzorg in samenwerking met de wijkverpleging, in samenwerking met de POH's, die daarvoor bijscholing krijgen in de ouderenzorg. De financiering hiervan loopt via projectgelden of via de GEZ-financiering. Er is behoefte aan het uitbreiden van de formatie van POH's, voor meer intensieve begeleiding van patiënten en voor meer zorgprogramma's. De financiering hiervoor is complex en vraagt onderhandeling met de verzekeraar. In de zorg van de POH staat het protocollair werken en een goede registratie op de voorgrond. Daarnaast heeft iedereen de POH's opgeleid in de vaardigheid om mensen te begeleiden bij gedragsverandering en het omgaan met hun aandoening. Dit is gebeurd in de vorm van Motivational Interviewing of een aanverwante training. Een eenmalige training is niet genoeg, dit moet frequent herhaald worden, of in vormen van intervisie. Men geeft aan dat de taken van de POH ingewikkelder zijn geworden: het is geen protocollaire zorg, maar zorg voor de individuele patiënt, op basis van een eigen zorgplan. Het vraagt vaardigheden om mensen te leren omgaan met hun aandoening en te ondersteunen bij leefstijlverandering, en om de zorg te coördineren. Niet alle POH's hebben daarvoor voldoende competenties, dit vraagt een HBO-niveau. Een organisatie heeft de POH's geschoold in Problem Solving Therapie, in het kader van een depressieprogramma. Door wegvallen van de financiering ging dit programma niet door.

Uit een onderzoek bij ons bleek dat de praktijkondersteuners eigenlijk heel weinig lieten zien van een gespreksvoering, zoals je die zou kunnen verwachten bij een goede toepassing van Motivational Interviewing of shared decision making. Onze verwachting van de competenties van de praktijkondersteuners en hun vaardigheid om afstand te nemen van hun protocollaire werken is niet goed. En mogelijk speelt ook een rol dat we vanuit onze programma's misschien in de aanvang te weinig hebben benadrukt hoe belangrijk de leefstijl is, dat is de centrale pijler. En dat we moeten afstappen van alsmaar door die medische bril kijken.(D, huisarts)

6.2.2 Evidence based richtlijnen en zorgstandaarden

Voor de inhoud van de zorg zijn per zorgprogramma werkgroepen ingericht, vaak multidisciplinair, onder leiding van een huisarts met speciale kennis van dit onderwerp, vaak een kaderhuisarts. Zodra

meerdere zorgprogramma's aangeboden worden, ontstaat er behoefte aan afstemming en het oppakken van gezamenlijke thema's, waarvoor een programmacommissie wordt ingericht, of een stafoverleg.

Men wil zoveel mogelijk eigen zorgverleners betrekken bij deze ontwikkelingen, en zij worden over het algemeen hiervoor gefaciliteerd. Voor en door zorgverleners noemt men dit. Dit betreft merendeels huisartsen en praktijkondersteuners, maar ook in wisselende mate andere disciplines van binnen of buiten de organisatie, afhankelijk van de samenwerkingsafspraken.

De verwijzingsafspraken naar de andere disciplines en de tweedelijns staan beschreven in het zorgprogramma. Binnen gezondheidscentra is er een voorkeur voor het samenwerken met de eigen disciplines, maar andere organisaties kiezen voor het zoveel mogelijk contracteren van fysiotherapeuten en diëtisten in de regio, zodat de patiënt een vrije keuze heeft. De versnipperde organisaties van die disciplines zijn daarbij een probleem, maar de onderhandelingen over de samenwerking hebben in twee regio's geleid tot het ontstaan van overkoepelende organisaties van fysiotherapie, farmacie en diëtiek.

De inhoud van de multidisciplinaire afspraken hangt voor een groot deel samen met de mogelijkheden om de zorg te financieren, binnen de DBC of daarbuiten, en iedereen klaagt over de wisselvalligheid hiervan. Vier aanbieders hadden met succes geïnvesteerd in de ontwikkeling en uitrol van een beweegprogramma. Dat werd teniet gedaan, toen de beweegkuur niet in de basisverzekering werd opgenomen. Hetzelfde geldt voor de veranderde financiering voor de diëtiek. Ook mist men financiering voor de inzet van psychosociale begeleiding. Drie organisaties in de grote stad hadden last van het wegvallen van de financiering van de VETC (voorlichter in eigen taal en cultuur), die een belangrijke rol had bij de groepsvoorlichting aan mensen met een chronische ziekte.

Disciplines binnen DBC doen wel mee, je deint mee op de golven van financiering. Er is een gap tussen individuele hulpverlening en groepsactiviteiten, met de beweegkuur hadden we wel intensieve contacten tussen POH –FT - diëtiste, waardoor ook meer patiënten gingen deelnemen. Nu gaat dat weer wegvallen, wordt lastiger te organiseren. (C, manager)

Dat Beweeg-je-beter, daar deden we groot en meeslepend in mee, tot dat niet gefinancierd werd, en bij SMR hebben we dat jo-jo effect gehad, en nu bij diëtiek, dat is wel frustrerend hoor. Wat allemaal niet meer verzekerde zorg is. (A, manager)

6.2.3 Systematische kwaliteitsverbetering en inzet van gespecialiseerde zorgverleners

Bij alle organisaties krijgt het kwaliteitsbeleid veel aandacht, maar het verschilt wel hoe gestructureerd dit gebeurt. Men maakt afspraken met de zorgverleners, over het inzetten van voldoende formatie POH en over het aanleveren van informatie via indicatoren, en deze worden vervolgd via rapportages, soms via een gestructureerde kwaliteitscyclus. Iedereen maakt gebruik van praktijkbezoeken door een project- of beleidsmedewerker, aan de hand van een checklist, of aan de hand van de uitkomsten van de indicatoren. Sommige organisaties leggen ook het zorgproces in de praktijken gedetailleerd vast, anderen laten de praktijken hierin meer vrijheid. Als de praktijken niet voldoen aan de afspraken schakelt men meer autoriteit in, in de vorm van de kaderhuisarts, of iemand uit het management. Alle aanbieders organiseren feedbackbesprekingen op basis van de rapportages waarbij meestal de POH en een aandachtshuisarts per praktijk aanwezig is. De POH heeft een centrale rol in het voorbereiden van deze bespreking en in het maken van het verbeterprogramma.

Indien afspraken met andere disciplines binnen de ketenfinanciering vallen, heeft men meer mogelijkheden om inhoudelijke afspraken te maken en deze contractueel vast te leggen.

Men besteedt veel aandacht aan scholing, vooral van de POH's, maar ook van de huisartsen en de andere disciplines. De scholing gaat het meest over de inhoud van de zorgprogramma's (bv. Langerhans scholing voor diabetes en Caspir cursus voor astma/COPD) en worden soms verplicht

gesteld. De hoeveelheid scholingen neemt toe met het aantal zorgprogramma's, en wordt door huisartsen wel eens als buitenproportioneel ervaren. Zowel huisartsen als POH's zijn geschoold in het adequaat registreren in de protocollen, waarbij wordt aangesloten bij de ADEPD richtlijn van de NHG (adequaate elektronische patiëntendossier), omdat alleen dan betrouwbare cijfers te verkrijgen zijn. Twee organisaties denken na over een certificeringstraject voor ketenzorg. Alle organisaties hebben geïnvesteerd in de opleiding van geïnteresseerde huisartsen tot kaderhuisarts diabetes, astma/COPD, HVZ en soms ook GGZ en ouderenzorg.

Voor elk zorgprogramma hebben we een ketenregisseur (adviseur), kaderarts, specialist (internist oogarts, longarts), gespecialiseerd verpleegkundige van onszelf, of thuiszorg of ziekenhuis, diëtiste. Die stellen het zorgprogramma vast, hierbinnen worden ook uitkomsten gedeeld en afspraken bijgesteld. (C, manager)

Samenwerking met ketenpartners 1x per jaar op kwaliteitsbijeenkomst aangevuld met diëtisten, podotherapeuten, oogartsen, lab, iedereen van de keten wordt uitgenodigd. Dat heet nu kwaliteit en speeddaten in de eerstelijns, je moet elkaar ook leren kennen, dat heeft sneeuwbaaleffect, was een groot succes. (F, projectleider)

Het inzetten van specialistische kennis gebeurt op meerdere manieren: door gebruik te maken van de kennis van de kaderhuisarts en de gespecialiseerd verpleegkundige in de vorm van scholing en consultatie. Binnen de DBC-financiering is ook consultatie van een longarts of internist opgenomen. Hiervoor zijn afspraken gemaakt met individuele specialisten, die soms ook in een werkgroep meedraaien en meewerken aan de kwaliteitsverbetering van een programma. Inhoudelijk kan men elkaar goed vinden, twee respondenten geven aan, dat het niet lukt om op bestuurlijk niveau de afspraken met het ziekenhuis vast te leggen. Meerdere respondenten benadrukken, dat het om eerstelijns zorg gaat, en dat de specialisten alleen een ondersteunende rol hebben, maar niet het beleid bepalen. Op het moment dat patiënten verwezen worden naar de tweedelijns, gaat de verantwoordelijkheid volledig over naar de specialist en verloopt de financiering via de tweedelijns. Er blijft een duidelijke scheiding tussen de domeinen van de eerste en de tweedelijns.

De internist heeft draagvlak binnen het ziekenhuis, consultatie wordt ingekocht, verwijs- en terugverwijsafspraken, er is een intensieve relatie. (C, manager)

Natuurlijk wat nieuw was, was toch op een andere manier afstemmen met het ziekenhuis, met een internist, dat kreeg toen wel versnelling. Dat je ook moest nadenken, kunnen we dan zomaar die lijntjes, die individueel per huisarts naar elke internist die ergens zit gaan, intact laten of moeten we dat meer stroomlijnen (A, huisarts)

We willen dus ook de specialist erbij betrekken, maar het is wel onze zorg. We willen ze erbij betrekken om mee te denken, hoe wij die zorg beter kunnen te maken. Er ontstaat een leuke open sfeer daardoor, waardoor ik hoop dat ze straks ook willen participeren in onze keten, want dat is de volgende stap. En dan moeten we een beetje uit de domeinstrijd, en deze gesprekjes helpen daar wel aan mee. (E, huisarts)

6.2.4 Verbeteren van de logistiek, coördinatie, gegevensuitwisseling

Vier organisaties besteden expliciet aandacht aan de logistiek van de zorg, het werken met oproepen, spreekuren, gestructureerde overleggen, andere vormen van consulten, zoals groepsconsulten en e-consulten. Anderen laten de invulling daarvan over aan de lokale praktijk en sturen alleen op de uitkomsten. Enkele organisaties geven aan dat de huisartsen wel extra scholing krijgen over de chronische zorg, maar dat zij niet veel verandering in hun werkwijze ervaren: ze doen gewoon spreekuur en zien dan af en toe een chronische patiënt. In twee organisaties geeft men aan,

dat met meerdere zorgprogramma's ook de huisartsen meer tijd kwijt zijn aan de chronische zorg en het overleg erover. Dit heeft geleid tot uitbreiding van de formatie huisartsen of het inzetten van HIDHA's (huisartsen in dienst van een huisarts).

De POH werkt met vaste controleafspraken die proactief worden ingepland. Indien nodig bieden ze een intensievere begeleiding of extra controle aan. Zij houdt de lijsten bij van mensen met een chronische aandoening en heeft op deze manier een overzicht van de doelgroep. Veel huisartsen houden niet van het werken met lijstjes, en zien dit niet als essentieel onderdeel van hun vak. Het besef, dat chronische zorg niet begint op het moment dat een patiënt binnenkomt met een klacht, maar begint door het in kaart brengen van je patiëntenpopulatie en de risico's die deze loopt en daar actief op te handelen, is nog geen gemeengoed. De POH is verantwoordelijk voor de coördinatie binnen de huisartsenpraktijk, en soms voor de afstemming met de thuiszorg. De coördinatie met andere disciplines verloopt via samenwerkingsafspraken of incidenteel.

Voor de gegevensuitwisseling is een gezamenlijk zorgdossier zeer gewenst, maar dit komt nog moeizaam tot stand. De meeste communicatie verloopt via brieven of digitaal berichtenverkeer, tenzij er met een KIS (Keten-Informatie-Systeem) wordt gewerkt.

Elk nieuw programma wordt in een team geïntroduceerd, waarbij met nadruk ook gekeken wordt naar de logistiek en naar de organisatorische aspecten. De praktijkassistenten worden daar ook bij betrokken. Dus in elk programma is dat ook redelijk gedetailleerd uitgewerkt. Wat gebeurt er nou als je een nieuwe COPD diagnoseert? Hoe wordt er terugverwezen, welke stappen moet je zetten, wat voor afspraken, wie doet dat? Dan zie je een behoefte om dat heel gedetailleerd uit te werken. (D, huisarts)

6.2.5 Ondersteuning door een klinisch informatiesysteem

Bij de contractering van de zorgprogramma's hoort een verantwoording via prestatie-indicatoren. Groot knelpunt was de niet beschikbare ICT. Alle organisaties hebben veel tijd nodig gehad voor een goede inrichting van de ICT, voor het ontwikkelen van protocollen voor de registratie, en voor het beschikbaar krijgen van managementrapportages. Het maken van die rapportages wordt in eigen beheer gedaan, of uitbesteed aan gespecialiseerde bedrijven of regionale datacentra. Bijna alle organisaties hebben nu (kwartaal)rapportages, die gebruikt worden voor feedback aan de medewerkers, en het bijsturen van de prestaties. De respondenten zien dit als een groot voordeel, omdat je nu concrete uitkomsten hebt om het gesprek aan te gaan.

Bij de keuze voor de informatiesystemen zijn twee richtingen zichtbaar:

1. huisartsen en praktijkondersteuners registreren in het HIS (huisartseninformatiesysteem), met aparte protocollen voor de chronische zorg. De HISsen kennen geen reminders of beslisbomen. Met een HIS-extractietool kan men informatie verzamelen over de groepen patiënten die in zorg zijn en over de kwaliteitsindicatoren. Op basis van deze overzichten kunnen mensen opgeroepen worden, als ze niet verschenen zijn of voor extra controle. De communicatie met de andere disciplines verloopt via verwijsbrieven en terugrapportages.
2. de andere ontwikkeling is dat huisartsen in het HIS blijven registreren en de POH en de andere disciplines in een KIS (keteninformatiesysteem), wat gekoppeld is aan het HIS. De KISsen zijn ingericht voor de ondersteuning van de ketenzorg, bieden meer ondersteuning in het zorgproces en de mogelijkheid voor communicatie met andere behandelaars. Zij zijn nog beperkt in het aantal ketens wat is ingericht, en bieden nog geen mogelijkheid voor ouderenzorg en GGZ. Vooral de grote zorggroepen, waar huisartsen meerdere HISsen gebruiken, kiezen voor dit systeem. Er zijn extra kosten verbonden aan een KIS. Eén zorggroep heeft jarenlang veel tijd en geld gestoken in het ontwikkelen van een geschikt ketenzorgsysteem, hierbij gesteund door de zorgverzekeraars. Een aantal KISsen biedt ook de mogelijkheid voor een patiëntenportal.

Positief is ons passend ICT systeem, dat hebben we zelf mee ontwikkeld, veel tijd in gestoken, koppeling aan alle HISsen, de verzekeraars nemen daar ook aan deel, veel energie gegaan in inhoud, uitrol en opzet, gebaseerd op integrale zorg met goede bouwstenen (H, huisarts)

De specialisten moeten ook in het KIS werken, net zoals de apotheken, dan krijgen ze een verwijsbrief met alle gegevens die hij nodig heeft met lab en ICPC, kan hij zijn medicatiereview doen. En zo iets gaat ook naar de diabetoloog en de internist en de psychiater. Je stuurt een mail, wilt u deze patiënt oproepen, dan krijg je een inlogcode, dan kun je in een toegewezen stukje van het KIS kijken, en daar zit de vraag en die vul je in, en dan gaat die terug, en je kunt een eigen kopieafdruk houden (H, huisarts)

We gebruiken het HIS om mensen op te roepen, ons uitgangspunt is dat het HIS het bronsysteem is en daar moet in geïnvesteerd worden. Intussen heb ik wel gemerkt dat het HIS niet is ontworpen om goede chronische ketenzorg te kunnen te leveren, er moeten zoveel houtje-touwtje-achtige constructies gemaakt worden. (D, manager)

We hebben nu gelukkig een systeem dat onze gebruikers dashboardinformatie geeft maandelijks, bv alleen al het omzetten naar hoofdbehandelaar. Maar wat het van ons eist, dat is enorm. Maar we hebben gelukkig een aantal vakidioten en POH's die daarop zitten. Iedereen heeft het daar alleen maar over. Dat is ook de kritiek van sommige mensen, je bent alleen maar bezig met een invuloefening en kruisjes zetten (A, manager)

6.2.6 Integratie van meerdere aandoeningen en zorgvragen, mogelijkheid van casemanagement

De zorgorganisaties hadden allemaal meer dan één zorgprogramma. Naast diabetes, COPD en Vasculair risicomanagement, zijn dit astma, depressie of angst of GGZ-basiszorg, en programma's voor ouderen, waaronder kwetsbare ouderen en mensen met dementie.

Dit vraagt om afspraken tussen de zorgprogramma's en het werken met een individueel zorgplan, waarin de zorg op individueel niveau wordt gecombineerd. Op het niveau van de patiëntenzorg wordt de combinatie diabetes en astma/COPD over het algemeen gewoon naast elkaar uitgevoerd, soms bij verschillende POH's. Als een generieke POH de zorg levert, dan komt het voor dat deze zelf wel een afspraak combineert. Bij de combinatie van een diabetes- en een VRM zorgprogramma, is de afspraak dat VRM onderdeel is van het diabetesprogramma.

Alle organisaties waren op enigerlei wijze bezig met de ontwikkeling van een zorgprogramma ouderen, in de vorm van een project, of als onderdeel van de afspraken voor de GEZ-financiering. Deze projecten of programma's richten zich meestal op de kwetsbare ouderen, of op mensen met dementie. Dit roept vragen op hoe om te gaan met de overgang tussen de zorgprogramma's diabetes, COPD en VRM aan de ene kant, en het zorgprogramma ouderen aan de andere kant. Men ontwikkelt criteria hiervoor, en probeert afspraken te maken over de zorgcoördinatie. Deze ligt bij de ene organisatie vooral bij de POH, en bij de andere meer bij de wijkverpleging, of men is hierin nog zoekend.

We hebben het eerstelijns kernteam opnieuw ingevoerd: de huisarts, wijkverpleging en POH met kwaliteitseisen over en weer geformuleerd, waarbij de wijkzuster niveau 4-5 moet zijn, en zelf moet uitvoeren en coördineren. Niet alleen coördineren, want dan krijg je een extra bureaucratische laag (H, huisarts)

Niet alle mensen met meerdere aandoeningen vallen onder de categorie kwetsbare ouderen. Twee organisaties hebben onderzoek laten doen naar het vóórkomen van combinaties van aandoeningen. Ze hebben hierbij ook aan patiënten gevraagd hoe deze de zorg georganiseerd willen hebben. Patiënten willen het liefst dat de zorg gecombineerd wordt, met niet teveel verschillende zorgverleners. Dat roept de vraag op hoe je verschillende zorg programma's in elkaar kunt schuiven.

Dat heeft nogal wat gevolgen: het vraagt van de POH om van alle markten thuis te zijn, en het vraagt aanpassingen in de ICT, die modulair opgebouwd moet worden in plaats van het invullen van protocollen achter elkaar.

Een andere organisatie neemt deel aan een pilot van Vilans over multimorbiditeit, en gebruikt daarvoor het Guided Care model.

Twee organisaties zijn bezig met het signaleren van psychosociale klachten bij mensen met chronische aandoeningen en het ontwikkelen van een aanbod daarvoor.

Voor de integratie tussen de chronische aandoeningen en andere medische vragen, noemt men het van belang dat alle afspraken van de verschillende zorgverleners in het HIS terecht komen. De POH registreert de gemaakte afspraken in het protocol of in het KIS, en deze moeten door een koppeling terugkomen in het HIS. Dit gaat nog niet altijd automatisch, soms moet de POH een samenvatting van het protocol overzetten naar het HIS. Voor een goede integratie is het van belang, dat de huisarts deze regierol oppakt, de verschillende elementen van de zorg combineert en met de patiënt samen in een individueel zorgplan opneemt.

POH registreert ook in HIS in protocollen, sommige huisartsen werken niet in protocollen, dan maakt de POH een samenvatting van het protocol in het journaal. De samenwerking loopt via het HIS. De huisarts sluit aan bij de behandeldoelen van POH, geen probleem omdat alles in HIS staat. (C,manager)

We zijn echt niet aan het verkokeren. Alleen je bouwt het wel allemaal op, eerst 2-3 programma's rond de chronische zorg, je zorgt dat dat eerst medisch goed in elkaar zit, en daarna ga je integreren. Voor integratie is de betrokkenheid en voldoende kennis van huisartsen van belang. (E, huisarts)

6.2.7 Aandacht voor preventie en welbevinden, samenwerking in de wijk

De zorgorganisaties zijn op diverse terreinen bezig met preventie. Bij iedereen zijn er afspraken over beweegprogramma's, voedingsvoorlichting en stoppen-met-rokenbegeleiding voor deelnemers aan het zorgprogramma. Dit varieert van afspraken met regionale fysiotherapeuten en diëtistes, tot het zelf aanbieden van een geïntegreerd multidisciplinair leefstijlprogramma. Alle gesprekspartners noemen als tegenvaller het niet opnemen van de beweegkuur in de verzekerde zorg. Zes organisaties hadden meerdere uitgewerkte beweegprogramma's in het zorgprogramma, die opgeheven werden, toen de financiering via de basisverzekering niet doorging. Men vindt het van belang dat onderbouwde preventieve activiteiten aangeboden kunnen worden, zonder financiële drempels. POH's vinden het vaak een belangrijker onderwerp dan de huisartsen. Het meeste beweegaanbod is per zorgprogramma ingericht, maar een spreker noemt dat men naar gemengde groepen (van verschillende aandoeningen) wil gaan, en ook een aanbod wil inrichten voor mensen met psychosociale klachten bij een chronische aandoening.

Alle deelnemers geven aan zich verantwoordelijk te voelen voor de hele populatie, ook als patiënten niet zelf komen. Patiënten worden dan opgeroepen, krijgen reminders of worden op andere manieren benaderd.

We hadden cursussen in het kader van de beweegkuur multidisciplinair ingericht. Dat is nu weggevallen. De fysiotherapie zit als reguliere zorg niet in de basis, dat werkt niet, daar zijn we mee opgehouden. (C, manager)

In de leefstijlgroep zit vanuit elk programma iemand in. We zijn vorig jaar begonnen met nascholing op het gebied van leefstijl. De POH's vinden het belangrijk, willen ook als leefstijlcoach optreden. Bij de artsen is dat minder prominent, die zijn meer gericht op het klinisch handelen. (B, projectleider)

Een aantal zorgaanbieders probeert verbindingen te leggen met beweegactiviteiten in de wijk. Dat is voor grotere zorggroepen lastig, want dan gaat het om veel wijken en veel diversiteit in partners.

Soms wordt hierbij een ROS (regionale ondersteuningsstructuur) betrokken om een beweegnetwerk in te richten met organisaties voor sport en bewegen.

De eerstelijnsorganisaties zijn meer lokaal actief met samenwerking in de wijk, in overleg met de gemeente en met welzijnsorganisaties, in programma's voor specifieke doelgroepen. Zij hebben hierover meestal afspraken gemaakt in het kader van de GEZ-financiering.

De samenwerking rond bewegen is meer afhankelijk per wijk, en wat er mogelijk is in het gezondheidscentrum aan ruimte en kennis. Binnen het zorgprogramma staan de beweegactiviteiten vast, daarnaast variëren de programma's per wijk, zoals obesitas bij kinderen en bewegen bij depressie. (B, projectleider)

Op het moment dat organisaties aan de gang gaan met ouderenprogramma's ontstaat de noodzaak om meer met andere organisaties, zoals de thuiszorg, welzijn en de gemeente samen te werken.

Preventie en welzijn, activiteiten in de wijk, bewegen. Daar zijn we nu met de ouderenzorg mee bezig. We hebben overal contacten gelegd met de wijk, maar dat gaat nog niet zo snel, heel veel praten en veel tijd. (H, huisarts)

En we hebben nu preventieactiviteiten met de GGD, met welzijnsorganisaties met gemeenten, om het op diverse terreinen concreet te maken. Dus er lopen nu een aantal activiteiten die eigenlijk te rubriceren zijn in twee clusters. Een gaat over leefstijl, gezond gedrag. Het tweede cluster is preventie die kwetsbaarheid moet voorkomen. (D, manager)

Binnen de eerstelijnsorganisaties is men al langere tijd bezig informatie te verzamelen over de patiëntenpopulatie op basis van gegevens uit het HIS, de sociale kaart van de gemeente, de uitkomsten van patiëntervaringsonderzoek of CQ-index en gegevens van de verzekeraar. Men werkt zo aan een wijkanalyse of wijkscan, om het zorgaanbod daarop aan te passen.

Drie aanbieders noemen in dit kader ook de uitwisseling van gegevens op populatieniveau met de zorgverzekeraar. Dit omvat ook de gegevens van verwijzingen en zorgkosten van verzekerden. Dit kan leiden tot specifieke afspraken om het zorggebruik te wijzigen, of tot een plan voor populatiebesteding. Een andere organisatie is in overleg met de gemeente over wijkgebonden budgetten.

We zijn ons aan het oriënteren of we meer wijkgericht kunnen werken, welke data we daarvoor moeten hebben om je wijkprofielen te krijgen. Met de verzekeraar is een conferentie met de gemeente geweest met de gemeentelijke data van de SES classificering, met onze morbiditeitsgegevens. Als we dan ook de kosten inzichtelijk kunnen maken dan heb je een prachtige datacollectie op basis waarvan je heel goed je beleid kunt bepalen (D, manager)

6.2.8 Succes- en faalfactoren betreffende de organisatie van de zorg en de ICT-ondersteuning

In de interviews hebben de gesprekspartners de volgende behaalde successen betreffende de organisatie van de zorg en de ICT-ondersteuning benoemd:

- Een goed functionerende kwaliteitscyclus: een gezamenlijke vaststelling van het programma, bespreking met alle hulpverleners, meten van de resultaten en feedback geven;
- Een bestaande overlegstructuur en infrastructuur, die het mogelijk maakt om deze nieuwe verandering in te voeren. Medewerkers zijn gewend aan deze werkwijze;
- De kwaliteit van de zorg en de samenwerking tussen de hulpverleners is verbeterd;
- Werkgroepen met eigen zorgverleners, die de programma's ontwikkelen;

- Beschikbaarheid van project- of programmamedewerkers die de hulpverleners ondersteunen;
- Kwartaalrapportages die zicht geven op de voortgang van de zorg, en waarmee feedback gegeven kan worden aan de zorgverleners;
- De toename van de samenwerking met andere disciplines en met de specialisten. De DBC-financiering dwingt tot het maken van duidelijke afspraken, en het regelmatig evalueren;
- De ontwikkeling van leefstijlprogramma's, in samenwerking met fysiotherapie en diëtetiek;
- Mensen zijn goed in beeld, zodat patiënten niet tussen wal en schip vallen.

In de interviews hebben de gesprekspartners de volgende knelpunten en risico's ervaren betreffende de organisatie van de zorg en de ICT-ondersteuning:

- Het datamanagement moet veel beter en betrouwbaarder, evenals de registratie;
- Risico van het registreren om het registreren. Het risico dat hulpverleners achter hun computer hun patiënten moeten behandelen, waar ze niet voor gekozen hebben;
- Onvoldoende en trage ontwikkeling van het elektronisch patiëntendossier.
- Het onvoldoende inbedden van de verandering in de structuren, met onvoldoende aandacht voor draagvlak, het informeren van alle medewerkers en zorgvuldige implementatie;
- Twijfel over verdere taakdelegatie, levensloopgeneeskunde en contextuele geneeskunde vormen de essentie van de huisartsgeneeskunde;
- Scheiding in de financiering tussen eerste lijn en tweede lijn, zorg in de tweede lijn valt niet onder het zorgprogramma;
- Veel versnipperde partners om mee te overleggen en samen te werken, en veel gemeentes bij grote zorggroepen.

6.3 Klantpartnerschap: betrokkenheid van patiënten in het zorgproces en in de organisatie

6.3.1 Betrokkenheid van de individuele patiënt bij de zorg

Educatie over de aandoening, de richtlijnen en de organisatie van de zorg:

In eerste instantie beperken de meeste organisaties zich tot folders over de ziekte, waarin nog weinig informatie is opgenomen over de richtlijnen over de behandeling van de zorg, over de hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg en over de eigen rol van de patiënt. Intussen hebben twee organisaties goed informatiemateriaal ontwikkeld of in ontwikkeling, en gebruiken twee andere organisaties hun website en patiëntenportaal om hun patiënten te informeren.

Een organisatie merkt op, dat er nog weinig afstemming is tussen de verschillende disciplines over de voorlichting aan de patiënt. Zij kregen dit als resultaat uit het CQ-onderzoek.

Educatie gebeurt vooral individueel door de POH in de spreekkamer. Twee organisaties bieden zelf een groepseducatieprogramma voor nieuwe mensen met diabetes en twee anderen organiseren groepsvoorlichting voor allochtone patiënten samen met VETC-ers. Anderen werken hierin soms samen met de patiëntenverenigingen. Ook biedt men voorlichtingsmateriaal over het leefstijlanbod van de partners, of de voorzieningen in de omgeving.

Voorlichtingsmateriaal is er zat, maar we hebben zelf nog geen educatie activiteiten ondernomen, wel hebben POH's bijgedragen aan activiteiten van derden, zoals lokale DVN afdelingen en COPD café. Daar wordt men wel bij betrokken, maar we hebben dat zelf nog niet actief gedaan. (D, manager)

We hebben een cursus voor nieuwe diabetespatiënten, dat krijgen alle patiënten aangeboden, waarin ze alles leren over hun ziekte en over zelfmanagement, en waarmee we hopen dat ze ons minder nodig hebben. (E, huisarts)

Individueel zorgplan en ondersteuning van zelfmanagement:

Alle organisaties zoeken naar manieren om vorm te geven aan het werken met een individueel zorgplan. Het begint met de scholing van POH's over het belang van het afstemmen van de zorg op de individuele patiënt, hieraan hebben de meesten veel aandacht besteed. Voor het vormgeven van het individueel zorgplan is men op zoek naar de mogelijkheden: sommigen werken nog met (verouderde) boekjes, waarin de resultaten en de afspraken voor de behandeling worden opgeschreven. Anderen maken een uitdraai of een brief uit het HIS en geven dat mee aan de patiënt. Binnen het VRM programma maakt men soms gebruik van de individuele zorgplannen van het Platform Vitale Vaten. Binnen het COPD programma biedt het scharnierconsult goede mogelijkheden om tot individuele afspraken te komen. De huidige individuele zorgplannen zijn allemaal ontwikkeld voor één bepaalde aandoening. Iedereen geeft de voorkeur aan een generiek individueel zorgplan, wat is aangevuld met specifieke onderdelen voor specifieke ziektes. Een enkele organisatie geeft aan dat de POH's wel concrete afspraken maken met de patiënt op alle dimensies, maar deze niet op schrift stellen. Het komen met de patiënt tot een schriftelijke overeenstemming is te tijdsintensief, en vraagt meer inspanning en tijd dan is overeengekomen binnen de DBC-financiering. Bij het individueel zorgplan is het van belang om de communicatie over de individuele behandeldoelen tussen de verschillende zorgverleners op elkaar af te stemmen. Een aantal KISsen biedt hierin mogelijkheden, maar het is niet altijd vanzelfsprekend dat andere zorgverleners hierin willen registreren, omdat dit voor hen dubbel registreren betekent.

De pilot met het patiëntenportaal loopt nu voor diabetespatiënten, mensen gaan in de portaal kijken, toevoegen en sturen, dat zullen we volgend jaar overal gaan uitzetten. Daarna kan je dat generaliseren naar de andere programma's. (H, huisarts)

We willen toe naar een digitaal systeem waar je het zorgplan kwijt kan met patiënten. In een achterstandswijk is digitaal moeilijk, maar werkt een boekje ook niet. (B, projectleider)

Vijf organisaties beginnen op enigerlei wijze met een digitaal patiëntenportaal: twee aanbieders hebben een eigen ontwikkeld ICT systeem met een KIS en een patiëntenportaal, wat ook aangesloten is op een website van de zorggroep. Men heeft lang en intensief aan de ontwikkeling hiervan gewerkt, en dit gaat binnenkort in gebruik genomen worden. Twee andere organisaties maken gebruik van een bestaand KIS met een patiëntenportaal, wat via een pilot uitgerold gaat worden. De vijfde organisatie heeft een patiëntenportaal wat toegang heeft tot het HIS, en hoopt daarin een module zelfmanagement te realiseren. Deze vijf organisaties geven aan dat er echt nieuwe keuzes gemaakt moeten worden, en nieuwe technische mogelijkheden beschikbaar moeten komen, om patiënten een meer actieve rol te geven in de zorg. Bij de implementatie zullen zowel zorgverleners als patiënten getraind moeten worden in het omgaan met zo'n patiëntenportaal.

Het nadenken over een individueel zorgplan leidt tot het onderscheid maken tussen verschillende groepen patiënten, voor wie een aangepast zorgplan nodig is.

In praktijk zijn wel veel elementen van zelfmanagement aanwezig, maar nog niet als apart iets zichtbaar. We hebben generieke modules: voeding, bewegen, begeleiding bij stoppen met roken. Het doel is een generiek beschreven zelfmanagement-module. (C, manager)

Zelfmanagement is speerpunt, we hebben een beleidsagenda gemaakt met groot aantal onderdelen, met systematische scholing van alle zorgprofessionals in gehele keten, om ze in een andere modus te krijgen van zorgen vóór mensen, naar zorgen dat mensen voor zich zelf gaan zorgen en daarbij aansluiten. Vorig jaar hebben we de hele keten geschoold, een heel ambitieus programma, 1x plenair, daarna in multidisciplinaire groepen rond de praktijk, met je eigen team, zodat je met je eigen partners schoolt. (E, huisarts)

De organisaties die bezig zijn met een programma voor kwetsbare ouderen of dementie, kiezen voor het inzetten van een casemanager, om de behandeldoelen voor deze patiënten te helpen opstellen en coördineren. Op individueel niveau geven de POH's extra zorg aan mensen, die meer controle of begeleiding nodig hebben. Het is nog niet gebruikelijk, om te bedenken hoe je de zorg zo kunt inrichten, dat patiënten meer zelf kunnen doen, en minder vaak hoeven te komen. Hulpverleners vinden het lastig om daarover na te denken.

Bij vier zorggroepen denkt men na over hoe je structureel onderscheid kunt maken tussen diverse categorieën patiënten, in de mate waarin zij zorg nodig hebben en in de mate waarin zij meer of minder ondersteuning nodig hebben voor hun zelfmanagement. Een zorggroep werkt mee aan een wetenschappelijk onderzoek naar kenmerken van patiënten die meer of minder mogelijkheden hebben voor zelfmanagement.

We zijn met een welzijnsorganisatie in gesprek om te kijken of we die club nog meer profiel kunnen geven, met het idee, als we willen ontzorgen, dat er een tegenwicht nodig is om ons op de blinde vlekken te kunnen wijzen. Daarvan verwachten we dat ze vanuit welzijn eigen kracht en regiefunctie van onze patiënten versterken.(D, manager)

We doen nu ook wetenschappelijk onderzoek naar een triagetool, die je kunt afnemen om te kijken of het wat gaat worden met zelfmanagement. Welke factoren bij een patiënt doen ertoe voor zelfmanagement. Dat weten we nu en we hebben een prototype gemaakt, dat gaan we eerst valideren, en dat gaat ook ingebouwd worden in ons patiëntenportaal. Over 5-10 jaar hebben we ook te weinig mensen om iedereen zoveel zorg te verlenen, dus dan is het heel belangrijk om zo'n concept te hebben. (E, huisarts)

We zijn nu met de laaggeletterden bezig. Vanuit zelfmanagement zijn we goed aan het differentiëren, welke tools zijn goed voor welke groep, dat zijn we nu in beeld aan het brengen.(A, manager)

6.3.2 Betrokkenheid van de patiëntengroep of organisatie

Drie organisaties hebben een cliëntenraad ingericht voor zorginhoudelijke vragen betreffende de ontwikkeling van chronische zorgprogramma's. De bestaande cliëntenraad is daarvoor uitgebreid met mensen die kennis en/of ervaring hebben over chronische zorg. Zij denken mee over toegankelijkheid van de website, informatie in de folders, vrije keuze bij het contracteren van andere zorgaanbieders, en het uitbreiden van het zorgaanbod.

Een andere organisatie heeft een klankbordgroep van eigen patiënten, die gevraagd en ongevraagd advies uitbrengen. Een derde vorm is een patiëntenadviesraad met professionele patiënten, die samen met de patiëntenorganisaties gekozen zijn, om op een hoger abstractieniveau mee te denken over het beleid.

Een andere organisatie werkt het liefst met one-issue bijeenkomsten, waarin patiënten om hun mening gevraagd wordt. Men kiest daar voor patiëntenpanels of voor spiegelgesprekken om ervaringen van patiënten over een bepaald onderwerp te horen. Daar is de cliëntenraad op verzoek van de patiënten opgeheven, omdat het niet lukte voldoende patiënten hiervoor te motiveren. Enkele organisaties hebben vaste samenwerkingsafspraken met patiëntenorganisaties zoals de Diabetes Vereniging Nederland, en het Astmafonds, of met regionale organisaties als Zorgbelang, en maken hiervan incidenteel gebruik als input voor hun beleid.

Men is ook nog zoekende naar effectieve manieren om vragenlijsten bij patiënten af te nemen om informatie op te halen. Men vindt de opbrengst uit de CQ-vragenlijsten te mager, en meerdere malen wordt aangegeven, dat vooral de chronische patiënten al vaak een vragenlijst onder hun neus krijgen, zonder dat dit wat oplevert.

Twee organisaties willen hun website gaan gebruiken voor meldingen en vragen van patiënten, om zo meer dialoog te krijgen.

Geen enkele organisatie heeft als beleid dat de prestaties in de chronische zorg, de uitkomsten van de prestatie-indicatoren, publiekelijk bekend worden gemaakt aan de patiënten of hun organisaties.

De laatste cliëntenraad vroeg erom om afgeschaft te worden, ze vonden het niet meer van deze tijd. Men wil liever one-issue bijeenkomsten. En er zijn weinig mensen aangesloten bij een patiëntenvereniging. (A, manager)

We hebben de cliëntenraad, daar hebben we pas het individueel zorgplan besproken, zo gaat het er ongeveer uitzien, daar kwamen heel goede ideeën terug, als klankbordgroep. Er zitten toevallig wel een aantal patiënten in met ervaring als chronische patiënt. (B, projectleider)

6.3.3 Succes- en faalfactoren betreffende de betrokkenheid van de patiënt

In de interviews hebben de gesprekspartners de volgende behaalde successen betreffende de betrokkenheid van de patiënt benoemd:

- Uitgebreide scholing over ondersteuning bij zelfmanagement bij enkele organisaties;
- Ontwikkeling van patiëntenportalen, waarin veel energie, tijd en geld gestoken is;
- Positieve houding van professionals voor de invoer van een generiek individueel zorgplan;
- Meerdere vormen van betrokkenheid van patiënten bij het beleid, middels patiëntenraad, patiëntenplatform, spiegel- en panelgesprekken, en patiëntervaringsonderzoeken;
- Inspirerende ervaringen van hulpverleners in het samenwerken met patiënten.

In de interviews hebben de gesprekspartners de volgende knelpunten en risico's ervaren betreffende de betrokkenheid van de patiënt:

- Onvoldoende kennis van het begrip geïntegreerde zorg bij een deel van de hulpverleners en onvoldoende integraal kijken naar mensen en hun zorgbehoefte. Men is vooral gericht op de medische zorg en de medische uitkomsten;
- Onvoldoende kennis en inzicht en vaardigheden in het belang van zelfmanagement en de ondersteuning daarvan, zowel bij professionals als bij patiënten;
- Nog weinig ervaring in het werken met een (generiek) individueel zorgplan, en weinig kennis over de effecten ervan;
- Geen aandacht voor zelfmanagement in de financieringsafspraken;
- Nog veel tijd, geld en energie nodig voor de ontwikkeling en implementatie van de patiëntenportalen;
- Onderschatting van het verandertraject bij patiënten, om die zo ver te krijgen dat ze met een patiëntenportaal willen gaan werken, en daar voordeel van ervaren;
- Onvoldoende kennis en ervaring van klantpartnerschap, waarbij patiënten(groepen) werkelijk invloed uitoefenen op het beleid.

6.4 Overige kritische succesfactoren

De overige drie kritische succesfactoren voor het organiseren van de integrale chronische zorg zijn niet als thema besproken in de interviews, maar zijn wel indirect aan de orde gekomen. De belangrijkste opmerkingen die hierover zijn gemaakt, noteer ik hier.

6.4.1 Het afstemmen van financiering op de strategische doelen (middelen)

Bij elk van de kritische succesfactoren speelt de financiering een grote rol. Financiering wordt beperkt in positieve zin genoemd:

- Financiering naar werken, extra inzet leidt tot extra beloning;
- Integrale bekostiging leidt tot het beter formuleren en monitoren van de afspraken tussen de hulpverleners, en het aanspreken van mensen daarop.
- Financiering voor het inrichten van de organisatie met ondersteuning van de professionals

De meeste opmerkingen worden gemaakt over het ontbreken van financiering of de onbetrouwbaarheid van financiering.

- Beperkte financiering van alle zorgonderdelen: delen van de multidisciplinaire zorg zitten niet in de basisverzekering, en dan lukt het niet om die te integreren;
- Wisselvalligheid van de financiering;
- Onvoldoende financiering voor de ontwikkeling en implementatie van ICT en de patiëntenportalen;
- Geen financiering voor psychosociale zorg, welzijn, ondersteuning van zelfmanagement;
- De bezuinigingsronde van VWS: als de investering in de chronische zorg wordt gekort op de huisartsenzorg, dan heeft dat een tegengesteld effect op de inspanningen voor de chronische zorg.

6.4.2 Samenwerking tussen de stakeholders

De meest genoemde stakeholders zijn de verzekeraar en de landelijke overheid.

Positieve factoren zijn:

- Een intensiever en beter contact met de eigen verzekeraar omdat men veel met elkaar te maken heeft en meer inzicht in elkaars doelen heeft gekregen.
- Er is een nieuwe samenwerking met de gemeente

Knelpunten en risico's zijn

- De vaak onvoorspelbare relatie met de verre verzekeraars. Men wil geen wisselend beleid voor patiënten van verschillende verzekeraars.
- Veel hinder van de wisselende politieke opvattingen bij het ministerie van VWS, waardoor zorg die vergoed werd of vergoed zou worden, nu niet meer in de basisverzekering zit.
- Zorg die is opgenomen in de zorgstandaard zou in de basisverzekering moeten, zodat er geen drempel is voor patiënten.
- Geen gezamenlijk beleid van overheid en verzekeraars in de richting van het versterken van de chronische zorg.

6.4.3 Het uitwisselen van data en het sturen op gemeenschappelijke data

Het heeft de afgelopen jaren veel energie gekost om tot goede registratie te komen. Dit is niet alleen een technisch probleem.

- Het vaststellen van indicatoren, de afspraken over registratie en extractie, en de betekenis voor de kwaliteit is een langdurig proces, en kost teveel tijd
- Geen consistent beleid in de afspraken met de verzekeraars op het gebied van de doelen en de verantwoording.
- Het ontbreken van uitwisseling van gegevens tussen zorgverzekeraar, zorgaanbieder en overheid, om de kwaliteit en doelmatigheid van de chronische zorg te beoordelen.
- De landelijke overheid heeft geen doelen vastgesteld, die behaald moeten worden, om te kunnen vast stellen of het beleid betreffende de chronische zorg succesvol is.

7 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk beschouw ik de resultaten van het onderzoek tegen de achtergrond van de vraagstelling en de resultaten uit vergelijkbaar onderzoek. Op basis hiervan trek ik conclusies en formuleer aanbevelingen aan de belangrijkste stakeholders. Vervolgens bespreek ik de tekortkomingen van dit onderzoek, en benoem ik een aantal openstaande onderzoeksvragen.

7.1 De mate waarin de organisaties volgens het Chronic Care Model werken

De implementatie van de onderdelen van het Chronic Care Model is gemeten door middel van de D-ACIC vragenlijst, die door de acht zorgorganisaties is ingevuld.

Er is een grote overeenstemming tussen de acht zorgaanbieders in de beoordeling van de implementatie van de componenten van het Chronic Care Model. Zij geven aan dat de componenten “klinische informatiesystemen” en “ondersteuning van zelfmanagement” nog de meeste aandacht vragen bij de organisatie van de chronische zorg, evenals de integratie hiervan, zoals te zien is bij de component “integratie in het chronisch zorg model”.

De relatief lage scores berusten op een onvoldoende implementatie van het structureel informeren van patiënten over de inhoud van de richtlijnen en hun rol daarin, het vastleggen van hun zorgbehoefte en behandeldoel, en het beschikbaar zijn van deze gegevens voor alle zorgverleners, zodat dit leidend kan zijn voor het behandelplan. Deze werkwijze wordt onvoldoende ondersteund door een klinisch informatiesysteem, en door een passende organisatie van zorgproces.

Deze uitkomst komt in hoge mate overeen met een eerdere meting in 2011 van de D-ACIC in Nederland bij 22 zorgorganisaties in het kader van het ZonMw diseasemanagement project (Cramm 2011b). Toen betrof het vragen in relatie tot één ziektespecifiek zorgprogramma, wat binnen het ZonMw programma begeleid wordt. In dit onderzoek betreft het de organisatie van de chronische zorg in zijn geheel.

7.2 Ervaringen van de zorgorganisaties bij de inrichting van de chronische zorg.

Op basis van de literatuurstudie heb ik zeven kritische succesfactoren gekozen voor het systematisch verbeteren van de organisatie van de chronische zorg (paragraaf 3.7). De beschrijving van drie van deze succesfactoren vormen de basis van de interviews met de acht zorgorganisaties. Dit zijn de factoren:

- Leiderschap en visie
- Organisatie van het zorgproces en ICT-ondersteuning
- Betrokkenheid van de patiënt, klantpartnerschap

Hierbij bespreek ik eerst de conclusies uit de interviews, geordend naar deze drie thema's. Per thema benoem ik de succes- en faalfactoren. Voor de helderheid zijn deze soms wat meer expliciet dan in de interviews naar voren is gekomen.

Daarna beschrijf ik in beperkte mate de andere vier kritische succesfactoren, voor zover ze indirect in de gesprekken aan de orde zijn gekomen.

7.2.1 Leiderschap en een gedeelde missie en visie

Op basis van de interviews met de zorgorganisaties heb ik de volgende succesfactoren betreffende leiderschap en visie geïdentificeerd:

- huisartsen in de leidende rol;
- veel aandacht voor de ontwikkeling van de POH;

- inbedding in de huisartsenzorg met integrale benadering en continuïteit;
- een professionele ondersteuningsstructuur in de eerstelijns;
- sterk leiderschap met een heldere visie op chronische zorg;
- de mogelijkheid tot het delen van visie en strategie met de verzekeraar.

Op basis van de interviews met de zorgorganisaties heb ik de volgende risico's betreffende leiderschap en visie geïdentificeerd:

- chronische zorg vooral als kwaliteitsverbetering van huisartsenzorg;
- dienend leiderschap, teveel gericht op het betrokken houden van alle huisartsen;
- onzekerheid over regelgeving en bekostiging van de zorgprogramma's;
- wegvallen van de financiering voor bepaalde zorg;
- het niet opnemen van transmurale zorg in de financiering;
- ontbreken van meerjarige afspraken over prestaties en financiering;
- ontbreken van gezamenlijke visie met partners als verzekeraars.

De belangrijkste successen zijn het leiderschap van de huisartsen en de inbedding in de huisartsenzorg, met waarborgen voor een integrale benadering en continuïteit van de zorg. Dit komt overeen met de relatief hoge scores op de ACIC betreffende het gezondheidszorgsysteem met leiderschap, doelstellingen en strategie gericht op de zorg voor chronische aandoeningen. Er is weinig gesproken over partners in andere organisaties of disciplines, terwijl dat wel van belang is voor succes (Cramm 2012a).

Bij het merendeel van de organisaties is de samenwerking met de preferente verzekeraar intensiever geworden. Als het lukt om tot een gezamenlijk visie en strategie te komen, dan biedt dit kansen voor meerjarige financiering en inhoudelijke samenwerking, bijvoorbeeld op het gebied van een patiëntenportaal.

7.2.2 Een goede inrichting van de zorgorganisatie met ICT-ondersteuning

Op basis van de interviews met de zorgorganisaties heb ik de volgende succesfactoren geïdentificeerd betreffende de inrichting van de zorgorganisatie met ICT-ondersteuning:

- veel scholing van alle hulpverleners en met name van de POH;
- vertaling van zorgstandaarden in lokale zorgprogramma's;
- kwaliteitsbeleid met feedback aan hulpverleners op basis van uitkomsten van zorg;
- inzet van specialistische kennis middels gespecialiseerde verpleegkundigen, kaderhuisartsen en consultatie van specialisten;
- structurele samenwerking met andere disciplines binnen de DBC;
- (kwartaal)rapportages met uitkomsten over proces en resultaten;
- beginnende ontwikkeling van ketendossier voor meerdere aandoeningen;
- integratie van zorgprogramma's middels HIS als bron en knooppunt;
- aandacht voor zorggerelateerde preventie: bewegen, voeding, stoppen met roken;
- initiatieven voor casemanagement bij kwetsbare ouderen.

Op basis van de interviews met de zorgorganisaties heb ik de volgende risico's geïdentificeerd betreffende de inrichting van de zorgorganisatie met ICT-ondersteuning:

- huisartsen veranderen onvoldoende mee en pakken rol van regisseur niet op;
- goede registratie van de zorg vraagt teveel inspanning van de zorgverleners;
- niet alle POH's zijn competent voor begeleiding bij gedragsverandering;
- onvoldoende multidisciplinaire afstemming en behandeldoelen;
- geen aandacht voor voorbereiding van de afspraken met de patiënt;

- financiële drempels voor patiënten voor bepaalde zorg;
- scheiding tussen de domeinen van de eerste en de tweede lijn;
- gebrekkige ICT ondersteuning voor communicatie tussen hulpverleners;
- bestaande ketendossiers niet geschikt voor GGZ, ouderenzorg en casemanagement;
- grootte van de organisaties met veel diverse samenwerkingspartners;
- weinig aandacht voor geïndiceerde preventie: vroegsignalering en opsporing;
- weinig samenwerking met organisaties buiten de curatieve zorg.

De introductie van de zorgprogramma's heeft geleid tot het gelijktijdig invoeren van meerdere interventies, namelijk het ontwikkelen van de POH als centrale zorgverlener, het ontstaan van zorgstandaarden, betere registratie van de zorg en feedback over de resultaten, en de inzet van gespecialiseerde hulpverleners. Dit is een belangrijke voorwaarde voor een verbetering van de chronische zorg. (Vrijhoef 2010, Coleman 2009)

Het behandelteam bestaat uit de POH en de huisarts, met af en toe verwijzingen naar andere disciplines. Deze samenwerking is verbeterd (Cramm 2012 b). Opvallend is, dat de apotheker geen structureel onderdeel uitmaakt van dit team, terwijl alle patiënten medicatie gebruiken. (Struijs 2012). De samenwerking met de disciplines wordt erg bepaald door de afspraken binnen de financiering. Er zijn nog geen multidisciplinaire behandeldoelen, en de POH beperkt de coördinatie van de zorg tot de huisartsenpraktijk. Dit komt overeen met de observaties van de RVZ (RVZ 2011). Een aantal organisaties maken gebruik van een KIS (keteninformatiesysteem), die meer ondersteuning biedt voor het zorgproces, en mogelijkheden voor communicatie met andere disciplines. De KISsen zijn nog in ontwikkeling en zijn vooral ingericht voor diabetes, COPD en VRM. Ze bieden beperkte of geen mogelijkheden voor GGZ-zorg of ouderenzorg, en kennen nog geen toepassingen voor casemanagement.

De inhoud van de zorg blijft voornamelijk gericht op de klinische doelen. Er is nog weinig aandacht voor preventie, en voor doelen buiten de spreekkamer, zoals werkhervatting, sociaal functioneren en het voorkomen van psychische problemen (Ursum 2011), en er is weinig samenwerking met organisaties in de omgeving buiten de gezondheidszorg.

7.2.3 Betrokkenheid van patiënten in het zorgproces en in de organisatie van de zorg

Op basis van de interviews met de zorgorganisaties heb ik de volgende succesfactoren geïdentificeerd betreffende de betrokkenheid van patiënten:

- POH besteedt veel tijd aan educatie over de aandoening;
- Ontwikkeling van informatiemateriaal over aandoening en zorgprogramma;
- Scholing van hulpverleners over ondersteuning bij zelfmanagement;
- Individualiseren van de zorg is kenmerk van huisartsenzorg;
- Intensiveren van de zorg voor patiënten die dit nodig hebben;
- Diverse vormen om patiënten beleidsmatig te betrekken bij de ontwikkeling van de zorg;
- Beginnende ervaringen met een webbased patiëntenportaal.

Op basis van de interviews met de zorgorganisaties heb ik de volgende risico's geïdentificeerd betreffende de betrokkenheid van patiënten:

- Nog geen kennis en ervaring om het plan voor de zorg te delen met de patiënt in een individueel zorgplan;
- Gebrekkige ICT-ondersteuning voor individueel zorgplan;
- Geen gerichtheid op 'ontzorgen' van de patiënt;
-
- Onvoldoende kennis en ervaring bij alle zorgverleners in ondersteuning van zelfmanagement;
- Weinig ondersteuning van zelfmanagement buiten de spreekkamer;

- Weinig structurele invloed van patiëntenorganisaties op het beleid en inhoudelijke keuzes;
- Geen kennis over verschillende niveaus binnen patiëntengroepen met betrekking tot hun behoefte aan ondersteuning en/of begeleiding (Kaiser piramide);
- Geen financiering voor andere vormen van zelfmanagementondersteuning.

De relatief lage scores op de ACIC op het gebied van ondersteuning van zelfmanagement, en de beschikbare informatiesystemen, worden bevestigd in de interviews.

Men geeft mensen met meer zorgbehoefte intensievere zorg met meer contacten (Nolte 2012). Dit individualiseren van de zorg wordt nog niet gedeeld met de patiënt in een individueel zorgplan. Ondersteuning van zelfmanagement vraagt andere vaardigheden van professionals, en hier hebben sommige organisaties veel aandacht aan besteed. De meeste organisaties zijn zoekende hoe ze vorm moeten geven aan een andere rol van de patiënt, en nemen hiervoor deel aan projecten of wetenschappelijk onderzoek. Er is veel bereidheid voor digitale communicatie met de patiënt, anders dan in het RVZ rapport van 2011 (RVZ 2011).

Vijf organisaties zijn bezig met de ontwikkeling of implementatie van een digitaal zorgplan in de vorm van een patiëntenportaal. Er is nog geen kant-en-klaar product op de Nederlandse markt, dat past bij deze vraag. Dus het vraagt visie, durf, tijd en geld om hierin te investeren.

7.2.4 Overige kritische succesfactoren voor het organiseren van de chronische zorg

De overige drie kritische succesfactoren voor het organiseren van de integrale chronische zorg zijn niet als thema besproken in de interviews, maar zijn wel indirect aan de orde gekomen. De belangrijkste successen en risico's betreffende deze thema's zijn:

Financiering afgestemd op de strategische doelen:

- DBC- financiering maakt het mogelijk om een goed eerstelijns zorgbedrijf in te richten met ondersteuning van de zorgverleners, met coördinatie, inzetten van specialistische zorg, een kwaliteitssysteem en een informatiesysteem;
- Wegvallen of ontbreken van financiering van bepaalde zorg heeft onmiddellijk effect op het minder goed kunnen organiseren van multidisciplinaire zorg of van preventieve activiteiten.

Uitwisseling van de data en sturen op gemeenschappelijke data:

- Het ontbreken van overeenstemming over indicatoren en hun registratie maakt het nog niet mogelijk om iets te zeggen over de effecten van deze verandering;
- Zorgaanbieders, verzekeraars en gemeente hebben ieder een stukje informatie over dezelfde burgers met hun zorggebruik. Voor verandering in beleid is samenvoeging van deze informatie en overeenstemming over de juistheid ervan noodzakelijk.

Samenwerking tussen stakeholders:

- Onzekerheid over nieuwe regelgeving, nieuwe vormen van financiering en mogelijke bezuinigingen worden door alle deelnemers als een grote bedreiging ervaren, en kunnen alle successen te niet doen;
- Er is samenwerking nodig tussen zorgaanbieders, verzekeraars, gemeente en patiëntenorganisaties om te werken aan preventie en participatie van bepaalde doelgroepen;
- Overheidsbeleid, dat drempels opwerpt voor bepaalde zorg of bepaalde voorzieningen, heeft onmiddellijk effect op het gebruik hiervan. Omgekeerd kan opname in de financiering het gebruik van bepaalde zorg bevorderen.

Alignement van alle factoren:

- alle kritische succesfactoren moeten in samenhang bekeken worden en gericht zijn op dezelfde strategische doelen. In de interviews werd herhaaldelijk aangegeven, dat het frustrerend is als bepaalde ontwikkelingen of voorwaarden structureel ontbreken.

7.3 Conclusies van dit onderzoek

Wat zijn de organisatorische voorwaarden voor een succesvolle implementatie van de chronische zorg in de eerstelijns volgens het Chronic Care Model, op basis van ervaringen van zorgaanbieders tot nu toe?

De ervaringen van de zorgorganisaties en de informatie uit de literatuur laten zien, dat het implementeren van geïntegreerde chronische zorg een complexe en langdurige opgave is, die zich niet in één conclusie laat samenvatten. Het vraagt voorwaarden op vele dimensies, zoals beschreven is in het schema van de zeven kritische succesfactoren.

Op basis van de resultaten van dit onderzoek kom ik tot de volgende 10 conclusies met betrekking tot de voorwaarden voor het geïntegreerd organiseren van chronische zorg door gezondheidscentra en zorggroepen.

Conclusie 1 Complex systeem

Het structureel implementeren van een systeem voor chronische zorg vraagt meerdere interventies op meerdere dimensies (Wagner 1996) en kost meerdere jaren. Alle organisaties zijn eerst begonnen met de zorginhoudelijke afspraken, de registratie, de scholing en het aantrekken van gespecialiseerde hulpverleners, en het inrichten van een kwaliteitssysteem. Hierbij is er sprake van een ziektespecifieke benadering met weinig aandacht voor multimorbiditeit (NIVEL 2011, Struijs 2012). Na het eerste programma volgen de volgende programma's steeds sneller. De manier van werken is in grote lijnen hetzelfde. Pas later heeft men aandacht voor activiteiten om de patiënt in een actieve positie te plaatsen.

Conclusie 2 Huisartsenzorg

Huisartsen zijn een leidende discipline in de ontwikkeling en aansturing van de organisaties voor de chronische zorg. Tezamen met de inbedding in de huisartsenzorg biedt dit veel kansen voor een succesvolle organisatie van de chronische zorg (Hroszkoski 2006, Bodenheimer 2006). Het biedt garanties wat betreft het bereiken van alle mogelijke patiënten, het biedt continuïteit en een integrale benadering. Alle organisaties houden vast aan het HuisartsenInformatieSysteem (HIS) als bron en knooppunt van alle informatie, wat de integratie tussen verschillende zorgvragen en verschillende zorgprogramma's bevordert.

Veel huisartsen blijken niet bekend te zijn met de principes van het Chronic Care Model, en de eisen die dit stelt aan een andere vorm en voorbereiding van het contact met de patiënt. Het vraagt dan van het management en van de leidende huisartsen een heldere visie op chronische zorg met kennis van de benodigde organisatorische voorwaarden, om deze huisartsen mee te nemen in de veranderingen, die nodig zijn om een huisartsenorganisatie om te vormen naar een organisatie voor integrale chronische zorg.

Conclusie 3 Functie van POH

De POH heeft zich ontwikkeld van een huisartsondersteuner die vooral protocollair werkt, naar een patiëntondersteuner, die zich richt op de begeleiding van mensen met een chronische aandoening, en die zich bezig houdt met educatie en ondersteuning bij gedragsverandering. Zij heeft de functie van zorgcoördinator binnen de huisartsenpraktijk en roept patiënten over het algemeen actief op. Zij organiseert het overleg over de patiënt met de huisarts en eventuele andere hulpverleners, en is soms ook contactpersoon voor patiëntenorganisaties of voor het kwaliteitsbeleid. Dit vraagt meer en

andere competenties van de POH, die niet iedere POH kan waarmaken (RVZ 2011). Zij is meer een eerstelijns verpleegkundige geworden, die in nauwe samenwerking met de huisarts werkt.

Conclusie 4 Multidisciplinaire samenwerking

De meeste zorg wordt geleverd binnen de huisartsenpraktijk, met indien nodig inschakelen van andere disciplines, zoals binnen de DBC-bekostiging is afgesproken. Er is nog geen sprake van een multidisciplinair team met gezamenlijk afgesproken behandeldoelen (RVZ 2011). De meeste organisaties maken met zoveel mogelijk hulpverleners afspraken, zodat de patiënt in de eigen omgeving kan kiezen. In de gezondheidscentra is vaker sprake van een vast team van hulpverleners in het eigen centrum. De communicatie verloopt steeds vaker via een Keteninformatiesysteem (KIS). De DBC-financiering leidt tot striktere werkafspraken en toetsing ervan, en heeft daarmee een positief effect op de kwaliteit van de zorg.

Conclusie 5 Integratie van meerdere zorgprogramma's

Veel onderzoeken richten zich op ziektespecifieke zorgprogramma's (meestal diabetes, soms COPD) (Nolte 2012, Elissen12) en hun financiering via integrale bekostiging (Struijs 2012, EIB 2011). Het zou problemen kunnen geven, als een organisatie meerdere zorgprogramma's gaat contracteren (Struijs 2012). Men houdt geen rekening met zorgprogramma's via een andere financiering, of benoemt dit niet expliciet. In dit onderzoek blijkt dat organisaties meerdere zorgprogramma's kunnen aanbieden, met meerdere financieringsvormen. Men heeft de voorkeur voor generalistisch werkende POH's, soms ondersteund door een gespecialiseerd verpleegkundige. De zorgverleners bedenken individuele oplossingen om tot een integrale benadering van de problematiek van de patiënt te komen. Dit levert veel ervaring op in het combineren van programma's, zowel op het niveau van het beleid van de organisatie, als op het niveau van de zorg voor de individuele patiënt. Het vraagt wel aandacht voor voldoende specialistische kennis, om de kwaliteit van de zorg niet te laten verwateren. (Struijs 2012) Het stelt ook nieuwe eisen aan de organisatie en de ondersteuning, bijvoorbeeld aan de ICT, die nu bij de inrichting nog is beperkt tot de drie DBC-aandoeningen.

Conclusie 6 Gebruik van data

De organisaties zijn op dit moment in staat om de gewenste indicatoren per programma vast te leggen, en via rapportages feedback te geven naar de hulpverleners. (Struijs 2012) De overmatige aandacht voor registratie roept weerstand op bij hulpverleners. Anderzijds geven de data inzicht in de geleverde zorg en dragen ze bij aan het werken met een verbetercyclus. Door middel van data-overzichten hebben de POH's hun populatie in beeld, en kunnen zij gericht mensen oproepen of ontbrekende zorg aanvullen. Bij de gezondheidscentra worden deze data gebruikt voor een wijkanalyse, of om zorggebruik van bepaalde groepen mensen in kaart te brengen. Deze data kunnen een goede aanvulling geven op de gegevens zoals bekend bij de gemeente en de verzekeraar, om te komen tot een gezamenlijk lokaal beleid.

Conclusie 7 Casemanagement en populatiemanagement

Bijna alle organisaties zijn programma's voor (kwetsbare) ouderen aan het ontwikkelen en stellen criteria vast voor welke patiënten in een of meer gewone zorgprogramma's (diabetes, COPD) deelnemen, of die in een programma voor complexe ouderenzorg een vorm van casemanagement krijgen. Dit komt overeen met het werken volgens de twee bovenste lagen van de Kaiser piramide. (Kaiser 2007) Dit vraagt een goede samenwerking en afstemming tussen de verpleegkundig coördinator (POH) en de verpleegkundig casemanager (ouderen-POH of wijkverpleegkundige). Deze ontwikkelingen vinden nu nog ad hoc plaats, en worden per project bekeken, in plaats van een integraal onderdeel uit te maken van een chronische zorg beleid inclusief populatiemanagement. (Ham 2009)

Conclusie 8 Preventie en samenleving

Anders dan in het RIVM-onderzoek van 2010 (van Til 2010) heb ik expliciet onderscheid gemaakt tussen twee typen organisaties: vier zorggroepen, bestaande uit huisartsenpraktijken, en vier eerstelijnsorganisaties, bestaande uit gezondheidscentra. De eerstelijnsorganisaties hebben allen een aanvullende financiering via de beleidsregel Geïntegreerde Eerstelijnszorg (NZa 2009a), met afspraken volgens een zorgaanbodplan voor een bepaalde wijk.

De grootste verschillen tussen deze typen organisaties zijn zichtbaar bij de onderdelen preventie en samenwerking met de omgeving.(Ursum 2011)

De gezondheidscentra zijn een voorziening voor zorg in een bepaalde wijk, en hebben afspraken over het in kaart brengen van de populatie in hun wijk, samenwerking met andere organisaties in de omgeving, deelname aan gezondheidsbevorderende- en welzijnsactiviteiten en samenwerking met de gemeente. Deze ervaring kan gebruikt worden bij het uitbreiden van de DBC-bekostiging naar meer welzijns-of maatschappelijke activiteiten, of bij het nadenken over een gecombineerde bekostiging door zorgverzekeraar en gemeente, en bij het verantwoorden van deze activiteiten. Het pleit tevens voor zorgorganisaties die niet te groot zijn, en gericht zijn op een bepaalde populatie en gemeente.

Conclusie 9 Klantpartnerschap

De afspraken over de zorg worden nog weinig samen met de patiënt expliciet vastgelegd in een individueel zorgplan.

De invulling van het ondersteunen van zelfmanagement gebeurt vooral via scholing van de POH en de initiatieven om daarvoor een digitaal patiëntendossier met een patiëntenportaal te gebruiken. Er zijn sporadische initiatieven om buiten de spreekkamer de kennis van patiënten te verhogen met cursussen of lotgenotencontact of via internet of met e-health. Er zijn geen initiatieven om patiënten die actief deelnemen aan een programma op enigerlei wijze te belonen. Er is nog weinig kennis over de effecten van ondersteuning van zelfmanagement. Men heeft ook nog geen kennis voor welke mensen deze programma's zinvol en effectief zijn. Enkele organisaties zijn met onderzoek hiernaar bezig. En er is nog geen kennis over het inrichten van een organisatie die zowel programmatische zorg biedt, alsook ondersteuning van zelfmanagement.(Ursum 2011)

Er zijn vormen van organisatorische samenwerking met patiëntengroepen of – organisaties, maar er is nog geen sprake van een structurele rol of invloed van deze organisaties (Struijs 2012).

Conclusie 10 Financiering

De organisaties kennen diverse combinaties van financieringen met ieder hun eigen voorwaarden. De DBC-financiering biedt in beperkte mate meer mogelijkheden om de zorg te integreren. De huidige financiering biedt weinig mogelijkheden voor preventie en educatie, terwijl dit de centrale onderdelen van de chronische zorg zijn. De scheiding tussen eerste- en tweedelijnsfinanciering belemmert substitutie. De kwetsbare doelgroepen ervaren financiële drempels voor deelname aan bepaalde zorgonderdelen. Er ontbreekt een financieel beleid gericht op het bereiken van de doelen van de chronische zorg.

7.4 Aanbevelingen voor het bevorderen van de geïntegreerde chronische zorg

Bovenstaande conclusies brengen mij tot de volgende aanbevelingen voor de belangrijkste stakeholders in de chronische zorg.

Aanbevelingen voor de huisartsen en andere eerstelijns zorgverleners

Zorgverleners en hun organisaties moeten de verantwoordelijkheid oppakken om de chronische zorg adequaat te organiseren en daarvoor gebruik maken van de kennis, die daar wereldwijd over bestaat (o.a. Wagner 1996, Nolte 2008, Ham 2009). Dit vraagt van hen om:

- onderzoek te doen naar effectieve interventies per aandoening en bij chronische ziektes als geheel;

- voldoende specialistische kennis in te zetten, zelf en door samenwerking, voor goede kwaliteit van zorg;
- onderzoek te doen naar kenmerken van mensen voor zelfmanagement, programmatische zorg en casemanagement;
- samen te werken met patiëntenorganisaties in de ontwikkeling van ondersteunend materiaal voor mensen met een chronische aandoening;
- huisartsen, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten, diëtistes, psychologen en anderen te scholen in de kennis en vaardigheden voor integrale zorg en leren samenwerken in een multidisciplinair team, zowel in de basisopleiding als in de vervolgscholingen.

Aanbevelingen voor de zorgorganisaties

Zorggroepen moeten doorgroeien naar eerstelijnszorgbedrijven. Het is ongewenst dat zorg die op een geïntegreerde wijze aan de patiënt wordt aangeboden, op verschillende manieren, via verschillende contracten en verschillende instellingen georganiseerd wordt. Dit betekent verlies van kwaliteit, geeft een gebrekkige aansturing, en veel overbodige administratie.

Dit vereist dat de zorgorganisatie:

- Onderzoek doet naar de inrichting van een zorgorganisatie, waar zowel basis huisartsenzorg als chronische zorg wordt geleverd;
- Meerdere disciplines omvat of daarmee samenwerkt, en samenwerkt met organisaties in de omgeving van de patiënt om deze te ondersteunen bij werk, wonen, sociale omgeving, en verbetering van leefstijl;
- Zich richt op zorg in een bepaalde regio, en daarbij samenwerkt met andere zorginstellingen, gemeente en zorgverzekeraar;
- Zorgt voor een aanbod aan cursussen, preventieve activiteiten, e-health ondersteuning en beweegactiviteiten, door deze zelf te organiseren of hiervoor samen te werken met andere organisaties;
- Samenwerkt met patiëntenorganisaties, zodat zij in staat zijn input, inspraak en informatie te leveren voor het aanbod van de zorgorganisatie.

Aanbevelingen voor de zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars moeten in hun afspraken met de zorgaanbieders de doelen van de chronische zorg bevorderen. Op basis van de resultaten van dit onderzoek is het aanbevelenswaardig dat zorgverzekeraars:

- Meerjarige contracten sluiten met zorgaanbieders met een financiering die de doelen van de chronische zorg ondersteunt en substitutie naar de eerstelijns bevordert;
- In de financiering een bijdrage opnemen voor patiëntenorganisaties om zelfmanagementactiviteiten uit te voeren in samenwerking met de zorgverleners;
- Samen met de gemeente in gesprek gaan met de zorgorganisaties voor de financiering van preventie, educatie, en maatschappelijke participatie van mensen met chronische aandoeningen;
- Educatieprogramma's voor patiënten (mede)organiseren en hun verzekerden stimuleren om hieraan deel te nemen;
- Het gebruik van een digitaal zorgdossier en patiëntenportaal faciliteren en opnemen in hun voorwaarden voor financiering;
- Het onderzoeken van de mogelijkheden van financiële voordelen voor patiënten die actief deelnemen aan een zorgprogramma.

Landelijke overheid

Het ministerie van VWS heeft een verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg, voor de toegankelijkheid, voor de doelmatigheid en voor de betaalbaarheid. (Pruissen 2011)

De resultaten van het onderzoek laten zien, dat de volgende regelingen van de landelijke overheid gewenst zijn om deze doelen te bereiken voor een geïntegreerde chronische zorg:

- Een integrale financiering voor eerstelijnszorg, waaronder chronische zorg, in plaats van de lappendeken die nu bestaat;
- Een financiering voor preventief beleid op die terreinen die aangetoond effectief zijn;
- Een stimuleringsregeling voor de ontwikkeling van een digitaal zorgdossiers, dat generiek toepasbaar is voor alle vormen van zorg, waar meerdere zorgverleners bij betrokken zijn, en waar de patiënt aan kan deelnemen;
- De mogelijkheid van transmurale financiering voor bepaalde doelgroepen met een chronische ziekte.
- Een stimuleringsprogramma voor onderzoek in de chronische zorg, met het doel te komen tot eenduidigheid over de te bereiken doelen, en de wijze waarop deze worden gemeten. Het gaat hierbij om indicatoren betreffende de kwaliteit van de zorg, de te verwachten complicaties, het zorggebruik, de kosten, de ervaringen van de patiënt.

De lokale overheid

De gemeente is uitvoerder van de WMO, Wet op de Maatschappelijke ondersteuning. Deze wet regelt dat mensen met een beperking de voorzieningen, hulp en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben. De WMO zorgt ervoor dat iedereen kan meedoen aan de maatschappij. (www.rijksoverheid.nl) Daarnaast heeft de gemeente een taak op het gebied van sport en welzijn en is zij opdrachtgever voor de GGD, de Gemeentelijke Gezondheids Dienst. Vanuit deze verantwoordelijkheden heeft de gemeente onder meer als taak:

- Samen met de patiëntenorganisaties de behoefte aan voorlichting en ondersteuning te inventariseren en te faciliteren;
- De vorming van beweegnetwerken in de wijken te stimuleren;
- Samenhang in de voorzieningen op het gebied van zorg, welzijn en wonen te stimuleren;
- Opdracht te geven aan de GGD voor het organiseren van preventieve activiteiten op het gebied van gezonde leefstijl, en daarin samen te werken met de zorginstellingen.

Patiëntenorganisaties

Patiëntenorganisaties groeien meer uit naar partners in de chronische zorg en hun taak kan bestaan uit:

- Het ontwikkelen en uitrollen van activiteiten voor educatie en zelfmanagement van mensen met een chronische aandoening, in samenwerking met de zorgorganisaties;
- Het vormen van een coalitie met de gemeente in het bepalen van de prioriteiten voor de ondersteunende activiteiten;
- Het deelnemen aan onderzoek en werkgroepen voor verbetering van de kwaliteit en toegankelijkheid van de chronische zorg;
- Het actief deelnemen aan organisaties van de chronische zorg, door deelname aan werkgroepen, besturen en toezichtsorganen.

7.5 Reflectie op het onderzoek

7.5.1 Selectie van respondenten

Mijn nieuwsgierigheid naar de beste manier om chronische zorg te organiseren, bracht mij tot de vraagstelling voor dit onderzoek, en tot de keuze om in gesprek te gaan met de mensen, die bij andere zorgorganisaties verantwoordelijk zijn voor de organisatie van de chronische zorg. In Nederland bestaan 120 zogenaamde zorggroepen, waarvan ik er acht benaderd heb voor dit onderzoek. Dit onderzoek bevat dus geen representatieve steekproef: de deelnemers zijn allen lid

van de LVG, en ik heb ook met praktische factoren rekening gehouden als reisafstand en spreiding over het land. De helft van de deelnemers is een eerstelijnsorganisatie, terwijl dit landelijk 20% is. De resultaten kunnen dus niet zonder meer gegeneraliseerd worden naar alle zorggroepen in Nederland.

Ik heb alleen gesproken met de zorgaanbieders, en met een of twee personen per organisatie, die verantwoordelijk zijn voor het ontwikkelen en organiseren van de chronische zorg. Dit zou kunnen betekenen, dat deze mensen een positiever beeld schetsen van de zorg die verleend wordt, dan dat in werkelijkheid door de hulpverleners zelf verteld zou worden. Bij drie organisaties waren de gesprekspartners ook nog zelf als hulpverlener (huisarts) werkzaam.

Het onderzoek is beperkt tot de ervaringen vanuit het perspectief van de zorgaanbieders.

Ik heb geen patiënten bevroegd naar hun ervaringen over de zorg door deze organisaties, en evenmin de andere stakeholders.

7.5.2 Methoden van onderzoek

Verder ben ik geen onafhankelijk en onbevooroordeeld onderzoeker. Ik heb zelf een soortgelijke functie als mijn gesprekspartners, en dat gaf veel herkenning in de gesprekken, maar kan ook makkelijk tot blinde vlekken of vertekening leiden. Ik heb de gesprekken als heel open ervaren, en de successen en knelpunten, zoals deze door de respondenten ervaren werden, kwamen makkelijk op tafel. Er ontbreekt een kwaliteitssysteem voor zorggroepen, dus er is geen onafhankelijk kader, waaraan ik deze ervaringen kan toetsen. Ik heb geen gegevens over de resultaten van de zorg, die door deze zorggroepen geboden wordt, om te toetsen wat wel of niet effectieve zorg is.

Ik heb de interviews zoveel mogelijk gebaseerd op kennis uit de literatuur, die uiteindelijk geleid heeft tot het vaststellen van een set van zeven kritische succesfactoren voor het structureel implementeren van geïntegreerde chronische zorg.

In de interviews heb ik me beperkt tot drie succesfactoren, namelijk de rol van leiderschap en gedeelde visie, de organisatie van het zorgproces met ondersteuning van ICT, en de betrokkenheid van de patiënten bij de zorg. Ik heb deze onderdelen gekozen, omdat deze factoren het meest door de organisatie zelf bepaald kunnen worden. Ze kunnen natuurlijk niet los gezien worden van de andere kritische succesfactoren, die ik bij de resultaten wel op indirecte wijze beschreven heb.

Binnen dit onderzoek is de D-ACIC vragenlijst gebruikt als quick scan, om te kijken welke onderdelen van het Chronic Care Model minder goed zijn geïmplementeerd volgens de zorgaanbieders. Het was de bedoeling om op basis van deze gegevens de vragenlijst voor de interviews te maken. Dit is niet helemaal gelukt. Het kostte veel moeite om de vragenlijsten ingevuld en op tijd retour te ontvangen. Bij de start van de interviews was ongeveer 50% van de vragenlijsten retour ontvangen. De tussentijdse verwerking van deze gegevens liet dezelfde uitkomsten zien als het eindresultaat dat hierboven is beschreven, zodat dit geen negatief effect op het onderzoek heeft gegeven.

De D-ACIC vragenlijst bleek bij meerdere mensen vragen op te roepen bij het invullen: de vragen zijn soms onduidelijk, en er worden woorden gebruikt die we in de Nederlandse huisartsenzorg niet gebruiken, zoals 'registers', of die vanzelfsprekend zijn, zoals een 'afsprakensysteem'. Binnen het cluster 'maatschappij' was er onduidelijkheid over de betekenis van 'organisaties in de omgeving' en 'regionale zorgplannen'. Voor mensen die niet bekend zijn met de terminologie van het Chronic Care Model, was de betekenis van de vraag niet altijd duidelijk.

Men gaf zichzelf een beoordeling op de mate van implementatie van de chronische zorg. Het instrument is oorspronkelijk ook bedoeld als zelfassessment en om te beoordelen of verbeteracties ook werkelijk effect hebben. (Cramm 2011b) Mijns inziens is het instrument daarom minder geschikt als objectieve maat voor het meten van de kwaliteit van de chronische zorg.

Alle respondenten waren onmiddellijk bereid tot medewerking aan het onderzoek. Men vindt het belangrijk, dat er meer informatie beschikbaar komt over de eisen die aan een organisatie gesteld worden om de chronische zorg goed uit te voeren. Er zijn nog veel vraagtekens over de beste werkwijze en over de effecten van een andere organisatie van de zorg. Men benadrukt de complexiteit van deze nieuwe werkwijze en het belang van enerzijds delen van kennis en verdere ontwikkeling ervan, en anderzijds voldoende continuïteit in beleid en voldoende tijd om de veranderingen duurzaam te kunnen uitvoeren.

7.5.3 Openstaande onderzoeksvragen

De eerstvolgende vraag is nu, wat vinden de patiënten die de zorg krijgen bij deze organisaties? Men zou hiervoor de PACIC vragenlijst kunnen gebruiken aangevuld met interviews voor het duiden van hun antwoorden en het aanvullen met hun ervaringen.

Als tweede zou een stakeholderanalyse veel informatie toevoegen aan de gegevens van deze zorgaanbieders, en inzicht geven in de ontwikkelingen die verder gewenst zijn. Belangrijke stakeholders bij de chronische zorg zijn de patiënten en hun organisaties, de professionals en hun organisaties, de verzekeraars, en de landelijke en de lokale overheid. Een stakeholderanalyse identificeert de manieren waarop de stakeholders de zorgorganisatie kunnen beïnvloeden of beïnvloed kunnen worden door haar activiteiten, en maakt duidelijk hoe partijen staan ten opzichte van het doel van de geïntegreerde chronische zorg, en wat hun belangen daarbij zijn. (www.12manage.com) Op basis van de stakeholderanalyse kunnen de zorgorganisaties een strategie ontwikkelen, die de meeste kans geeft op realisatie van het doel van de chronische zorg.

Op basis van de ervaringen van de zorgorganisaties, is het wenselijk om te komen tot het onderzoeken wat de beste inrichting is van een organisatie, die zowel kortdurende als chronische eerstelijnszorg verleent. In het organisatieproces wordt gebruik gemaakt van zes met elkaar samenhangende organisatievariabelen: strategie, structuur, systemen, managementstijl, personeel en cultuur. (Weggeman 2007) Hoe moet de organisatie worden ingericht, gegeven de missie, visie, doelen van de organisatie van de chronische zorg?

Verder zou het goed zijn om een kwaliteitssysteem te ontwikkelen voor de organisatie van integrale chronische zorg, en dan niet voor één speciale aandoening. Tot nu toe zijn er kwaliteitsindicatoren voor de zorg bij een bepaalde chronische aandoening. Maar er zijn geen criteria, waar de organisatie van de chronische zorg als geheel aan moet voldoen. Dit zou kunnen fungeren als hulpmiddel bij de contractering van de zorgverzekeraars, en bij de beoordeling van patiënten. Mogelijk dat het nieuwe Kwaliteitsinstituut voor de zorg deze uitdaging kan oppakken?

7.6 Tot slot

Het structureel implementeren van een systeem voor chronische zorg vraagt multipel interventies op meerdere dimensies (Wagner 1996) en kost meerdere jaren. Het vraagt beleid op het gebied van de zeven genoemde kritische succesfactoren. De complexe verstrengeling hiervan en het onderschatten van deze complexiteit vormen het grootste risico voor de implementatie van het Chronic Care Model.

Vier jaar chronische zorg in Nederland, is ondanks alles wat reeds is bereikt, pas een eerste stap op weg naar een werkelijk geïntegreerde chronische zorg, in samenhang met de succesvolle organisatie van de huisartsenzorg, waarom Nederland zo bekend staat. Duurzaam beleid en duurzame samenwerking tussen alle stakeholders zijn een vereiste om de volgende stappen te zetten. Het model van de zeven kritische succesfactoren biedt een goed handvat voor dit verdere beleid.

Ik dank de volgende organisaties voor hun bereidwillige medewerking, hun openheid en hun vertrouwen:

Eerstelijnscentrum Tiel
De Ondernemende Huisarts
Organisatie voor chronische eerstelijnszorg Nijmegen
POZOB Zorgprogramma's
De Stadsmaatschap Huisartsen Utrecht
Stichting Amsterdamse gezondheidscentra
Stichting Georganiseerde eerstelijnszorg Zoetermeer
Stichting Haagse Gezondheidscentra Den Haag

Samenvatting

In 2008 kiest het ministerie van VWS voor een programmatische aanpak van chronische ziekten op basis van disease management en het Chronic Care Model. De zorg voor drie chronische aandoeningen Diabetes, COPD en Vasculair risicomanagement wordt beschreven in een Zorgstandaard, die is gebaseerd op de uitgangspunten van het Chronic Care Model.

Met ingang van januari 2010 is integrale bekostiging ingevoerd voor deze chronische aandoeningen, gebaseerd op de omschrijving in de Zorgstandaard. Dit is een tijdelijke maatregel die eind 2012 geëvalueerd wordt. Er verschijnen onderzoeken, om het effect van de programmatische aanpak en de integrale bekostiging te beoordelen.

120 zorggroepen bieden chronische zorg voor deze doelgroepen. Zij hebben contracten met hun zorgverzekeraar voor een of meer zorgprogramma's. De organisatie van de chronische zorg vraagt veel nieuwe activiteiten op het gebied van kwaliteitsbeleid, verantwoording via indicatoren, investering in nieuwe zorgverleners, samenwerking met andere zorgverleners, het scholen in een nieuwe manier van werken, en het investeren in ICT-ondersteuning.

Dit onderzoek beoogt inzicht te geven in de ervaringen van zorggroepen met de chronische zorg en in de organisatorische voorwaarden die nodig zijn voor een verdere verbetering ervan.

Op basis van nationale en internationale literatuur over de implementatie van het Chronic Care Model, kom ik tot het formuleren van zeven kritische succesfactoren voor de invoer van een geïntegreerd chronisch zorgsysteem. Deze kritische succesfactoren vormen de basis van mijn interviews met acht zorggroepen, waarvan er vier een eerstelijnsorganisatie zijn, bestaande uit gezondheidscentra. De interviews geven een bloemrijk overzicht van de ervaren successen, knelpunten en risico's en leiden tot de volgend selectie van de conclusies:

- De inbedding in de huisartsenzorg biedt veel kansen voor een succesvolle chronische zorg, met continuïteit en een integrale benadering;
- Men heeft ervaring met meerdere zorgprogramma's (2 tot 7) en ervaart geen problemen in de integratie ervan. Het HIS als knooppunt van alle informatie bevordert de integratie;
- Er is bij alle zorgverleners onvoldoende kennis van het Chronic Care Model, waardoor men zich voornamelijk beperkt tot kwaliteitsverbetering van de klinische zorg;
- Men is vooral geneigd tot extra zorg voor mensen met meer klachten en meer vragen, maar er is geen beleid op ontzorgen, en mensen minder afhankelijk maken van zorgverleners;
- Er is minder aanbod van multidisciplinaire zorg en preventieprogramma's door het verslechteren van de financiering hiervan;
- Gezondheidscentra hebben meer inzicht in hun populatie, meer afspraken op het gebied van welzijn, en preventie en meer samenwerking met de gemeente.
- Klantpartnerschap begint zich te ontwikkelen: 5 organisatie beginnen met een webbased patiëntenportaal. Alle organisaties hebben een vorm van organisatorische samenwerking met patiëntengroepen.

Op basis van deze conclusies heb ik aanbevelingen opgesteld voor de belangrijkste stakeholders, de zorgverleners, de zorgorganisaties, de verzekeraars, de lokale en de landelijke overheid en de patiëntenorganisaties.

Tot slot:

Het structureel implementeren van een systeem voor chronische zorg vraagt multi-pele interventies op meerdere dimensies en kost meerdere jaren. Het vraagt beleid van alle stakeholders op het gebied van de zeven genoemde kritische succesfactoren. De complexe verstrengeling hiervan en het onderschatten van deze complexiteit vormen het grootste risico voor de implementatie van het Chronic Care Model.

Literatuur

Adviesgroep Ketenzorg en LVG. Transparantie Ketenzorg Diabetes Mellitus. Rapportage zorggroepen 2010. Op weg naar genuanceerde rapportage van zorg. Februari 2012

Blokstra A, Verschuren W.M.M.(red.), Baan CA, Boshuizen HC, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Picavet HSJ, Smit HA, Wijga AH: Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-20025 RIVM rapport 260401004/2007

Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA. 2002 Nov 20;288(19):2469-75.

Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA 2002a,288:1775-1779

Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part2. JAMA 2002b,288:1909-1914

Bonomi A, Wagner E, Glasgow R, VonKorff M: Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A practical tool to measure quality improvement. BMC Health Serv Res 2002, 37(3):791-820

Booys de M. Zelfmanagement in ketenzorg. Rosendal H, Ahaus K, Huijsmans R, Raad C: Ketenzorg, Praktijk in Perspectief. Hoofdstuk 3. Elsevier Gezondheidszorg. Maarssen 2009

Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH: Evidence on the chronic care model in the new millennium Health Affairs, 28 no.1 (2009): 75-85

Cramm J, Nieboer A. Self-management abilities predict physical health and depressive symptoms among patients with cardiovascular diseases, chronic obstructive pulmonary disease, and diabetes. Patient education and Counseling. Doi:10.1016/j.pec.2011.12.006 (2011a)

Cramm J, Nieboer A. Disease-management partnership functioning, synergy, and effectiveness in delivering chronic-illness care. International Journal for Quality in Health care. Doi:mzs004. 2012a

Cramm J, Nieboer A. Relational coordination promotes quality of chronic care delivery in Dutch disease-management programs. Health Care Management Review. Doi:10.1097/HMR.Ob013e3182355ea4. 2012b

Cramm JM, Strating MMH, Tsiachristas A, Nieboer AP: Development and validation of a short version of the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) in Dutch Disease Management Programs Health and Quality of Life Outcomes 2011, 9:49 (2011b)

S. Driessen. Drie jaar praktijkprojecten Disease management chronische ziekten. Ervaringen van Vilans en Picasso voor COPD. Presentatie op afsluitende bijeenkomst 20 maart 2012.

Elissen A, SteutenL, Lemmens L, Drewes H, Lemmens K, Meeuwissen J, Baan C, Vrijhoef H. Meta-analysis of the effectiveness of chronic care management for diabetes: investigating heterogeneity in outcomes. Journal of Evaluation in Clinical Practice. ISSN 1365-2753. 2012

Evaluatiecommissie Integrale bekostiging Monitoring Integrale Bekostiging. Zorg voor chronisch Zieken. Tweede rapportage. Den Haag ZonMW januari 2012

Faber MJ, Burgers JS, Westert GP: International Health Policy Survey 2011, Commonwealth Fund, Onderzoek onder patiënten in 11 landen. UMC St Radboud Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare)

Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. International Journal of Integrated Care. 2001 June 1;1 www.ijic.org maart 2012

Ham C. Evaluations and Impact of Disease Management Programmes. Presentation at INIC conference 2007.

Ham C: Chronic care in the English National health service: Progress and challenges, Health Affairs, 28, no.1 (2009): 190-201

Heijmans M, Spreeuwenberg P, Rijken M. Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken. Rapportage 2010. NIVEL 2010

Hoeymans N (RIVM), Schellevis FC (NIVEL). Wat is een chronische ziekte en wat is multimorbiditeit? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Chronische ziekten en multimorbiditeit, 12 december 2008.

Hoeymans N, Melse J, Schoemaker C. Van gezond naar beter. Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010

Hroschikowski M, Solberg L, Sperl-Hillen J, Harper P, McGrail M, Crabtree B: Challenges of change: a qualitative study of chronic care implementation. Annals of family medicine, vol4 no.4 July/August 2006

Kaiser Permanente piramide voor chronische zorg. Congres "The integrated health care experience". Kaiser Permanente, California 1-3 oktober 2007

Ministerie van VWS. Programmatische aanpak van chronische ziekten, Tweede Kamer vergaderjaar 2007-2008 31200 XVI, nr 155 Den Haag Sdu, 2008b

Ministerie van VWS. De patiënt centraal door omslag naar de functionele bekostiging. Tweede Kamer vergaderjaar 2007-2008, 29247, nr 84. Den Haag Sdu, 2008a

Minkman M, Ahaus K, Huijsman R. Performance improvement based on integrated quality management models: what evidence do we have? A systematic Literature review. International Journal on Quality in Health Care 2007 Apr; 19(2): 90-104

Minkman M.M.N. Developing integrated care. Towards a development model for integrated care. Erasmus Universiteit Rotterdam Proefschrift 19012012

NHG. Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn. Standpunt Nederlands Huisartsen Genootschap december 2010

Nolte E, Hinrichs S. DISMEVAL Developing and validating disease management evaluation methods for European healthcare systems Final report. Prepared by the Project Coordinator for the European Commission on behalf of the DISMEVAL Consortium. TR-1226-EC February 2012

Nolte E, Knai C, McKee M: Managing chronic conditions. Experience in eight countries. European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series no.15. World Health Organisation 2008

NZa Beleidsregel Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (CV-7000-5.0.-1), Nederlandse Zorgautoriteit 2010

NZa beleidsregel Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten (CV-7000-3.0.-3) Nederlandse Zorgautoriteit 2009a

NZa Visiedocument Functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen. Diabetes, COPD, cardiovasculair risicomanagement en hartfalen. Nederlandse Zorgautoriteit April 2009b

- Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care* 2005, 17, 141-146
- Pruissen van GA. Financieel overheidsbeleid in de zorg. Macro-economische vraagstukken en arbeidsvoorwaardenbeleid. Ministerie van VWS. Presentatie voor MBA-Health. 10 maart 2011
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Het Chronic Care Model in Nederland, Achtergrondstudie uitgebracht bij het advies Bekwaam is bevoegd. Den Haag 2011
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Transmurale zorg: redesign van het zorgproces, Achtergrondstudie Den Haag 1998
- Schilfgaarde van R, Höppener A. Zorgstandaarden in model, rapport over het model bij zorgstandaarden voor chronische ziekten. Coördinatieplatform Zorgstandaarden. ZonMw programma Disease management chronische ziekten. Den Haag, februari 2010
- Schrijvers AJP. Disease management: a proposal for a new definition. *International Journal of Integrated Care*, 12 March 2009 - ISSN 1568-4156
- Schrijvers G, Spreeuwenberg C, Laag van der H, Rutten G, Nabarro G, Schene A, Linden van der B, Acampo M. Disease management in de Nederlandse context. Universiteitsbibliotheek Utrecht, 2005
- Scruggs B. Chronic health care: It is so much different than acute health care- or it should be. *Home Health Care Management Practice* 2009 22: 43
- Singh D, Ham C. Improving care for people with longterm conditions: A review of UK and International Frameworks, Birmingham, 2006 : Health Services Management Centre, University of Birmingham, and NHS institute for Innovation and Improvement
- Singh D. How can chronic diseasemanagement programmes operate across care settings and providers? World Health Organization 2008 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2008
- Spreeuwenberg C. www.mychronicdisease.org: naar de patiënt activerende en ondersteunende chronische zorg. Afscheidsrede als hoogleraar Integratie van Chronische Zorg. Universiteit Maastricht 2008
- Struijs J, Til van J, Baan C. Experimenteren met de keten-dbc diabetes. De eerste zichtbare effecten. RIVM 2009
- Struijs J, de Jong-van Til J, Lemmens L, Drewes H, de Bruin S, Baan C. Drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg. Effecten op zorgproces en kwaliteit van zorg. RIVM Bilthoven 2012
- Til J van, Wildt de JE, Struijs J. De organisatie van zorggroepen anno 2010. Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren. LVG/RIVM rapport 260332001/2010
- Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *American Journal of Managed Care* 2005;11:478-88.
- Ursum J, Rijken M, Heijmans M, Cardol M, Schellevis F. Zorg voor mensen met een chronische ziekte: organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie. Overzichtstudies NIVEL 2011
- Vermeire E. Chronische en complexe zorg vergt nieuwe inhoud en een aangepast zorgmodel. *Bijblijven* jaargang 25, nummer 3 (2009) p. 9-17
- Verschuren P, Doorewaard H. Het ontwerpen van een onderzoek. Uitgeverij Lemma. Den Haag 2007

Vrijhoef H. Chronisch zieken hebben de toekomst. Inaugurele rede bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Chronische Zorg aan de Universiteit van Tilburg op 5 november 2010

Vrijhoef H. Inzicht uit onderzoek naar geïntegreerde zorg. Presentatie bij expertsessie van ZonMw. December 2011

Vrijhoef H, Berber R, Wagner EH, Steuten L. Quality of integrated chronic care measured by patient survey: identification, selection and application of most appropriate instruments. Health Expect. 2009 Aug 26.

Weggeman M. Leidinggeven aan professionals? Niet doen! Over kenniswerkers, vakmanschap en innovatie. Scriptum Management 2007.

Wagner E, Austin B, Coleman C. It takes a region: creating a framework to improve chronic disease care, prepared for California Health Care Foundation. November 2006

Wagner EH, Austin BT, Von Korff M: Organizing care for patients with chronic illness. Millbank Quarterly 74, no.4 (1996): 511-544

Warwick Medical School. Definitions mixed methods research.

www2.warwick.ac.uk/fac/med/research/hsri/primary_care/research_centrepatexp/complexityhealth/mixedmethods/definitions/ Augustus 2009a

Warwick Medical School. Typologies of mixed methods research.

www2.warwick.ac.uk/fac/med/research/hsri/primary_care/research_centrepatexp/complexityhealth/mixedmethods/typologies/ Augustus 2009b

www.igz.nl/onderwerpen/verpleging-en-langdurige-zorg/ketenzorg Toezicht op zorggroepen maart 2012

www.improvingchroniccare.org/index.php?p=ACIC_Survey&s=35 ACIC survey. Januari 2012

www.lvg.org. Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerste lijn. Ledenlijst Zorggroepen. Januari 2012

www.vilans.nl Guided care model. Zorg op maat bij multimorbiditeit. Maart 2012

www.zonmw.nl/nl/themas/thema-detail/geintegreerde-zorg/thema-detail . Maart 2012

www.12manage.com/methods_stakeholder_analysis_nl.html Stakeholderanalyse.15042012

Bijlage 1 Drie modellen

Drie modellen voor de implementatie van de chronische zorg

A. Het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg (OMK) is recentelijk ontwikkeld in Nederland door Minkman. (Minkman 2012) Het model bestaat uit negen inhoudelijke bouwstenen en vier ontwikkelingsfasen, die van belang zijn voor een evenwichtige keten:

1. cliëntgerichtheid
2. ketenregie- en logistiek
3. resultaatsmanagement
4. optimale zorg
5. resultaatgericht leren
6. multidisciplinair teamwerk
7. rol- en taakverdeling
8. ketencommitment
9. transparant ondernemerschap

Fase 1: Initiatief- en ontwerpfase

Fase 2: Experiment- en uitvoeringsfase

Fase 3: Uitbouw- en monitoringsfase

Fase 4: Verduurzamings- en transformatiefase.

B. In de Verenigde Staten heeft Wagner beschreven, wat er nodig is om een geïntegreerd chronisch zorgsysteem door te voeren. Hij gebruikt daarvoor het model 'Framework for creating a regional health care systeem'. (Wagner 2006)

Framework for Creating a Regional Healthcare System



Eerste voorwaarde voor een verandering is een samenwerking tussen de stakeholders, gericht op gezamenlijke doelen, en leiderschap met een sterke visie en missie.

Van daaruit zijn er vier kernstrategieën, die nodig zijn om in een regio de gezondheidszorg naar een hogere kwaliteit te brengen, namelijk:

1. Het gezamenlijk delen van data en resultaten, het gebruik van indicatoren ter verantwoording, voor spiegelinformatie en voor keuze-informatie;

2. Het betrekken van klanten/patiënten in de zorg, voor keuze- en besluitvorming, voor educatie, voor zelfmanagementondersteuning, patiënt als partner, bonusregeling voor patiënten;
3. Het verbeteren van de organisatie van de zorg, ICT voor data-uitwisseling en beslissingsondersteuning, systematische kwaliteitsverbetering, werken met richtlijnen en standaarden, een multidisciplinair team, centrale rol verpleegkundige, netwerken met de omgeving, bereiken van moeilijke doelgroepen;
4. Ondersteunende financiering, een financiering die is afgestemd op de te bereiken doelen, bonus voor kosteneffectieve zorg, beloning naar prestaties op basis van uitkomstmetingen.

C. In het Verenigd Koninkrijk heeft Ham veel ervaring met de introductie van het Chronic Care Model. Hij beschrijft daarvoor de 10 kenmerken waar zo'n 'high-performing chronic care system' aan moet voldoen: (Ham 2011)

1. universele toegankelijkheid;
2. geen financiële belemmeringen;
3. focus op preventie en niet alleen op behandeling;
4. prioriteit bij zelfmanagement met hulp van mantelzorg en familie;
5. prioriteit bij eerstelijnszorg, met multidisciplinaire teams, en centrale rol voor verpleegkundigen;
6. population management volgens de Kaiser driehoek (zie 3.4). Zorg op maat;
7. Integratie van specialistische zorg in eerstelijns team;
8. ICT ondersteuning voor registratie van de zorg, beslissingsondersteuning, feedback, telehealth;
9. effectieve coördinatie: door huisarts of door casemanager, of coaching. Het vormen van een netwerk rond de patiënt;
10. Deze 9 kenmerken verbinden in een strategische veranderaanpak, gericht op het cumulatieve effect van deze veranderingen.

De strategische veranderaanpak berust op vier implementatiestrategieën:

- Physician leadership blijkt een kritieke rol te spelen bij de heroriëntatie van acute naar chronische zorg
- Meten van patiëntenuitkomsten en deze gebruiken als feedback voor een continu kwaliteitsprogramma
- Afstemmen van beloning en financiering op de strategische doelen
- Betrokkenheid van de gemeenschap (lokale overheid, welzijn) om moeilijke doelgroepen te bereiken en aandacht te besteden aan preventie.

De drie modellen benoemen de noodzakelijke voorwaarden om te komen tot een succesvolle implementatie van geïntegreerde chronische zorg. Ik heb deze modellen en hun voorwaarden met elkaar vergeleken, en vastgesteld dat er een grote overlap is in de genoemde noodzakelijke succesfactoren. Op basis hiervan ben ik gekomen tot de keuze van zeven noodzakelijke succesfactoren voor de implementatie van de chronische zorg.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Betrokkenheid van patiënten en consumenten, ofwel klantpartnerschap 2. Een goede inrichting van de zorgorganisatie met ICT ondersteuning 3. Afstemming van financiering op de strategische doelen 4. Uitwisseling van data en het sturen op gemeenschappelijke data 5. Leiderschap en een gedeelde missie en visie 6. Samenwerking tussen stakeholders 7. Alignement van de onderdelen gericht op het behalen van gemeenschappelijke doelen |
|--|

<p>Framework for a regional health care system (Wagner)</p> <p>4 kernstrategieën:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Het delen van data en prestaties, het gebruik van indicatoren ter verantwoording, voor spiegelinformatie en voor keuze-informatie 2. Het betrekken van klanten/patiënten in de zorg, <ul style="list-style-type: none"> - Publiceren van uitkomsten - educatie en betrekken bij besluitvorming - zelfmanagement ondersteuning - - patiënten als partner, - bonus voor patiënt, 3. Verbeteren organisatie van de zorg, - ICT data-uitwisseling en beslissingsondersteuning, Systematische kwaliteitsverbetering Richtlijnen en standaarden multidisciplinair team, centrale rol verpleegkundige Netwerken, bereiken van moeilijke doelgroepen 4. Afstemmen van bonus en financiering op te bereiken doelen <ul style="list-style-type: none"> - Bonus voor kosteneffectieve zorg - Beloning naar prestaties op basis van uitkomstmetingen <p>Overkoepelend: samenwerking tussen <u>stakeholders</u> gericht op dezelfde doelen. Leiderschap met gedeelde missie en visie</p>	<p>The characteristics of a high performing chronic care system (Chris Ham)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. universele toegankelijkheid 2. geen financiële belemmeringen 3. focus op preventie en niet alleen op behandeling 4. prioriteit aan zelfmanagement met hulp van mantelzorg en familie 5. prioriteit bij eerstelijnszorg, met multidisciplinaire teams, en centrale rol voor verpleegkundigen 6. population management: usual care-assisted care-high care. Zorg op maat 7. integratie van specialistische zorg in eerstelijns team 8. ICT ondersteuning voor registratie van de zorg, beslissingsondersteuning, feedback 9. effectieve coördinatie: door huisarts of door casemanager, of <u>coaching</u>. Netwerk rond patiënt 10. Deze 9 kenmerken verbinden in een strategische veranderaanpak <p>4 <u>Implementatiestrategieën</u>:</p> <p><u>Physician leadership</u></p> <p>Meten van patiëntenuitkomsten en gebruiken om de kwaliteit te verbeteren</p> <p>Afstemmen van bonus en financiering op de strategische doelen</p> <p>Betrokkenheid van lokale gemeenschap <u>mbt</u> preventie en moeilijke doelgroepen</p>	<p>Ontwikkelingsmodel ketenzorg (Minkman)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. cliëntgerichtheid, educatie, zelfmanagement 2. ketenregie en logistiek: verbeteren organisatie van de zorg, informatie-uitwisseling, casemanagement, consultatie van specialistische zorg 3. <u>resultaatsmanagement mby</u> prestatie-indicatoren en normen, cliëntwaardering, feedbackmechanismen 4. optimale zorg <u>mbx</u> richtlijnen. Patiënten betrokken bij verbeteren van de zorg 5. resultaatgericht leren, voortdurend verbeteren van resultaten 6. Interprofessionele samenwerking 7. rol- en taakverdeling, coördinatie van de zorg en van de keten 8. Ketencommitment: gezamenlijke ambitie en doelen, <u>commitment</u> van leiders 9. transparant ondernemerschap: gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het eindresultaat en voor financiering, leiderschap
---	---	--

Bijlage 2 D-ACIC vragenlijst

© Copyright 2004, MacColl Institute for Healthcare Innovation, Group Health Cooperative

© Copyright 2011, Dutch version, Erasmus University Rotterdam, institute of Health, Policy and Management
Jane M. Cramm PhD, Mathilde M.H. Strating PhD, Apostolos Tsiachristas MSc, Anna P. Nieboer PhD

KWALITEIT VAN CHRONISCHE ZORG

Beantwoord elke vraag vanuit het perspectief van het samenwerkingsverband dat verantwoordelijk is voor het leveren van chronische zorg. Ga bij de beoordeling uit van de huidige situatie.

Beoordeel elk component op een schaal van 0 (laagste score) tot 11 (hoogste score). Vink a.u.b. het getal aan (een kruisje vóór het hokje), dat naar uw mening het beste overeenkomt met de geleverde kwaliteit van zorg. De beschrijvingen van de verschillende niveaus van D (laag niveau) tot A (hoog niveau) zijn hierbij slechts een hulpmiddel.

DEEL 1. GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM

Programma's voor chronische aandoeningen winnen aan doelmatigheid als het gehele gezondheidszorgsysteem (organisatie) zodanig is ingericht dat men zich inderdaad kan concentreren op zorg voor chronische aandoeningen.

Componenten	Niveau D	Niveau C	Niveau B	Niveau A
1.1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Algemeen organisatorisch leiderschap in de zorg voor chronische aandoeningen	...is er niet of er is weinig belangstelling voor.	...komt tot uiting in visiedocumenten en bedrijfsplannen, maar er zijn geen middelen gereserveerd om het werk uit te voeren.	...komt tot uiting in leiderschap van het hoger management en specifieke gereserveerde middelen (euro's en personeel).	...is onderdeel van de lange-termijn planning, krijgt de nodige middelen toegewezen, en bepaalde mensen worden verantwoordelijk gesteld.
1.2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Organisatorische doelstellingen in de zorg voor chronische aandoeningen	...zijn er niet of beperken zich tot één aandoening.	...zijn er wel maar worden niet actief in het oog gehouden.	...zijn meetbaar en worden in het oog gehouden.	...zijn meetbaar, worden routinematig in het oog gehouden, en maken deel uit van verbeteringsstrategie.
1.3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Verbeteringsstrategie in de zorg voor chronische aandoeningen	...is ad hoc en niet georganiseerd of niet consistent doorgevoerd.	...gebruikt ad hoc benaderingen voor gerichte problemen wanneer deze zich voordoen.	...gebruikt een bewezen verbeteringsstrategie voor gerichte problemen.	...is gebaseerd op een bewezen verbeteringstrategie die proactief wordt ingezet om de organisatorische doelstellingen te bereiken.

DEEL 1. GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM - VERVOLG

Componenten	Niveau D	Niveau C	Niveau B	Niveau A
1.4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Stimuleringsmaatregelen en regelingen in de zorg voor chronische aandoeningen	...worden niet gebruikt om de klinische prestatiedoelinden te beïnvloeden.	...worden gebruikt om de toepassing en kosten van de zorg voor chronische aandoeningen te beïnvloeden.	...worden gebruikt om doelstellingen t.a.v. de patiëntenzorg te helpen realiseren.	...worden gebruikt om de zorgverleners te motiveren en te stimuleren om doelstellingen t.a.v. de patiëntenzorg te helpen realiseren.
1.5	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Het hoger management	...ontmoedigt deelname van de chronisch zieken.	...geeft geen prioriteit aan verbeteringen in de zorg voor chronische aandoeningen.	...stimuleert plannen ter verbetering van de zorg voor chronische aandoeningen.	...is zichtbaar betrokken bij verbeteringsplannen in de zorg voor chronische aandoeningen.
1.6	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
De baten	...werken ontmoedigend op het zelfmanagement bij de patiënt of op wijzigingen in het systeem.	...werken noch aanmoedigend noch ontmoedigend op het zelfmanagement bij de patiënt of op systeemwijzigingen.	... werken aanmoedigend op het zelfmanagement bij de patiënt of op wijzigingen in het systeem.	...zijn speciaal gericht op een betere zorg voor chronische aandoeningen.

DEEL 2. MAATSCHAPPIJ

Banden tussen het zorgverleningsstelsel (of de zorgpraktijk) en zorgaanbieders in de gemeenschap spelen een belangrijke rol bij programma's voor chronische aandoeningen.

Componenten	Niveau D	Niveau C	Niveau B	Niveau A
2.1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Patiënten verwijzen naar externe mogelijkheden	...gebeurt niet systematisch.	...beperkt zich tot een toegankelijke lijst met bepaalde zorgaanbieders.	...is de taak van een bepaald staflid of zorgaanbieder die bewerkstelligt dat zorgverleners en patiënten maximaal gebruikmaken van het beschikbare zorgaanbod in de omgeving.	...wordt bewerkstelligd door actieve coördinatie tussen het zorgstelsel, zorgaanbieders in de gemeenschap en patiënten.
2.2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Samenwerkingsverbanden met organisaties in de omgeving	...zijn er niet.	...worden overwogen maar zijn nog niet geïmplementeerd.	...zijn ontstaan met als doel stimuleringsprogramma's en -beleid te ontwikkelen.	...worden actief nagestreefd om formele stimuleringsprogramma's en -beleid te ontwikkelen voor het hele stelsel.
2.3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Regionale zorgplannen	...bevatten geen afspraken over coördinatie van richtlijnen, uitkomstmaten of middelen t.a.v. chronische aandoeningen op praktijkniveau.	...bevatten afspraken over enige mate van coördinatie van richtlijnen, uitkomstmaten of middelen t.a.v. chronische aandoeningen op praktijkniveau, maar hebben nog geen veranderingen doorgevoerd.	...bevatten nu afspraken over coördinatie van richtlijnen, uitkomstmaten of middelen t.a.v. één of twee chronische aandoeningen.	... bevatten nu afspraken over coördinatie van richtlijnen, uitkomstmaten of middelen op praktijkniveau t.a.v. de meeste chronische aandoeningen.

DEEL 3. PRAKTIJK

Er zijn verschillende componenten waarvan bewezen is dat zij de zorg voor chronisch zieken kunnen verbeteren namelijk: ondersteuning van zelfmanagement van patiënten, verbeteren van de organisatie van zorg, ondersteuning bij het nemen van beslissingen en informatiesystemen in de zorg.

3A. ONDERSTEUNING VAN ZELFMANAGEMENT

Effectieve ondersteuning van patiënten kan zelfmanagement van patiënten bevorderen.

Componenten	Niveau D	Niveau C	Niveau B	Niveau A
3.1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Nagaan en vastleggen van de behoeften en activiteiten van de patiënt ten aanzien van zelfmanagement	.. wordt niet gedaan.	.. wordt vanzelfsprekend geacht.	.. wordt volgens een vast stramien gedaan.	.. wordt regelmatig volgens een vast stramien gedaan en is opgenomen in het zorg/behandelplan. Dit zorg / behandelplan is beschikbaar zowel voor de zorgverleners als voor patiënten.
3.2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Ondersteuning van zelfmanagement bij patiënten	.. is beperkt tot het verspreiden van informatie (folders, boekjes).	.. is mogelijk door te verwijzen naar cursussen of trainingen voor zelfmanagement.	.. wordt aangeboden door speciale zorgverleners die zijn aangesteld om ondersteuning te bieden bij zelfmanagement. Zij zijn verbonden aan een praktijk, specialisme of patiëntengroep en zien patiënten na verwijzing.	.. wordt aangeboden door speciale zorgverleners die verbonden zijn aan een praktijk, specialisme of patiëntengroep, die getraind zijn in het versterken van zelfmanagement bij patiënten en die de meeste patiënten zien.
3.3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Ingaan op vragen en zorgen van patiënten en familieleden	.. wordt niet consequent gedaan.	.. gebeurt bij sommige patiënten en familieleden door te verwijzen.	.. wordt aangemoedigd en er wordt gewezen op patiëntenverenigingen, lotgenotencontacten en begeleidingsprogramma's.	.. is een integraal onderdeel van de zorg. Vragen en zorgen worden systematisch geïnventariseerd en patiënten nemen routinematig deel aan begeleidingsprogramma's of lotgenotencontact.
3.4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Effectieve interventies voor gedragsverandering en sociale steun aan patiënten	.. zijn niet beschikbaar.	.. zijn beperkt tot het verspreiden van schriftelijke informatie zoals folders.	.. zijn alleen beschikbaar na verwijzing naar gespecialiseerde centra met getraind personeel.	.. zijn gemakkelijk beschikbaar en vormen een integraal onderdeel van de zorgverlening.

3B. BESLISKUNDIGE ONDERSTEUNING

Besliskundige ondersteuning omvat de toegang tot evidence-based ofwel wetenschappelijk onderbouwde informatie, die zorgverleners nodig hebben voor het leveren van goede patiëntenzorg. Deze ondersteuning bestaat uit richtlijnen of protocollen, het consulteren van gespecialiseerde zorgverleners (zoals diëtist, diabetoloog, podotherapeut), nascholing, en het inschakelen van patiënten om effectieve therapieën onder de aandacht van zorgverleners te brengen.

Componenten	Niveau D	Niveau C	Niveau B	Niveau A
3.5	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Evidence-based richtlijnen / standaarden	.. zijn niet beschikbaar.	.. zijn beschikbaar, maar zijn niet geïntegreerd in de zorgverlening.	.. zijn beschikbaar en worden ondersteund door nascholing.	.. zijn beschikbaar, worden ondersteund door nascholing en zijn geïntegreerd in de zorgverlening door middel van reminders (herinneringen) en andere effectieve methoden om gedrag van zorgverleners te veranderen.
3.6	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Betrokkenheid van gespecialiseerde zorgverleners bij het verbeteren van eerstelijnszorg	...verloopt traditiegetrouw door verwijzing.	...wordt bereikt doordat gespecialiseerde zorgverleners de invoering van richtlijnen stimuleren.	...wordt bereikt doordat gespecialiseerde zorgverleners nascholing verzorgen aan eerstelijnszorgverleners.	...wordt bereikt doordat gespecialiseerde zorgverleners het initiatief nemen tot en betrokken zijn bij de verbetering van de patiëntenzorg in de eerstelijnszorg.
3.7	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Nascholing voor zorgverleners op het gebied van de zorg voor patiënten	.. wordt sporadisch aangeboden.	.. wordt periodiek aangeboden door middel van klassieke onderwijsmethoden.	.. wordt aangeboden door middel van interactieve onderwijsmethoden zoals individuele nascholing en feedback op de werkplek.	.. omvat het trainen van alle teams in het organiseren van de zorg en ondersteuning van zelfmanagement.
3.8	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Het informeren van patiënten over richtlijnen / standaarden	.. gebeurt niet.	.. gebeurt op verzoek of door algemene publieksvoorlichting.	.. gebeurt door specifiek informatiemateriaal voor patiënten bij elke richtlijn.	.. omvat specifieke materialen die aangeven welke rol patiënten zelf hebben bij het uitvoeren van de richtlijn.

3C. ORGANISATIE VAN ZORG

Onderzoek suggereert dat de organisatie van langdurige zorg aan patiënten fundamenteel verschilt van een systeem dat gericht is op acute zorgverlening. Belangrijke elementen in de organisatie van de zorg voor patiënten zijn: functioneren van het (multidisciplinaire) team, leiderschap, controles en geplande afspraken.

Componenten	Niveau D	Niveau C	Niveau B	Niveau A
3.9	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Functioneren van het (multidisciplinaire) team	.. krijgt geen aandacht.	.. krijgt aandacht doordat er zorgverleners beschikbaar zijn die getraind zijn in kernonderdelen van zorg voor patiënten.	.. krijgt aandacht doordat er regelmatige bijeenkomsten van het team zijn voor het bespreken van richtlijnen, taken, verantwoordelijkheden en problemen in de zorg voor patiënten.	.. krijgt aandacht doordat teams regelmatig bijeenkomen en duidelijk afgebakende taken hebben ten aanzien van zelfmanagement ondersteuning, geplande vervolgafspraken, coördinatie van zorgverleners en middelen en ten aanzien van andere vaardigheden in de zorg voor patiënten.
3.10	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Leiderschap in het team	.. is niet zichtbaar.	.. wordt verondersteld door de organisatie door ervan uit te gaan dat mensen in bepaalde functies deze taak op zich nemen.	.. is gegarandeerd door het aanwijzen of aanstellen van een verantwoordelijke. Echter, diens rol is niet helder omschreven.	.. is gegarandeerd door het aanwijzen of aanstellen van een verantwoordelijke die ervoor zorgt dat taken en verantwoordelijkheden voor de zorg voor patiënten duidelijk zijn.
3.11	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Afsprakensysteemkan gebruikt worden om afspraken voor acute zorg , controles en preventieve zorg te onderscheiden.zorgt voor geplande controles met chronisch zieke patiënten.is flexibel en kan innovaties zoals aangepaste consultduur of groepsconsulten inpassen.is zodanig opgezet dat de patiënt meerdere zorgverleners in één bezoek kan zien.

3C. ORGANISATIE VAN ZORG - VERVOLG

Componenten	Niveau D	Niveau C	Niveau B	Niveau A
3.12	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Controles voor patiënten	.. worden ad hoc gepland door patiënten of door zorgverleners.	.. worden gepland in overeenstemming met richtlijnen.	.. worden door het team zeker gesteld door het aantal contacten per patiënt bij te houden.	.. zijn aangepast aan de individuele behoeften van de patiënt, verschillen in intensiteit en methode (telefoon, persoonlijk, e-mail) en zorgen voor uitvoering van de richtlijnen.
3.13	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Geplande afspraken met patiënten	.. worden niet gemaakt.	.. worden af en toe gemaakt voor patiënten met complexe problematiek.	.. zijn mogelijk voor patiënten die daarin geïnteresseerd zijn.	.. worden gemaakt voor alle patiënten en omvatten regelmatige controles, preventieve interventies en ondersteuning van zelfmanagement.
3.14	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Continuïteit van zorgis geen prioriteit.is gebaseerd op schriftelijke communicatie tussen eerstelijnszorgverleners en gespecialiseerde zorgverleners, case managers of organisaties.continuïteit tussen eerstelijns zorgverleners, gespecialiseerde en andere relevante zorgverleners is een prioriteit maar wordt niet systematisch geïmplementeerd. heeft hoge prioriteit en alle interventies voor chronisch zieken kennen actieve coördinatie tussen eerstelijns gezondheidszorg, gespecialiseerde zorgverleners en andere relevante groepen.

3D. INFORMATIESYSTEMEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

Tijdige, relevante informatie over individuele patiënten is cruciaal voor goede zorg.

Componenten	Niveau D	Niveau C	Niveau B	Niveau A
3.15 Register (lijst van patiënten)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
	.. is niet beschikbaar.	.. omvat naam, diagnose, contactinformatie en datum van het laatste contact op papier of in een computerdatabase.	.. hierin kan men zoeken op subgroepen die (klinisch) relevant zijn.	.. is gekoppeld aan richtlijnen waarin reminders (herinneringen) ten aanzien van noodzakelijke zorg zitten ingebouwd.
3.16 Reminders (herinneringen) aan zorgverleners	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
	.. zijn niet beschikbaar.	.. omvatten een algemene vermelding van de aanwezigheid van een aandoening, maar beschrijven niet de benodigde zorg.	.. geven een indicatie van de benodigde zorg voor patiëntenpopulaties.	.. geven specifieke informatie voor de zorgverleners over het opvolgen van richtlijnen in de zorg aan de patiënt.
3.17 Feedback (terugkoppeling)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
	.. is niet beschikbaar of is niet specifiek voor het team.	.. wordt onregelmatig en alleen schriftelijk gegeven.	.. gebeurt vaak genoeg om het handelen te volgen en betreft specifiek de patiënten van het team.	.. wordt tijdig, specifiek voor het team, routinematig en persoonlijk gegeven door een gerespecteerd opinie leider met als doel de zorg te verbeteren.
3.18 Informatie ten aanzien van behoeften aan zorg van de patiënt	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
	.. is niet beschikbaar.	.. kan alleen worden verkregen door extra inspanningen.	.. kan worden verkregen op verzoek maar is niet standaard beschikbaar.	.. wordt routinematig gegeven aan zorgverleners om hen te helpen zorg te organiseren.
3.19 Zorg / behandelplan van patiënten	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
	.. worden niet vanzelfsprekend geacht.	.. worden gemaakt volgens een vast stramien.	.. worden in samenspraak met de patiënt gemaakt en omvatten doelen ten aanzien van zelfmanagement en zorgverlening.	.. worden in samenspraak met de patiënt gemaakt en omschrijven het proces van zelfmanagement en zorgverlening. De follow-up van patiënten geeft richting aan het zorgverleningsproces.

3E. INTEGRATIE VAN COMPONENTEN IN HET CHRONISCHE ZORG MODEL

Effectieve zorgsystemen integreren en combineren alle componenten van het chronische zorg model, zoals het verbinden van zelfmanagement doelstellingen van patiënten aan informatiesystemen/registers.

Componenten	Weinig support	basis support	goede support	volledige support
3.20	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Het informeren van de patiënten over richtlijnen	...gebeurt niet.	...gebeurt op verzoek of door algemene publieksvoorlichting.	...gebeurt door specifiek informatiemateriaal voor patiënten bij elke richtlijn.	...omvat specifiek materiaal dat aangeeft welke rol de patiënten zelf hebben bij het voldoen aan de richtlijn.
3.21	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Informatiesystemen/ registers	...bevatten geen doelstellingen voor zelfmanagement van de patiënt.	...bevatten de resultaten van patiëntenbeoordelingen (b.v. functionele status score; bereidwilligheid om zelfmanagement op te pakken), maar geen doelstellingen.	...bevatten de resultaten van patiëntenbeoordelingen, maar ook de zelfmanagement doelstellingen gezamenlijk geformuleerd door het praktijkteam/de zorgverlener en de patiënt.	... bevatten de resultaten van patiëntenbeoordelingen, maar ook de zelfmanagement doelstellingen gezamenlijk geformuleerd door het praktijkteam/de zorgverlener en de patiënt; ook worden de patiënt en/of de zorgverlener op tijd herinnerd aan follow-up en periodieke evaluatie van de doelstellingen.
3.22	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Beschikbare programma's in de omgeving	...geven geen feedback (terugkoppeling) aan de partners in het zorgsysteem over hoe met de patiënten gaat in hun programma's.	...geven sporadisch feedback (terugkoppeling) over hoe met de patiënten gaat in hun programma's tijdens gezamenlijk overleg met de partners in het zorgsysteem.	...geven regelmatig feedback (terugkoppeling) aan de partners in het zorgsysteem over hoe het met de patiënten gaat via formele wegen (b.v. online voortgangsrapport).	... geven regelmatig feedback (terugkoppeling) aan het zorgsysteem m.b.v. inbreng van de patiënten zelf, die vervolgens wordt gebruikt om programma's te wijzigen zodat ze beter tegemoet kunnen komen aan de behoeften van de patiënten.

3E. INTEGRATIE VAN COMPONENTEN IN HET CHRONISCHE ZORG MODEL – VERVOLG

Componenten	Weinig support	basis support	goede support	volledige support
3.23	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Organisatorische planning van de zorg voor chronische aandoeningen	...is niet gebaseerd op de populatie.	...gebruikt gegevens uit informatiesystemen om de zorg te plannen.	...gebruikt gegevens uit informatiesystemen om proactief populatiegebaseerde zorg te plannen, inclusief het ontwikkelen van zelfmanagementprogramma's en samenwerkingsverbanden met zorgaanbieders in de gemeenschap.	...gebruikt systematische gegevens en inbreng van praktijkteams om proactief populatiegebaseerde zorg te plannen, inclusief het ontwikkelen van zelfmanagementprogramma's en samenwerkingsverbanden met zorgaanbieders in de gemeenschap; er is een evaluatieplan ingebouwd om het succes over de tijd na te gaan.
3.24	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Routinematige follow-up van afspraken, patiëntenbeoordelingen en het stellen van doelen	...is niet in voorzien.	...gebeurt sporadisch, meestal alleen voor afspraken.	...is in voorzien door een verantwoordelijke aan te wijzen (b.v. de coördinerend verpleegkundige).	...is in voorzien door een verantwoordelijke aan te wijzen (b.v. de coördinerend verpleegkundige) die dit regelt met de patiënt en het gehele praktijkteam aan de hand van het register en andere geheugensteuntjes.
3.25	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
Richtlijnen voor de zorg voor chronische aandoeningen	...worden niet beschikbaar gesteld aan de patiënten.	...worden verstrekt aan patiënten die belangstelling hebben voor zelfmanagement van hun aandoening.	...worden verstrekt aan alle patiënten als hulp bij het ontwikkelen van zelfmanagement- of gedragsveranderingprogramma's; ze geven aan wanneer een patiënt een zorgverlener zou moeten raadplegen.	...worden door het praktijkteam samen met de patiënt beoordeeld om te komen tot een zelfmanagement- of gedragsveranderingprogramma dat de richtlijnen volgt en dat rekening houdt met de doelstellingen van de patiënt en zijn/haar bereidwilligheid tot verandering.

Bijlage 3 Vragen voor het interview

1. Cluster visie en leiderschap

Wat is jullie motivatie geweest om de chronische zorg anders te gaan organiseren? Wie heeft hierin het voortouw genomen, in hoeverre past het in de visie en strategie van de organisatie.

Hoe ziet die chronische zorg eruit, wat is jullie visie op chronische zorg, maak je daarvoor gebruik van het Chronic care model of de beschrijving van de zorgstandaarden?

Wie zijn hierin de belangrijkste beslissers (geweest)? Binnen de organisatie, en buiten de organisatie?

Zijn hierin ook belemmeringen (geweest), mensen/groepen die zich hierin niet herkennen? In het verleden, en/of nu?

Wie zijn de voortrekkers? Wat is het draagvlak van deze leiders? Welke bevoegdheden hebben de leiders?

Hoe zie je dat de komende tijd, wat is jullie doel voor de komende jaren mbt het ontwikkelen van de chronische zorg, welke verandering is nodig/gewenst, welke belemmering(en) en kansen zijn er?

2. Cluster Verbeteren organisatie van de zorg

Doel: doelmatige, kosteneffectieve gezondheidszorg voor chronische aandoeningen, met gemotiveerde voorbereide, deskundige, samenwerkende zorgverleners die samenwerken met geïnformeerde geactiveerde patiënten.

Wat zijn de belangrijkste veranderingen in de organisatie van de zorg sinds de chronische zorg expliciet als doel is opgenomen?

Op het gebied van:

- verandering van de organisatiestructuur

(nieuwe organisatie, aparte afdeling, aandachtspersonen/coördinatoren, netwerken, juridische constructies)

- verandering van het zorgproces

(oproepsysteem, mensen in kaart brengen, ander soort spreekuur, werken volgens richtlijnen, registratie in zorgdossier/protocol, beslissingsondersteuning (pop-ups), ander soort activiteiten bv cursus, beweegprogramma, voorlichting, screening)

- verandering mbt zorgverleners

(heb je voldoende mensen met voldoende competenties, andere disciplines, nieuwe vaardigheden, specialisatie, scholing, andere samenwerkingsafspraken binnen en buiten de organisatie, met tweede lijn, met wijk, welzijn, met specialistische kennis) Formatie POH, totaal of per HA-praktijk

- verandering mbt ondersteuning van zorgverleners

(ICT feedback en verantwoording, financiële administratie, kwaliteitsbeleid, management/coördinatie, personeelsbeleid, onderhandelingen/contractering)

- veranderingen in opvattingen over de zorg

(over preventie, educatie, rol van patiënt, oproepen, eigen verantwoordelijkheid, samenwerking, taakdelegatie, coördinatie van de zorg, kwaliteit van zorg, individualiseren van afspraken)

- op welke manier organiseer je de integratie:

- a) tussen de zorgprogramma's
- b) tussen zorgprogramma's en overige huisartsenzorg: ander soort organisatie van subacute, ongeplande zorg, en planbare proactieve zorg, hoe laat zich dat combineren?

3. Cluster betrokkenheid van de patiënt/consument

Binnen het CCM wordt gesproken over een geïnformeerde en geactiveerde patiënt.

Wat is jullie visie op de rol van de patiënt in het zorgproces, en hebben jullie speciale activiteiten om dit te realiseren?

Wat hebben jullie gedaan mbt informatie over de ziekte /richtlijnen en behandeling, en met welk resultaat

Wat hebben jullie gedaan mbt actieve deelname aan het zorgproces,.....

Wat hebben jullie gedaan mbt ondersteuning van zelfmanagement, persoonlijk behandelplan,.....

Wat hebben jullie gedaan mbt integrale benadering van patiënt in combinatie met andere aandoeningen, is hier beleid op, hangt dit af van individuele huisarts/POH?

In hoeverre maken jullie onderscheid tussen groepen patiënten en op basis van welke informatie : -
- intensievere begeleiding, of veel zelf kunnen doen, of casemanagement, Kaiser driehoek

In hoeverre betrekken jullie de omgeving van de patiënt (partner, werk, wijk) bij het zorgproces,.....

Hebben jullie activiteiten om patiënten(organisaties) te betrekken bij jullie beleid, op welke wijze en met welk resultaat?

In hoeverre maken jullie de resultaten van de zorg/prestaties bekend aan jullie patiënten(organisaties)

In hoeverre worden deze opvattingen over de rol van de patiënt gedeeld door de professionals, wat wel/niet?

In hoeverre hebben professionals de vaardigheden om de patiënt op deze manier erbij te betrekken?

In hoeverre is de organisatie van de zorg er op ingericht om de patiënt op deze manier erbij te betrekken?

4. Succes en falen

Wat is de grootste succesfactor gebleken de afgelopen jaren?

Wat is het grootste knelpunt gebleken de afgelopen jaren?