



Vilans

persoons gerichte zorg

White paper | Hoe maak je een succes
van persoonsgerichte zorg?

Doortje Boshuizen, Jeanny Engels,
Marloes Versleijen, Hans Vlek,
Marjolein Rebel, Stannie Driessen





Inhoud

	Voorwoord David ten Westenend	3
	Voorwoord Maarten Klomp	4
1	Waarom is de zorg nog steeds niet persoonsgericht?	7
2	Bouw het Huis van persoonsgerichte zorg	9
3	De kern van persoonsgerichte zorg	15
4	Hoe betrek je patiënten bij persoonsgerichte zorg?	21
5	Wat betekent persoonsgerichte zorg voor zorgverleners?	25
6	Wat vraagt persoonsgerichte zorg van organisaties?	28
7	Persoonsgerichte omgeving en zorginkoop	33
8	Begrippenkader	39
	Colofon	41
	Dankwoord	42

Vilans

Catharijnesingel 47
Postbus 8228, 3503 RE Utrecht
Telefoon (030) 789 23 00
info@vilans.nl
www.vilans.nl



Voorwoord David ten Westenend

Beste lezer,

Als diabetespatiënt wil ik u graag iets vertellen over mijn ziekteproces. Het besef dat ik 'ziek' ben, heeft bij mij lang geduurd: na de diagnose duurde dat zeker nog drie jaar. Dit kwam niet door gebrek aan uitleg van de verpleegkundige. Het kwam puur doordat ik niet wilde inzien en accepteren dat ik ziek was. Diabetes voel je immers niet. Ik had alleen veel dorst, maar hoezo is het een ziekte?

Op een dag, tijdens een bezoek aan mijn diabetesverpleegkundige, kreeg ik de vraag of ik als ervaringsdeskundige deel wilde nemen aan een project van zorggroep Syntein over persoonsgerichte zorg. Ik zei 'ja' omdat ik de mensen in de zorg enorm toegewijd vind en iets voor ze wilde doen. Terugkijkend was dat een keerpunt in mijn leven. Ik ging meedoen aan het project en kreeg inzicht in ziekte- en zorgprocessen waar ik nooit bij stil had gestaan. Ik was in die tijd een eigenwijze man. Ik deed mijn eigen ding. Ik rookte bijvoorbeeld twee pakjes per dag, ik stond er 's nachts voor op. Ik dronk geregeld een borreltje en hield totaal geen rekening met mijn diabetes. In het project ontdekte ik dat ik zelf invloed kan uitoefenen op mijn gezondheid. Ik ben meer gaan bewegen, ik ben zelfs gestopt met roken en voel me een stuk beter.

Ik besef nu dat ik het echt zelf moet doen. Ik heb door het project ook inzicht gekregen in het reilen en zeilen van de zorg. Ik zie steeds meer overeenkomsten met mijn functie van commercieel sales manager. In mijn bedrijfstak willen we dat onze klanten ja zeggen en dat ze daarbij het gevoel hebben zelf hun besluiten te nemen. Dat is de kern van persoonsgerichte zorg en dat kunt u in dit white paper lezen. Door patiënten zelf de regie in handen te geven, hen bewust te laten worden dat ze ziek zijn en dat ze zelf aan hun gezondheid kunnen werken, wordt veel ongemak, tijd- en geldverspilling voorkomen.

Ik ben nu 41, ik heb diabetes maar ik voel me fitter dan ooit. Ik ben een groot voorstander van persoonsgerichte zorg omdat ik als patiënt samen met mijn zorgverlener aan mijn gezondheid werk. De zorgverlener is de TomTom die mij leidt naar een gelukkig bestaan. Als patiënt kies ik zelf de route die het beste bij mij past. Een dergelijke samenwerking gun ik andere patiënten ook.

David ten Westenend
Ervaringsdeskundige



Voorwoord Maarten Klomp

Beste lezer,

De afgelopen jaren is onze zorg verrijkt met een groot aantal standaarden, richtlijnen en protocollen, waar mogelijk gebaseerd op onderliggende evidence. Die richtlijnen vormen ontegenzeggelijk een belangrijke kwaliteitsimpuls voor onze zorg. Toch schuilt daarin ook een gevaar. Onze patiënten zijn niet standaard. Het zijn allemaal individuen, met hun eigen achtergrond, kenmerken en voorkeuren. Het wordt dan ook hoog tijd om die eigenheid van onze patiënten meer recht te doen door het bieden van persoonsgerichte zorg.

Maar hoe doe je dat? Hoe maak je persoonsgerichte zorg concreet? Dat is het onderwerp van dit white paper van Vilans. Het bespreekt de bijbehorende begrippen (zelfmanagement, ondersteunde zelfzorg, patiëntenprofielen). De notitie laat zien wat er nodig is aan de kant van zorgverleners, patiënten en de organisatie van de zorg om van persoonsgerichte zorg een succes te maken. Of zoals het paper het noemt: om uw eigen 'Huis van persoonsgerichte zorg' te bouwen.

Vilans heeft zich daarbij laten inspireren door de 'Co-creating Health' aanpak en het 'House of Care' model, twee succesvolle voorbeelden uit Engeland. Verder wordt voortgeborduurd op het raamwerk individueel zorgplan van het Kwaliteitsinstituut, het 'referentiemodel individueel zorgplan' dat NHG, NPCF en Vilans hebben ontwikkeld en op de eerste ideeën over het stellen van persoonlijke doelen en gezamenlijke besluitvorming waarover InEen, NHG en Hogeschool Zuid een model aan het maken zijn.

Het white paper is heel toegankelijk geschreven en leuk geïllustreerd, met tal van voorbeelden en concrete tips voor de dagelijkse praktijk. Het is daarmee een hele praktische kapstok bij de implementatie van persoonsgerichte zorg in uw eigen praktijkvoering. Daarom beveel ik het van harte bij u aan.

Maarten Klomp
Huisarts, medisch directeur DOH, bestuurslid InEen

Persoonsgerichte zorg in de praktijk

Zorggroep Synchron

'Persoonsgerichte zorg klinkt logisch en eenvoudig, maar in de praktijk is het niet zo simpel. Dat is onze conclusie na een driejarige pilot over zelfmanagement in de praktijk. Voor mij is persoonsgerichte zorg - wij spreken overigens van zelfmanagementondersteuning en werken met een individueel zorgplan - dat je per patiënt kijkt waar hij behoefte aan heeft en wat de persoonlijke doelen zijn. Vervolgens kijk je hoe je dat kunt faciliteren, als zorgverlener en als zorggroep.

De zorgverleners in onze zorggroep zijn er allemaal van overtuigd dat dit belangrijk is. Ze zijn er ook mee bezig. Maar in de praktijk lopen ze tegen dilemma's aan want 'de winkel is gewoon open tijdens de verbouwing'. Aan de ene kant wil je de zorg beter afstemmen op individuele wensen en behoeften, aan de andere kant moet je productie draaien en monitorgegevens aanleveren. Aan de ene kant wil je de tijd nemen voor een gesprek met een patiënt, aan de andere kant heb je te maken met volle spreekuren.

Ik weet zeker dat de omslag naar persoonsgerichte zorg doorzet, maar ik denk ook dat het nog veel ontwikkeltijd kost. Dit is een cultuuromslag. Niet alleen bij zorgverleners maar zeker ook bij patiënten en zorgverzekeraars. Dat vraagt om ruimte, tijd en geld.

Onze pilot is afgesloten. Ik ben blij met de samenwerking in de regio, tussen de verschillende ketenpartners en tussen de eerste en tweede lijn. Die samenwerking is goed. We hebben een regionale visie op zelfmanagement geformuleerd, samen met patiëntenvereniging en ketenpartners uit de regio.

We hebben een toolkit ontwikkeld, een stappenplan voor praktijken die verder willen met zelfmanagement. Vanuit de zorggroep bieden we scholing in onder meer motiverende gespreksvoering. En we zijn een klankbordgroep voor patiënten aan het inrichten, samen met Zorgbelang Brabant. Wat nog beter kan, is dat we regionaal beschikbare data koppelen en de informatie analyseren. Dan kunnen we mogelijk voorspellingen doen, op postcodeniveau, hoe de zorgvraag zich ontwikkelt en wat de mogelijkheden op het gebied van zelfmanagement zijn van inwoners in de regio.'

Hedi ter Braak, algemeen manager van Zorggroep Synchron, een BV van 116 huisartsen in de regio Oss-Uden-Veghel. www.synchron.info

De Ondernemende Huisarts

'Als Ondernemende Huisarts zijn we sinds 2011 bezig met zelfmanagement. Samen met Vilans hebben we een zelfmanagementbeleidsagenda opgesteld. Dat kan ik elke zorggroep aanraden die hiermee aan de slag wil. Stel eerst een visie vast en maak vervolgens een concreet plan op verschillende niveaus. Wij doen dat nu al drie jaar. We bieden patiënten ondersteuning op maat via een digitaal individueel zorgplan. We hebben ook een instrument ontwikkeld waarmee de zorgverlener kijkt naar de competenties en barrières voor zelfmanagement, genaamd SeMaS. Kan deze patiënt ermee aan de slag?

Voor patiënten zijn er allerlei groepscursussen zoals 'Stoppen met roken' en 'Mijn diabetes en ik'. We hebben diverse e-Healthapplicaties zoals 'Mijn Gezondheidsplatform' en 'Kleur je leven'. En we hebben interventies voor zorgverleners: 'Doen en blijven doen' waarbij je leert hoe je een gedragsverandering kan stimuleren bij patiënten.

Zelfmanagement is een koers die we vanaf 2011 zijn ingezet en ik verwacht dat we deze koers blijven varen. Er komen steeds meer ouderen en dus komt er steeds meer vraag naar zorg. Zelfmanagement is een manier om de zorg te ontlasten en mensen meer eigen regie te geven. Ik ben tevreden over hoe het nu gaat, dat we op allerlei fronten dingen doen en een gevarieerd aanbod hebben. Ik ben ook tevreden dat we elk jaar met de zorgverzekeraars kunnen overleggen over nieuwe projecten, wij zijn een proeftuin voor hen. Het kost wel tijd om het allemaal goed te regelen.

Ik ben 20 uur per week aangesteld hiervoor en dat is geen overbodige luxe. Vooral de implementatie van het keteninformatiesysteem en van 'Mijn gezondheidsplatform' heeft veel tijd gekost. Wat ik meer zou willen? Patiënten betrekken bij de ontwikkeling van nieuwe instrumenten. We leggen zaken wel voor aan een patiëntenadviesraad maar dit zou nog beter kunnen. Als je patiënten vanaf het begin betreft bij een nieuwe ontwikkeling op het gebied van zelfmanagement, kun je nog meer bereiken.'

Nathalie Eikelenboom, stafmedewerker zelfmanagement en eHealth bij De Ondernemende Huisarts. www.dohnet.nl



1 | Waarom is de zorg nog steeds niet **persoonsgericht?**

Iedereen wil de zorg persoonsgericht bieden. Dat merkt Vilans na het uitbrengen van haar eerste white paper over persoonsgerichte zorg in 2013. De uitgangspunten van persoonsgerichte zorg worden in Nederland breed gedeeld. Maar in de praktijk worden ze nog weinig toegepast.

Hoe krijgen we persoonsgerichte zorg en zelfmanagementondersteuning op grote schaal van de grond? Daar is iets anders voor nodig. Dit white paper is een praktische handreiking voor zorgverleners, (staf)medewerkers en managers van organisaties die persoonsgerichte zorg willen doorvoeren. Je vindt hierin een kader waarmee je in je eigen organisatie aan de slag kunt: het Huis van persoonsgerichte zorg.

Waarom is het toepassen van persoonsgerichte zorg zo moeilijk?

- 1 Zorgverleners onderschatten de impact van de verandering in hun manier van werken en denken. Eigen ervaringen van mensen zijn bij persoonsgerichte zorg net zo belangrijk als klinische informatie. Persoonsgerichte zorg vraagt van zorgverleners een open, meedenkende en coachende stijl van communiceren.
- 2 Gedragsverandering kost tijd. Dat geldt zowel voor zorgverleners als voor patiënten. Je kunt niet van patiënten verwachten dat ze hun actieve rol meteen oppakken. Zorgverleners moeten stap voor stap die rol activeren en patiënten toerusten.
- 3 Gezamenlijke inspanningen van de afgelopen vijf jaar hebben zich te eenzijdig gericht op het toerusten van zorgverleners om zelfmanagement te stimuleren. Er is te weinig gedaan aan het complete plaatje: de rol van

patiënten veranderen, de organisatie anders inrichten, passende ICT ontwikkelen en de zorginkoop persoonsgericht organiseren. Er is een systeembenadering nodig om op al die facetten veranderingen in te zetten en persoonsgerichte zorg op grote schaal te realiseren. Het Huis van persoonsgerichte zorg is zo'n systeembenadering.

Huis van persoonsgerichte zorg

Het Huis van persoonsgerichte zorg, dat in dit white paper wordt gepresenteerd, is gebaseerd op de 'Co-creating Health' aanpak en het 'House of Care' model uit Engeland. In een denktank hebben zorgverleners en managers van dertien zorggroepen, vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, InEen en Zelfzorg Ondersteund! de lessen uit Engeland omgezet in een Nederlands Huis van persoonsgerichte zorg. Met dit model bouwt Vilans voort op modellen zoals het Chronic Care Model en Guided Care Model¹. Vilans ziet dit Huis van persoonsgerichte zorg als een ontwikkelmodel. Vilans hoopt dat veel meer organisaties met dit model aan de slag gaan met persoonsgerichte zorg.

Oproep aan landelijke partijen

Vilans doet een beroep op landelijke partijen die zijn georganiseerd binnen Zelfzorg Ondersteund!² om persoonsgerichte zorg mogelijk te maken en ruimte hiervoor te creëren via zorginkoop en ICT-ondersteuning. Maak online toegang voor patiënten mogelijk en realiseer de landelijke randvoorwaarden om persoonsgerichte zorg en ondersteunende zelfzorg in Nederland tot een succes te maken. Om krachten te bundelen, is ook eenheid van taal nodig om eenvoudig en eenduidig te kunnen communiceren. Het begrippenlijstje in hoofdstuk 9 geeft een voorzet. Maar er is meer nodig om eenvoudig en helder te kunnen communiceren. ZO! zal daarom in overleg met Vilans en andere kennisinstituten werken aan een eenduidig begrippenkader en een keuze maken voor modellen die helpen om zelfzorg, zelfmanagement en persoonsgerichte zorg op grote schaal te implementeren in Nederland.

1 Meer informatie over het Chronic Care Model en Guided Care Model (complexe patiëntenzorg) is te vinden op www.kennispleinchronischezorg.nl

2 In Zelfzorg Ondersteund! hebben vertegenwoordigers van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars hun krachten gebundeld om ondersteunende zelfzorg in drie jaar tijd op grote schaal te implementeren. ZO, 2014. Via www.zelfzorgondersteund.nl



2 | Bouw het

Huis van persoonsgerichte zorg

In dit hoofdstuk vind je het ‘Huis van persoonsgerichte zorg’: een flexibel raamwerk dat je als kader kunt gebruiken bij het ontwikkelen van een systematische aanpak voor persoonsgerichte zorg in jouw zorggroep of zorgorganisatie.

Het huis bevat verschillende niveaus die met elkaar samenhangen.

Het ‘Huis van persoonsgerichte zorg’ is gebaseerd op ‘House of Care’ en ‘Co-creating Health’ uit Engeland³.

Waarom een nieuw model terwijl er in de chronische zorg al verschillende modellen zijn om mee te werken, denk aan het (expanded) Chronic Care Model of het Guided Care Model, dat specifiek ontwikkeld is voor mensen met multimorbiditeit? Introduceren we nu een compleet nieuw model of is het oude wijn in nieuwe zakken?

We doen een beetje van allebei. Het Huis van persoonsgerichte zorg bevat dezelfde bouwstenen als het Chronic Care Model en vertoont overlap met het Guided Care Model. Een belangrijk verschil is dat die bouwstenen anders zijn geordend, namelijk als onderdelen van een huis. Een sterke metafoor, voor iedereen gemakkelijk te begrijpen en in een opslag wordt duidelijk dat als er één bouwsteen zwak is, het huis in elkaar stort.

Een tweede belangrijk verschil is dat het Huis voor persoonsgerichte zorg van toepassing is op alle mensen met langdurige hulpvragen, dus niet alleen bedoeld is voor mensen met een chronische ziekte.

Het model laat duidelijk zien dat patiënten zelf moet participeren in het zorgproces en dat dit van zorgverleners een andere manier van denken en

3 Vormgegeven met toestemming van NHS England. Enhancing the quality of life for people living with long term conditions - The House of Care, NHS England.

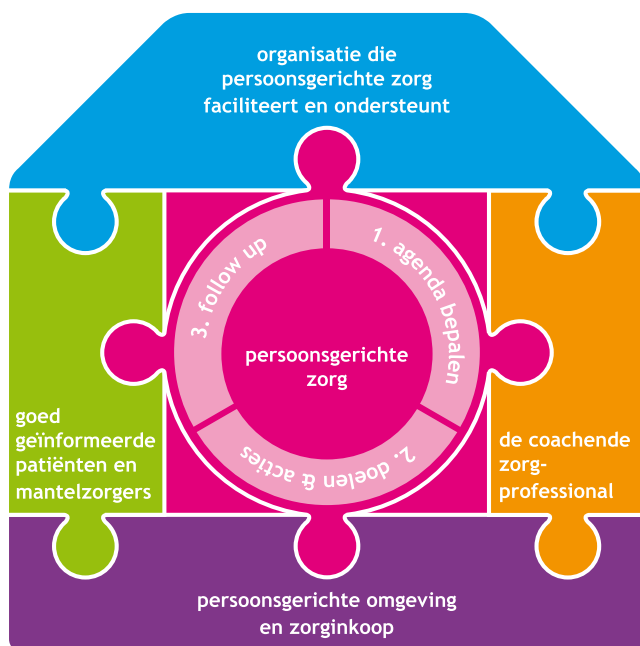
Via <http://www.england.nhs.uk/house-of-care/>

handelen vraagt. In het Chronic Care Model wordt die interactie wel benoemd maar wordt niet expliciet ingegaan op het realiseren van persoonsgerichte zorg: 'het hart van het huis' met een sterke nadruk op partnership tussen patiënt en zorgverlener.

Wat is het Huis van persoonsgerichte zorg?

Het Huis van persoonsgerichte zorg is een model dat gebruikt kan worden om persoonsgerichte zorg voor mensen met een of meer chronische ziekten systematisch op te zetten. Het model is gemaakt voor zorgverleners in de eerste lijn en beleidsmedewerkers en managers van zorggroepen en eerstelijnscentra. Ook in de verpleging, verzorging, thuiszorg, gehandicaptensector en bij gemeenten kan dit model helpen om persoonsgerichte zorg van de grond te krijgen. Het model bestaat uit vijf onderdelen:

- 1 Kern van het huis: persoonsgerichte zorg
- 2 Links: goed geïnformeerde patiënten en mantelzorgers
- 3 Rechts: de coachende zorgverlener
- 4 Boven: organisatie die persoonsgerichte zorg faciliteert en ondersteunt
- 5 Onder: persoonsgerichte omgeving en zorginkoop



Huis van persoonsgerichte zorg

Tip

Neem de tijd om dit huis te bouwen. Je kunt niet alles tegelijk. Probeer wel tijdens de bouw aan alle onderdelen van het huis in samenhang aandacht te besteden. Het huis kan helpen om de zwakke plekken boven tafel te krijgen. Ook helpt het om prioriteiten aan te geven.

Waarop is dit huis gebaseerd?

Het Huis van persoonsgerichte zorg is gebaseerd op twee programma's uit Engeland: het House of Care en Co-creating Health. Beide programma's pleiten voor een systeembenadering om persoonsgerichte zorg in te voeren.

1 House of Care

House of Care is een raamwerk voor persoonsgerichte zorg dat je als zorggroep of zorgverlener lokaal kunt invullen. De actieve betrokkenheid van patiënten is het uitgangspunt. Het model vertrekt vanuit de eerste lijn, maar gaat uit van een systeembenadering die raakt aan alle facetten en onderdelen van de gezondheidszorg. In drie Britse regio's is met dit model geëxperimenteerd met mensen met diabetes.

De resultaten⁴:

- 1 Patiënten ervaren een betere kwaliteit van zorg en laten verandering in gedrag zien, onder andere vaker aanwezig op consulten en een gezondere leefstijl.
- 2 Zorgverleners hebben een meer persoonsgerichte benadering in de interactie met patiënten en in de organisatie van het zorgproces.
- 3 Zorgverleners hebben meer werkplezier en werken beter samen in teams, onder andere omdat er meer overlegmomenten zijn tussen zorgverleners.
- 4 De organisatie is ondersteunend, onder andere door het faciliteren van langere consulten en het beter organiseren van het administratieve proces (door bijvoorbeeld het nabellen van patiënten ter herinnering aan gemaakte afspraken).
- 5 Ondanks de langere consulttijd zijn de projecten veelal kostenneutraal als gevolg van taakdelegatie. De inzet door de huisartsen is voor een groot deel vervangen door de inzet van praktijkondersteuners en praktijk-assistentes⁵.

2 Co-creating Health

Co-creating Health is een implementatieprogramma voor zelfmanagement-ondersteuning. Uitgangspunt van het programma is dat zelfmanagement alleen van de grond komt als je patiënten, zorgverleners en het systeem vanaf het begin betreft en laat samenwerken: co-creatie dus. Het programma richt zich op het ontwikkelen van vaardigheden van zowel patiënten met een chronische aandoening als hun zorgverleners. De kern van het programma bestaat uit drie onderdelen:

- 1 Agendasetting: de agenda samen verkennen en vaststellen.
- 2 Goalsetting: gezamenlijk doelen en acties formuleren.
- 3 Follow-up: het organiseren, bespreken en evalueren van de gekozen doelen en acties.

4 Diabetes UK, Department of Health, The Health Foundation, NHS Diabetes (2011). Year of Care: Report of findings from the pilot programme. London: Diabetes UK.

Via http://www.yearofcare.co.uk/sites/default/files/images/YOC_Report%20-%20correct.pdf

5 Noot auteurs: in de Nederlandse situatie is taakdelegatie in diabeteszorg al voor groot deel gerealiseerd.

Acht regionale samenwerkingsverbanden hebben met dit programma geëxperimenteerd. Evaluatie laat de volgende resultaten zien⁶:

- 1 Patiënten hebben meer kennis en vaardigheden.
- 2 Patiënten zijn beter in staat om hun ziekte te managen doordat zij actiever en meer gemotiveerd zijn. Zij hebben meer vertrouwen in het zelfmanagen.
- 3 Diabetespatiënten geven aan dat de kwaliteit van leven groter is geworden.
- 4 Jonge, meer angstige en minder geactiveerde patiënten boeken de grootste vooruitgang.
- 5 Patiënten met depressie boeken positieve resultaten op het gebied van depressie, angst, gezondheidstoestand en kwaliteit van leven.

Wat leren we van deze modellen?

- 1 Het gaat om een systeemverandering én een cultuurverandering. Het is belangrijk om mensen en medewerkers over grenzen, sectoren en organisaties heen bij elkaar te brengen zodat ze een gezamenlijke visie ontwikkelen. Dit kost tijd.
- 2 Voor een succesvolle aanpak moet je altijd afstemmen op het lokale beleid, bestaande programma's met elkaar in verbinding brengen en de zorg-inkoop afstemmen op lokale behoeften.
- 3 Een duidelijke rolverdeling binnen het team is essentieel. Zo is duidelijk wie wat doet op welk moment. Persoonlijke succesverhalen geven waardevolle inzichten en werken bemoedigend.
- 4 In regio's waar mensen lagere gezondheidsvaardigheden hebben, zijn er hogere opstartkosten voor de implementatie. Toch heeft het model juist hier goede kans van slagen.

6 Wallace LM, Turner A, Kosmala-Anderson J, Sharma S, Jesuthasan J, Bourne C, et al. (2012). Evidence: Co-creating Health: Evaluation of first phase. An independent evaluation of the Health Foundation's Co-creating Health improvement programme. The Health Foundation. Via <http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/3404/CCH%201%20evaluation%20report.pdf?realName=ZRQkIZ.pdf>

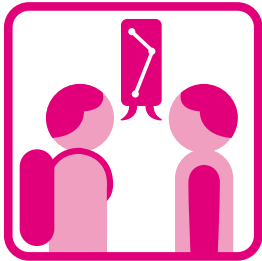
Wat levert het op?

In de Engelse programma's zijn de volgende veranderingen gerealiseerd:

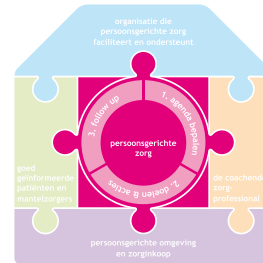
- Andere manier van werken voor zorgverleners.
- Andere relatie tussen patiënten en zorgverleners.
- Veranderen van 'doing to' naar 'doing with'.
- Tijd die zorgverlener en patiënt samen doorbrengen is productiever.
- Trainingen voor zorgverleners en patiënten worden nu in coproductie uitgevoerd.
- Effectieve tools voor zelfmanagementondersteuning zijn geïntroduceerd.



3 | De kern van persoongerichte zorg



Persoonsgerichte zorg



Persoonsgerichte zorg helpt mensen met een chronische ziekte om beter om te gaan met hun aandoening. Niet de ziekte staat centraal, maar het mens-zijn, het functioneren, de levenssituatie en de leefstijl. Dat is het uitgangspunt van persoongerichte zorg en dus ook van het Huis van persoongerichte zorg.

In het eerste white paper over persoongerichte zorg⁷ staan de uitgangspunten van persoongerichte zorg op een rij.

- Persoonsgerichte zorg betreft een **breed primair proces** dat zich uitstrekt over het ZZ- én het GG-domein. ZZ staat voor ziekte en zorg, GG staat voor gezondheid en gedrag. Het GG-domein is in de zorg een nog relatief onbekend terrein. Dit gaat over functioneren, participeren, zingeving en kwaliteit van leven. Over wat belangrijk voor iemand is en wat kleur geeft aan het leven ondanks de chronische ziekte.
- Persoonsgerichte zorg herken je aan de **stapsgewijze werkwijze** in het primaire proces. Dit is de kern van persoongerichte zorg, het hart van het huis.

7 Vlek H, Driessen S, Hassink L (2013). Persoonsgerichte zorg, White paper. Vilans. Via <http://www.kennispleinchronischezorg.nl/kcz.net?id=26497>

Hoe realiseer je persoonsgerichte zorg?

In drie stappen kunnen patiënt en zorgverlener persoonsgerichte zorg realiseren: agenda bepalen, doelen en acties formuleren en follow-up organiseren. De andere onderdelen van het huis moeten zo worden ingericht dat ze dit optimaal ondersteunen. Voor veel zorgverleners vraagt dit deels een andere manier van werken. De relatie tussen patiënt en zorgverlener verandert, de tijd die zorgverleners en patiënten samen doorbrengen wordt productiever.



Hart van het huis: persoonsgerichte zorg

Stap 1 | Agenda bepalen

De eerste voorbereidende stap bij elk consult of gesprek is dat de agenda wordt bepaald. De patiënt bereidt zich voor op het consult of gesprek met de zorgverlener. De zorgverlener vormt zich een beeld van de patiënt en gaat in gesprek over de persoonlijke doelen en drijfveren van de patiënt. Vervolgens stellen patiënt en zorgverlener samen de agenda voor het gesprek vast die zowel punten uit het ZZ- als het GG-domein kan bevatten. Er is sprake van tweerichtingsverkeer waarbij de inbreng van de ervaringskennis van de patiënt net zo belangrijk is als de professionele kennis van de zorgverlener.

Stap 2 | Doelen en acties formuleren

De tweede stap is dat patiënt en zorgverlener samen de concrete doelen en acties formuleren. De patiënt geeft aan wat zijn doelen zijn en hoe hij die doelen concreet wil bereiken. De zorgverlener ondersteunt hem daarbij. Zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning maken hier deel van uit. Dit alles wordt vastgelegd in een individueel zorgplan.

Stap 3 | Follow-up organiseren

De derde stap is: het organiseren, bespreken en evalueren van de gekozen doelen en acties. Dit kan op verschillende manieren en het kan ook door niet-zorgverleners gedaan worden. Ook vraagt het per definitie om flexibiliteit en zorg op maat, dus geen standaard follow-up-momenten. Als een doel bereikt is, stellen patiënt en zorgverlener indien gewenst of nodig op basis van de behoeften van de patiënt een volgend doel.

Kenmerkend: samen beslissen⁸

De agenda bepalen, doelen en acties formuleren en de follow-up organiseren, doen zorgverleners en patiënten in een proces van **samen beslissen**, met de zorgverlener in de rol van coach. De patiënt en zorgverlener beslissen samen welke zorg en behandeling de patiënt krijgt. Het is bekend dat dit resulteert in beter geïnformeerde patiënten, meer vertrouwen in en tevredenheid over de behandeling en meer therapietrouw.

8 In de literatuur wordt hiervoor vaak het begrip 'gezamenlijke besluitvorming' of 'shared decision making' gebruikt.

Drie stappen om samen te kunnen beslissen over welke zorg en behandeling de patiënt krijgt

- 1 Choice talk, er valt iets te kiezen. De zorgverlener vraagt de patiënt of hij wil deelnemen aan het keuzeprocess. De patiënt kan ook besluiten om dit aan de zorgverlener over te laten.
 - 2 Option talk, wat valt er te kiezen? De zorgverlener bespreekt met de patiënt wat de (behandel)mogelijkheden zijn. Wat zijn de consequenties op de korte, middellange en lange termijn? Keuzehulpen kunnen patiënten helpen om een goed besluit te nemen. De patiënt denkt, indien nodig thuis, na over de mogelijkheden.
 - 3 Decision talk, wat kiest de patiënt? De patiënt komt opnieuw bij de zorgverlener om zijn keuze te bespreken en vast te stellen.
- Zie de [factsheet Samen beslissen](#) op het Kennisplein Chronische Zorg⁹.

Vijf tips voor succes

- 1 Zorg dat patiënten en zorgverleners hetzelfde beeld hebben van coproductie. Dat vraagt om beleid dat zich richt op diverse niveaus van patiëntenparticipatie¹⁰.
- 2 Zorg voor goed geïnformeerde en betrokken patiënten en hun mantelzorgers.
- 3 Zorg dat zorgverleners erkennen wat coproductie voor hun werkwijze betekent en welke voordelen het hun zelf en hun patiënten oplevert om in coproductie aan zelfmanagementondersteuning te werken.
- 4 Zorg dat zorgverleners getraind worden in de uitvoering van deze fasen en dat zij vertrouwd raken met het GG-domein en zich het brede primaire proces eigen maken¹¹.
- 5 Ga het gewoon doen!

9 Kennisplein Chronische Zorg. Factsheet gezamenlijke besluitvorming.

Via <http://www.kennispleinchronischezorg.nl/docs/KCZ/Factsheet%20Gezamenlijke%20besluitvorming%2024%20okt%202013.pdf> en Hulpmiddelen voor gezamenlijke besluitvorming via http://www.kennispleinchronischezorg.nl/docs/KCZ/Besluitvorming_hulpmiddelen_Vilans.pdf

10 In oplopende mate van invloed gaat het om: informeren, raadplegen, adviseren, coproduceren, (mee)beslissen.

11 Om dat te bewerkstelligen, kan een beroep worden gedaan op Vilans en BigMove die hiervoor een samenwerking zijn aangegaan.

Hulpmiddelen bij persoonsgerichte zorg

Vragenlijst voorbereiden consult

Stuur de patiënt een korte vragenlijst om het consult voor te bereiden.

Daardoor verloopt het gesprek soepeler, persoonlijker en efficiënter.

Ben daarbij kritisch op welke en hoe vaak je een vragenlijst inzet en voorkom het afwerken van lijstjes en 'afvinken'.

Welke vragenlijsten zijn er?

Op www.kennispleinchronischezorg.nl staat een [overzicht van vragenlijsten](#) die patiënten en zorgverleners helpen om goed beslagen ten ijs te komen¹².

Er zijn vragenlijsten voor de zorgverlener, voor de patiënt en vragenlijsten om samen in te vullen.

Individueel zorgplan

In een individueel zorgplan¹³ staan alle doelen, acties en de follow-up.

Het is een plan van en voor de patiënt. Met een individueel zorgplan werk je samen aan de gezondheid van de patiënt, op een proactieve manier.

De verschijningsvorm van een individueel zorgplan kan per patiënt en situatie verschillen: op een papiertje, in een uitgebreid boekje voor de patiënt, op een uitdraai uit het informatiesysteem of online.

Zorgverleners leggen de gemaakte afspraken altijd vast in het informatiesysteem. Zo kan hier tijdens een volgend contactmoment eenvoudig op voortgebouwd worden en is het plan te raadplegen door andere zorgverleners.

12 Kennisplein Chronische Zorg. Overzicht vragenlijsten ter voorbereiding op een chronisch zieken consult. Via http://www.kennispleinchronischezorg.nl/docs/KCZ/Vragenlijsten_persoonsger_vorbereiding_2014.pdf

13 In diverse sectoren worden verschillende begrippen gehanteerd zoals zorg-leefplan of individueel gezondheidsplan.

Hoe ziet een individueel zorgplan eruit?

Er zijn verschillende modellen voor individuele zorgplannen. Om uniformiteit in opzet en uitgangspunten te bevorderen, hebben Vilans, NHG en NPCF in 2014 het Referentiemodel generiek Individueel Zorgplan ontwikkeld. Volgens dit Referentiemodel bestaat het individueel zorgplan uit een dynamische set van afspraken van de patiënt en de zorgverlener(s) over zorg én zelfmanagement. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van patiënten. Zij komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand. Meer informatie: [factsheet Ontwikkeling generiek individueel zorgplan](#) op het Kennisplein Chronische Zorg¹⁴.

Handige hulpmiddelen voor patiënten

Er zijn allerlei handige hulpmiddelen voor zelfmanagement voor patiënten. Hiermee kun je bereiken dat een patiënt beter is geïnformeerd over zijn ziekte, in staat is zelf meer regie te nemen en ook gezonder gaat leven. Er zijn generieke tools die geschikt zijn voor meerdere aandoeningen, ziektespecifieke tools en cursussen & trainingen. Er zijn ook speciale hulpmiddelen voor mensen die moeite hebben met lezen, rekenen en schrijven.

Welk hulpmiddel zet je in?

Het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement biedt een toolbox met een [overzicht van zelfmanagement-interventies](#)¹⁵. Benieuwd welke hulpmiddelen beschikbaar zijn voor mensen die moeite hebben met lezen, rekenen en schrijven? Ga dan naar het [overzicht van tools om in te zetten in de zorg voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden](#) op het Kennisplein Chronische Zorg¹⁶.

-
- 14 Kennisplein Chronische Zorg. Uniforme uitgangspunten voor individuele zorgplanning.
Via <http://www.kennispleinchronischezorg.nl/eerstelij/individueel-zorgplan-nieuws-uniforme-uitgangspunten-individuele-zorgplannen.html>
- 15 Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement. Via <http://www.zelfmanagement.com/toolbox>
- 16 Kennisplein Chronische Zorg. Tools gezondheidsvaardigheden.
Via http://www.kennispleinchronischezorg.nl/docs/KCZ/Interventies_gezondheidsvaardigheden.pdf

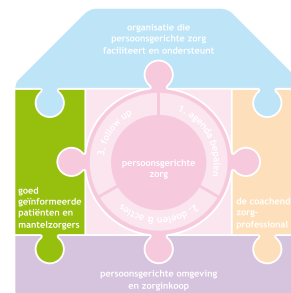


4 | Hoe betrek je patiënten bij

persoonsgerichte zorg?



Goed geïnformeerde patiënten en mantelzorgers



Bij persoonsgerichte zorg hebben patiënten controle over hun ziekte en gezondheid, ze zijn goed geïnformeerd en ze zijn betrokken bij de keuzes in hun behandeling.

Dit lukt als er sprake is van coproductie tussen patiënt en zorgverlener en als beide partijen ervaringskennis van patiënten net zo belangrijk vinden als medische kennis van zorgverleners.

Vragen voor zorgprofessionals:

- Hoe motiveer je patiënten om actief met hun gezondheid en behandeling aan de slag te gaan?
- Hoe stimuleer je contact met andere patiënten?
- Hoe kun je patiënten echt betrekken bij het vormgeven van persoonsgerichte zorg?

Maak gebruik van ambassadeurs

Om van het bouwen van het Huis van persoonsgerichte zorg een succes te maken, zijn patiënten in de rol van ambassadeur nodig. Zij delen hun ervaringen over het leven met een chronische aandoening met andere patiënten en kunnen hen desgewenst coachen. Ambassadeurs zijn ook belangrijk om zorgverleners feedback te geven en mee te denken over de strategie en het beleid als het gaat om persoonsgerichte zorg.

Je kunt ambassadeurs bovendien inzetten als co-trainer bij het geven van trainingen aan patiënten en zorgverleners. Dat geeft een andere dimensie aan de trainingen en is een concrete stap naar co-productie.

Waar vind je ambassadeurs?

Elke praktijk heeft patiënten die graag meedenken en de rol van ambassadeur op zich kunnen nemen. Je moet er alleen wel actief naar op zoek gaan en ze durven te vragen. Ambassadeurs vind je ook via lokale patiëntenverenigingen, de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) of Zorgbelang.

Ambassadeurs voor diabetes

Oud-volleyballer en diabetespatiënt Bas van de Goor heeft de Bas van de Goor Foundation (BvdGF) opgericht. De foundation heeft als missie om de kwaliteit van leven van mensen met diabetes te verbeteren door middel van sport en bewegen.

Het delen van informatie, ervaringen en inspiratie staat centraal. Op de website van de foundation vertellen diabetespatiënten hun verhaal en kun je contact met ze opnemen. Dit zijn ambassadeurs. Bas van de Goor is zelf natuurlijk ook een ambassadeur op landelijk niveau. Voor meer informatie, zie www.bvdgf.org.

Bied cursussen aan patiënten

Patiënten kunnen veel baat hebben bij een cursus die hun (ziektespecifieke) kennis en zelfmanagementvaardigheden vergroot. Dit kan offline en online. Patiënten nemen vaker deel aan een cursus als hun zorgverlener die aanbeveelt. Tips: nodig patiënten uit namens de eigen zorgverlener, bel er eventueel achteraan en laat de patiënt die co-trainer is contact opnemen als iemand bijvoorbeeld niet komt opdagen. Organiseer de bijeenkomsten in een lokale setting.

Trainingsprogramma voor patiënten

Kaiser Permanente in de Verenigde Staten biedt het Chronic Disease Self-Management Program¹⁷. Het programma bestaat uit zeven sessies en is geschikt voor patiënten met diverse chronische aandoeningen. De filosofie achter het programma is dat patiënten niet alleen met een specifieke chronische aandoening geconfronteerd worden, maar vooral met de impact die het heeft op hun dagelijkse leven. Daarin maakt het niet uit of het om diabetes, COPD of een andere chronische aandoening gaat. Het programma zet vooral in op het creëren van zelfvertrouwen en motivatie onder patiënten. Ervaringsdeskundigen geven, soms samen met een professional, de training. De evaluatie van het programma laat positieve resultaten zien zoals verbetering in leefstijl en minder bezoeken aan de spoedeisende eerste hulp. Uit onderzoek door de Universiteit Groningen blijkt dat dit programma in de Nederlandse ouderenzorg niet effectief is maar wel positief is ontvangen door de ouderen.

17

Lorig KR, Sobe DS, Ritter PL, Hobbs M (2001). Effect of a Self-Management Program on Patients with Chronic Disease, *Eff Clin Pract.*, (4):256-262

Stimuleer contact

Mensen met chronische aandoeningen kunnen soms beter elkaar coachen dan dat ze door zorgverleners worden gecoacht. Stimuleer en organiseer daarom onderling contact. Bijvoorbeeld via zelfhulpgroepen, buddysystemen of groepen die sociale activiteiten organiseren zoals wandelen. Belangrijk hierin is dat patiënten op de hoogte zijn van wat lotgenoten lokaal organiseren en dat zij gestimuleerd en gefaciliteerd worden om zelf iets op te zetten. Denk hierbij buiten de reguliere kaders. Vanuit zorgorganisaties kan bijvoorbeeld het initiatief genomen worden om een wekelijkse wandelgroep te starten waarbij ook een zorgverlener meewandelt.

Ronald Fokkink, diabetespatiënt, aan het woord

‘Waar het natuurlijk om gaat, is dat ‘we’ vinden dat veel patiënten meer verantwoordelijkheid kunnen nemen voor hun ziekte, zelfstandiger kunnen worden, hun leefstijl kunnen aanpassen en hierdoor de kwaliteit van hun leven verhogen en de zorgverlening minder belasten. Deze verandering kunnen we maar voor een deel realiseren tijdens de consulten met een zorgverlener. Educatieprogramma’s voor zelfmanagement, al dan niet in een groep, lijken mij geschikter. Deelname aan zo’n programma leidt tot een individueel zorgplan van de patiënt. De follow-up kan dan in het reguliere consult plaatsvinden.’

Zet verschillende vormen van patiëntenparticipatie in

Zorg dat je op meerdere momenten vormen van patiëntenparticipatie inzet. Welke vorm is afhankelijk van het doel en de vragen waarop je antwoord wilt krijgen. Je kunt denken aan: een patiënten-enquête zoals de PACIC, individuele interviews met patiënten, groeps gesprekken, spiegelgesprekken, ‘shadowing’ en een testpanel^{18 19}.

18 Patient and Family-Centred Care tools overview.

Via <http://www.kingsfund.org.uk/projects/pfcc/pfcc-tools>

19 Binkhorst T, van Veenendaal H, Salfischberger Y (2008). De patiënt op 1, ervaringen met patiëntenparticipatie in sneller beter ziekenhuizen (4).



5 | Wat betekent **persoonsgerichte zorg** voor zorgverleners?

Zorgverleners hebben een cruciale rol in het realiseren van persoonsgerichte zorg. De zorgverlener is een coach voor de patiënt en werkt nauw met de patiënt samen. Dit gaat verder dan het medisch perspectief en vraagt om een andere rol dan traditioneel van zorgverleners verwacht wordt.

Vragen voor zorgverleners:

- Hoe motiveer je collega's om de zorg persoonsgerichter te maken?
- Wat voor training hebben zorgverleners nodig om persoonsgerichte zorg toe te passen?

Maak gebruik van koplopers

Koplopers, middenmoters en achterblijvers vind je overal. Ook in jouw organisatie. Mogelijk staat niet iedereen in jouw organisatie meteen te springen om de zorg persoonsgerichter te maken, er ligt al zoveel op jullie bord. Benut je tijd efficiënt en steek je energie in koplopers. Dit zijn invloedrijke zorgverleners die in persoonsgerichte zorg geloven en dit willen uitdragen. Deze koplopers zijn inspirerend voor collega's doordat ze laten zien dat het anders kan. Ze bespreken knelpunten met collega's en nemen initiatief om daar samen oplossingen voor te bedenken. Ze zetten de nieuwe rol van patiënten op de kaart en kunnen een rol vervullen in trainingen voor patiënten en zorgverleners. Koplopers vind je in je eigen zorggroep, projectteams, opleidingstrajecten. En vaak 'zijn ze zo aan te wijzen en ken je ze al'.

Sluit aan bij lopende initiatieven

De mate waarin zorgverleners bereid zijn om veranderingen door te voeren in de cultuur of werkwijze in de organisatie kan per organisatie, zelfs per team, verschillen. Om draagvlak te vergroten, bespreek je met zorgverleners wat ze gemakkelijk of moeilijk vinden aan persoonsgerichte zorg en welke kansen zij zien om het meer toe te passen. Het is zaak om goed te kijken naar de lokale situatie en verbinding te zoeken met lopende initiatieven. Bijvoorbeeld door persoonsgerichte zorg verder te ontwikkelen als onderdeel van de bestaande ziektespecifieke programma's. Op die manier voorkom je dat persoonsgerichte zorg alleen maar extra werk met zich meebrengt voor zorgverleners.

Wist je dit?

Zeventig procent van de patiënten wil samen beslissen²⁰. Toch blijkt samen beslissen in de praktijk lastig. Als een patiënt start met praten, onderbreekt een zorgverlener de patiënt gemiddeld al na veertien seconden²¹. Tenminste, zo gaat dat in Amerika. Zou dat in Nederland ook zo gaan?

Train zorgverleners in coproductie

Samen beslissen lukt als een zorgverlener een patiënt daarvoor de ruimte geeft. Dit kunnen zorgverleners oefenen in een training over persoonsgerichte zorg. De volgende punten zijn daarbij van belang:

- Trainingen moeten zich richten op de vaardigheden, kennis en attitude die nodig zijn om patiënten te coachen, te ondersteunen en te motiveren. Expliciete aandacht voor gezondheid en gedrag, samen beslissen, samen de agenda bepalen, doelen en acties formuleren en follow-up organiseren, kunnen zorgverleners juist tijdens een training goed oefenen.
- Voor veel zorgverleners is een training een eyeopener. Ze denken dat ze persoonsgerichte zorg al toepassen, maar tijdens de training ontdekken ze vaak wat er nog verbeterd kan worden. Bijvoorbeeld dat ze een patiënt meer ruimte kunnen geven om zijn of haar verhaal te doen.

20 Meldactie NPCF (2014). Patiënt en dokter willen samen beslissen over behandeling.

Via http://www.npcf.nl/?option=com_content&view=article&id=5567&catid=2:nieuws&Itemid=26

21 Vergheze A (2011). A doctor's touch, TEDGlobal.

Via http://www.ted.com/talks/abraham_verghese_a_doctor_s_touch?quote=1085

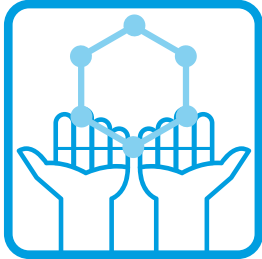
- Ontwikkel of bereid een training bij voorkeur voor met zorgverleners én patiënten. Patiënten in de rol van co-trainer kunnen hun ervaringskennis inbrengen. Die is namelijk even belangrijk als de medische kennis.
- Train altijd in teamverband. Het gezamenlijk trainen van multidisciplinaire teams draagt bij aan een gedeelde visie op persoonsgerichte zorg. Alle teamleden leren wat de belangrijkste hulpmiddelen en technieken zijn. Zo ondersteunen en stimuleren ze elkaar om de nieuwe werkwijze te blijven toepassen. Bouw de training zo op dat deze aangepast kan worden aan de behoeften van een team en dat ook het individueel leren ondersteund wordt. Pas waar mogelijk de principes van 'blended learning' toe. Dit is een combinatie van contactonderwijs en e-learning. Voordeel is dat zorgverleners de e-learningmodule kunnen volgen op een zelfgekozen moment²².

Blijvende ondersteuning bieden

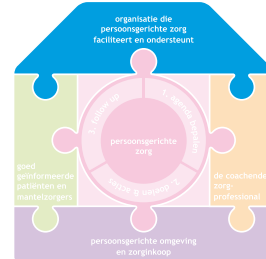
Ontwikkel binnen de organisatie een breed en continu supportsysteem voor zorgverleners. Met het trainen van zorgverleners alleen ben je er niet. Zorgverleners hebben tijd nodig om zich de nieuwe manier van werken eigen te maken. Dit doen ze na afloop van de training elke dag in de praktijk. Om te voorkomen dat opgedane kennis en ervaring wegzakt, kun je de volgende ondersteuning bieden: opfriscursussen, intervisie, één-op-één ondersteuning door een maatje en ICT-systemen die zorgverleners helpen om de nieuwe manier van werken blijvend toe te passen.



6 | Wat vraagt **persoonsgerichte zorg** van organisaties?



**Organisatie die
persoonsgerichte
zorg faciliteert
en ondersteunt**



Vragen voor zorgprofessionals, (staf)medewerkers en managers:

- Hoe ga je patiënt en zorgverlener ondersteunen om persoonsgerichte zorg te realiseren?
- Hoe ga je persoonsgerichte zorg integreren in zorgprogramma's?
- Hoe krijg je je patiëntenpopulatie en hun kenmerken in beeld?

Neem een Patient Journey als vertrekpunt

Neem de 'reis' door het zorgproces van de patiënt als vertrekpunt als je persoonsgerichte zorg gaat invoeren. Zo'n reis geeft niet alleen inzicht in de verschillende momenten in het zorgproces. Het maakt ook het dagelijks leven met een chronische aandoening helder. Zo ontdek je op welke momenten je zelfmanagementondersteuning het beste kunt inpassen in het zorgproces en op welke manier. Bijvoorbeeld: is het handig om een patiënt een herinnering te sturen? Wat is een geschikt moment? Welke vorm sluit aan op de behoefte van patiënten? Het opstellen van een Patient Journey helpt je die vragen te beantwoorden.

Patient Journey maken

De Britse National Health Service (NHS) heeft een hulpmiddel ontwikkeld dat je helpt om een Patient Journey te maken²³. Hiermee breng je het hele zorgtraject van patiënten in kaart, inclusief alle partijen die daarbij betrokken zijn. Dit helpt je om mogelijkheden voor verbetering en onnodige stappen te identificeren. Ook kan het je op ideeën brengen waar je anders niet op was gekomen.

Pak de tijdsdruk van zorgverleners aan

Tijdsdruk belemmert zorgverleners om persoonsgerichte zorg te verlenen. Er zijn verschillende manieren om deze belemmering te verkleinen.

1 Prioriteren in het consult

Laat patiënten en zorgverleners tijdens het consult prioriteren. Dit betekent: het allerbelangrijkste eerst bespreken en in vervolgconsulten aandacht besteden aan de minder belangrijke zaken. Hierbij helpt het om patiënten uit te nodigen om voorafgaand aan het consult na te denken over de agenda.

2 Controlefrequentie op maat

Sommige patiënten hebben meer ondersteuning nodig dan andere patiënten. Het is van belang om elke patiënt de juiste hoeveelheid tijd voor een consult te geven, toegespitst op zijn situatie en behoeften. Controlefrequentie op maat wordt al op diverse plaatsen toegepast. NHG-Standaarden ondersteunen het streven naar maatwerk²⁴. Door de mogelijkheden van e-health te benutten, kunnen controlemomenten ook op een andere manier dan face-to-face worden ingevuld.

3 Meer taakdelegatie en zelf meten

Als alle noodzakelijk medische parameters, bijvoorbeeld labwaarden en bloeddruk, tijdens een controle beschikbaar zijn, hoeft een zorgverlener hier tijdens het consult minder tijd aan te besteden. Het verzamelen van

23 NHS Institute for Innovation and Improvement (2008). A Conventional Model of Process Mapping. Via http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/process_mapping_-_a_conventional_model.html

24 Rutten, GEHM et al. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (derde herziening) Huisarts Wet 2013;56(10):512-525 evt. Via <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-diabetes-mellitus-type-2-derde-herziening>

deze parameters door een praktijkassistente of door zelfmeting voorafgaand aan het consult scheelt tijd.

Instrumenten voor patiëntprofielen

De mate waarin patiënten in staat zijn om eigen regie te voeren is (samen met de complexiteit van de medische situatie) een belangrijke indicator voor het aantal benodigde consulten.

Er zijn verschillende instrumenten beschikbaar die je kunnen helpen om de zelfmanagementvaardigheden van patiënten in kaart te brengen.

Op www.kennispleinchronischezorg.nl staat een [overzicht van internationale en Nederlandse instrumenten](#)²⁵.

Zorg voor een goed ICT-systeem

ICT-systemen moeten zorgprofessionals en patiënten helpen om persoonsgerichte zorg praktisch mogelijk te maken²⁶:

1 Een goed ICT-systeem

helpt idealiter zorgverleners om de juiste dingen te doen, bijvoorbeeld:

- Labsluitlagen worden automatisch omgezet in een gepersonaliseerde brief aan een patiënt.
- Herinneringen voor zorgverleners en patiënten worden op de juiste momenten verzonden.
- Documenten kunnen eenvoudig worden opgeslagen, dossiers zijn gemakkelijk terug te vinden.
- Doelen en acties zijn eenduidig vastgelegd en makkelijk terug te vinden voor de direct betrokkenen.
- Documenten zijn eenvoudig online te delen met een patiënt (bijvoorbeeld een individueel zorgplan).
- Langere of juist kortere consultafspraken kunnen eenvoudig in het systeem worden ingevoerd.

25 Kennisplein Chronische Zorg. Instrumenten voor patiëntenprofielen, Zelfmanagement.

Via http://www.kennispleinchronischezorg.nl/docs/KCZ/Instrumenten_patiëntprofielen.pdf

26 Coulter A, Roberts S, Dixon A (2013). Delivering better services for people with long-term conditions. Building the house of care. The King's Fund: 6.

Via http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/delivering-better-services-for-people-with-long-term-conditions.pdf

Implementatietip: organiseer een pressure cooker

Zorggroep Almere, De Ondernemende Huisarts en Rijncoepel passen de 'pressure cooker co-creatie methodiek' toe. Samen met gebruikers - patiënten, zorgverleners en stafmedewerkers - komen zij in een half jaar tot tal van inzichten en praktische oplossingen die meteen toegepast worden in de praktijk. Bijvoorbeeld op het gebied van **een patiëntenportaal dat niet vanzelf werkt**²⁷.

2 Breng de patiëntenpopulatie in kaart

Als je met één druk op de knop weet hoe de medische data van patiënten op groepsniveau er uit zien en wat hun behoeften, voorkeuren en achtergronden zijn, dan kun je het zorg- en ondersteuningsaanbod daar goed op afstemmen. Zorg dat het systeem je antwoord geeft op vragen als: op welke risicofactoren (bijvoorbeeld roken) scoort de populatie hoog? Zijn patiënten digitaal vaardig of juist niet? Vinden ze het prettig om in roepen te functioneren? De huidige KIS-en (KetenInformatieSystemen) omvatten functionaliteiten om op groepsniveau rapporten te genereren over een aantal kenmerken van de desbetreffende populatie met een bepaald ziektebeeld. Het betreft voor het merendeel ziektegebonden (ZZ-)kenmerken. GG-kenmerken zijn daarin nog niet opgenomen. In het kader van de grote transities wordt steeds vaker de noodzaak gevoeld GG-kenmerken van bepaalde populaties in kaart te brengen. Dat is bijvoorbeeld het geval bij veel initiatieven van wijkgericht werken. Het gaat dan niet meer om kenmerken die iets zeggen over één bepaald ziektebeeld. Vanuit verschillende bronsystemen worden populatiekenmerken op diverse domeinen in kaart gebracht. Deze ontwikkelingen staan anno 2014 echter nog in de kinderschoenen.

27

Boshuizen D, Loopik W, (2014) Patiëntenportaal werkt niet vanzelf, Medisch Contact.

Via <http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/tijdschriftartikel/141085/patientenportaal-werkt-niet-vanzelf.htm>

Zorg voor betere administratieve ondersteuning

Persoonsgerichte zorg praktisch toepassen vraagt om een andere inzet van medewerkers. Zorgverleners moeten meer en beter administratief worden ondersteund. Bijvoorbeeld als ze voorafgaand aan het consult labwaarden willen terugkoppelen aan een patiënt of een vragenlijst willen sturen. Een praktijkassistente of administratief medewerker kan hier een belangrijke rol in spelen. Die ondersteuning vindt nu ook al plaats maar kan verder worden uitgebreid. Dit stelt zorgverleners in staat om met patiënten in gesprek te gaan om persoonsgerichte zorg vorm te geven en zelfmanagement te ondersteunen.

Wist je dit?

De gemiddelde zorgverlener besteedt veertig procent van de tijd aan administratie²⁸. Veel zorgverleners hebben bezwaar tegen deze door administratieve taken gegenereerde tijdsdruk.

Dappere dokters

Mirella Buurman is huisarts in Diemen en bestuurder bij de huisartsenkring Amsterdam. Ze is betrokken bij het initiatief Dappere Dokters, een collectief dat probeert zorg zinnig en zuinig te maken. Ze stelt dat zorgverleners niet zijn opgeleid voor het invullen van formulieren. Zorgbestuurders moeten wat haar betreft morgen beginnen met het inperken van de registratiedrift. Een dappere bestuurder stelt een norm: maximaal 20% administratietijd. Opdat de rest besteed kan worden aan zinnige en zuinige zorg. Meer weten, zie artikel [Dappere Zorgbestuurders](#)²⁹.

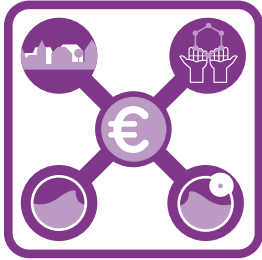
28 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2011). 'Meer tijd voor de cliënt'. Aanpak Bureaucratie in de langdurige zorg. Via <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2011/11/09/rapport-meer-tijd-voor-de-client.html>

29 Buurman M (2013). Dappere Zorgbestuurders. NTVG. Via <http://www.ntvg.nl/artikelen/weekboek/dappere-zorgbestuurders>

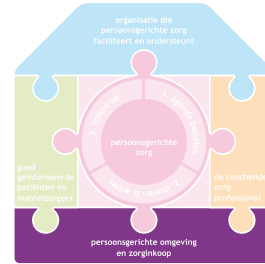


7 | Persoonsgerichte

omgeving en zorginkoop



Persoonsgerichte omgeving en zorginkoop



In de vorige hoofdstukken zijn de muren en het dak van het Huis van persoonsgerichte zorg sterker gemaakt. In dit hoofdstuk pak je de fundering van het huis aan. De fundering bestaat uit twee onderdelen: een persoonsgerichte omgeving en persoonsgerichte zorginkoop.

Vragen voor (staf)medewerkers, managers en zorgprofessionals:

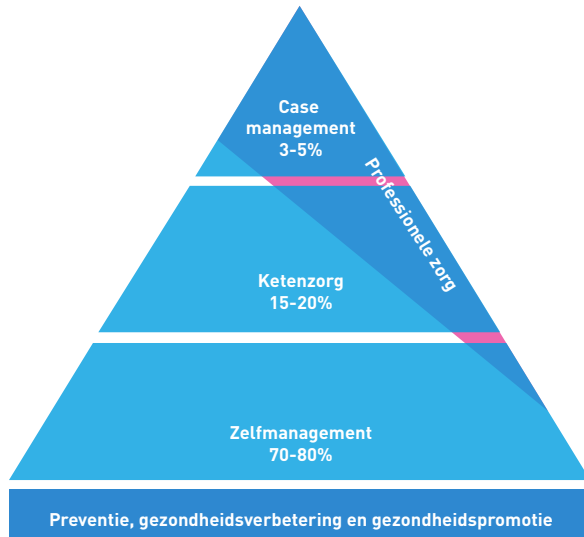
- Hoe krijg je in beeld waar jouw patiëntenpopulatie behoefte aan heeft? Wie kan daarbij helpen?
- Waar vind je een overzicht van het lokale aanbod in de buurt (ontmoetingsmogelijkheden, kooklessen, sportclubs)?
- Hoe overtuig je de verzekeraar ervan om de controlefrequentie en duur van het consult 'op maat' in te richten en juist niet te korten op het aantal contactmomenten?
- Hoe zorgen we ervoor dat ook de zorginkoop bijdraagt aan persoonsgerichte zorg?

Zorg voor een persoonsgerichte omgeving

Het startpunt om te komen tot een persoonsgerichte omgeving is het achterhalen van de behoeften van de patiëntenpopulatie. Wat hebben mensen aan ondersteuning nodig om goed geïnformeerd te zijn over hun chronische aandoening en om goede zelfmanagers te zijn? Deze behoeften kunnen per regio verschillen. Voor een populatie met veel kwetsbare ouderen in een achterstandswijk zijn andere activiteiten nodig dan in een VINEX-locatie met veel jonge gezinnen. De samengevoegde behoeften - samen met de burgers in kaart gebracht - vormen de basis voor het ontwikkelen van een passend aanbod.

Tip

Richt je niet alleen op de behoeften van de complexe chronisch patiënten, maar vooral ook op de behoeften van de grote groep minder complexe chronisch zieken. Juist bij deze laatste groep valt veel te winnen op het gebied van zelfmanagement³⁰ en preventie.



De risicopiramide van Kaiser Permanente³¹

30 Coulter A, Roberts S, Dixon A (2013). Delivering better services for people with long-term conditions. Building the house of care. The King's Fund: 6. Via http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/delivering-better-services-for-people-with-long-term-conditions.pdf

31 Uit de 7 stappen op weg naar triple aim. Een doelmatige aanpak om de zorg toekomstbestendig en betaalbaar te maken. Jan van Es Instituut (2014). Via <https://www.jvei.nl/wp-content/uploads/WP-3-triple-aim-def.pdf>

Ontwikkel een aanbod bij de behoeften van patiënten

Weet je wat de behoeften van de populatie zijn? Ontwikkel dan samen met patiënten een passend aanbod. De eerste stap hierbij is het in beeld brengen van de sociale kaart. Wat is het huidige aanbod aan zorg- en welzijnsvoorzieningen voor de populatie in een wijk of regio? De ROS in jouw regio kan een wijkscan inclusief een geïntegreerde gebiedsanalyse maken³². Je hebt dan zicht op de (toekomstige) behoefte van de populatie en de mogelijke hiaten in het huidige aanbod. Beschouw de cijfers vooral als het vertrekpunt en input voor gesprekken met andere samenwerkingspartners in de buurt. Ook is het belangrijk om de behoeften van

de populatie buiten de kaders van het traditionele zorgaanbod in kaart te brengen en die samen met patiënten vast te stellen en met patiënten en partners in de community te realiseren. Denk aan kooklessen, een educatieprogramma, wandelgroepen, buddyprojecten of telezorg.

Een belangrijke voorwaarde is dat organisaties binnen en buiten de zorg hun krachten bundelen en bereid zijn om naar elkaar door te verwijzen. Een andere belangrijke voorwaarde is dat betalende van zorg en welzijn en ook burgers zelf bereid zijn om te betalen voor niet-traditionele zorgdiensten.

Het initiatief voor de ontwikkeling van een goed zorg- en welzijnsaanbod ligt niet alleen bij de zorgverleners en patiënten. Er zijn tal van burgerinitiatieven die het aanbod in de omgeving verrijken³³. Sommige zorgorganisaties initiëren al dergelijke activiteiten, vaak in samenwerking met lokale welzijnsorganisaties en verenigingen. Nog niet altijd zijn deze activiteiten succesvol en druk bezocht. Organiseer het daarom vooral echt samen met ambassadeurs van patiënten en zorgverleners. Dan is er de meeste kans op succes.

32 Geïntegreerde Gebiedsanalyse. Robuust.

Via <http://www.rosrobust.nl/thema-s/geintegreerde-gebiedsanalyse>

33 Zorg coöperaties op de kaart. Vilans. Via <http://www.vilans.nl/Over-Vilans-nieuwsoverzicht-zorgcooperaties-en-burgerinitiatieven-op-de-kaart.html>

Koken met BN'ers (bekende Nieuwegeiners)

Een smakelijke en hartverwarmende kerstmaaltijd. Dat kreeg een groep Nieuwegeiners geserveerd. Bewoners zonder kerstplannen waren specifiek uitgenodigd voor deze avond, met BN'ers (Bekende Nieuwegeiners) in de keuken. 'Er zijn nog veel mensen in Nieuwegein die tegen de feestdagen opkijken. Wij willen hiermee laten zien dat we iedereen een fijne tijd gunnen', aldus de wethouder van Wmo/welzijn. Koken en eten met BN'ers kan elke maand in de wijk Doorslag.

Stimuleer persoonsgerichte zorginkoop

Persoonsgerichte zorginkoop is duurzaam gericht op betere gezondheid van de populatie, met tegelijkertijd een betere kwaliteit van zorg en minder kosten (groei). Dit kan helpen bij een goede fundering van persoonsgerichte zorg^{34 35}. Persoonsgerichte zorginkoop gaat uit van de behoefte van patiënten of patiëntenpopulaties. Persoonsgerichte zorginkoop stimuleert patiënten en zorgverleners om de behandeling en begeleiding vorm te geven rond deze behoeften. Dit heeft een andere focus dan de huidige zorginkoop waarbij de aandacht vooral gericht is op inkoop van een diseasemanagement programma.

Diseasemanagement organiseert de zorg rond chronische aandoeningen. De afgelopen jaren zijn er op dit gebied belangrijke stappen gezet die bijdragen aan betere zorg³⁶. Dit betekent niet dat we achterover kunnen leunen. Integendeel, via het doorontwikkelen van multidisciplinaire zorg zoeken we naar mogelijkheden om de zorg meer persoonsgericht te maken. We besteden daarbij vooral aandacht aan andere aandoeningen en psychosociale problemen, kwetsbaarheid en de mate waarin patiënten in staat zijn zelf de regie over hun ziekte en gezondheid te voeren. Bij persoonsgerichte zorginkoop ligt de focus meer op het stimuleren van eigen regie, op preventie, op de verbinding van zorg en welzijn en op het verbeteren van het functioneren van patiënten.

34 Kennisplein Chronische Zorg, thema Populatiemanagement.

Via <http://www.kennispleinchronischezorg.nl/eerstelijn/proeftuinen-populatiemanagement-thema-introductie.html>

35 De 7 stappen op weg naar triple aim. Een doelmatige aanpak om de zorg toekomstbestendig en betaalbaar te maken. Jan van Es Instituut (2014). Via <https://www.jvei.nl/wp-content/uploads/WP-3-triple-aim-def.pdf>

36 Stijgende lijn in de ketenzorg zet door, persbericht Ineen, 12 juni 2014.

Waarom persoonsgericht inkopen?

Persoonsgericht inkopen is belangrijk om de zorg toekomstbestendig en betaalbaar te maken. De meeste kosten in de zorg worden gemaakt door kwetsbare groepen: mensen met meerdere chronische aandoeningen, mensen met psychische en sociale problemen en kwetsbare ouderen. De komende jaren zal het aantal vragen dat bij de huisarts terecht komt verder toenemen, onder meer door de stelselwijzigingen in langdurende zorg en GGZ. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten hebben er belang bij om de kosten en vraag naar zorg beheersbaar te houden en de zorg zo in te richten dat nieuwe zorgvragen ook adequaat opgevangen kunnen worden in de eerste lijn. De nieuwe bekostiging van huisartsen-, wijkverpleegkundige en multidisciplinaire zorg biedt hiervoor kansen omdat wordt ingezet op:

- 1 Multidisciplinaire samenwerking om de complexe zorgvragen van (kwetsbare) ouderen en chronisch zieken te helpen ondervangen.
- 2 Het belonen van (gezondheids)uitkomsten in plaats van verrichtingen.
- 3 De inzet van zorgvernieuwing door e-health, verschuiving van tweede- naar eerste lijn naar zelfzorg en preventie.

De uitgangspunten van de nieuwe bekostigingsmodellen passen in het persoonsgerichte denken. Of andersom: de huidige contextuele ontwikkelingen maken het mogelijk om de komende jaren een stevig huis neer te zetten.

Voorwaarden voor persoonsgericht inkopen

Persoonsgerichte zorg vraagt een andere manier van inkopen. De huidige zorginkoop ondersteunt zorgverlening waarbij zorgverleners gericht zijn op genezing/behandeling en de uitvoering van een diseasemanagement-programma. Persoonsgericht inkopen impliceert dat er meer aandacht is voor de coachende rol van de zorgverlener, voor zelfmanagement en voor de ervaringsdeskundigheid van patiënt en mantelzorgers. Niet alles is de verantwoordelijkheid van de zorgverlener. Persoonsgerichte zorg vraagt ook afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgverleners over de verbinding met welzijn/sociaal domein. Een mooie uitdaging om met elkaar op te pakken. Momenteel voeren zorgverleners lokaal, maar ook via hun landelijke vertegenwoordiging met zorgverzekeraars, overleg over de zorginkoop. In deze gesprekken ontstaat meer aandacht voor persoonsgerichte zorg.

Indicatoren kunnen helpen om te sturen, zodat de voorwaarden worden gecreëerd om zelfmanagement te stimuleren en zodat het werken met een individueel zorgplan een vanzelfsprekend onderdeel is van het zorgaanbod. Dit vraagt deels om 'nieuwe' indicatoren. Naast de indicatoren die gericht zijn op ziekte en zorg zijn nieuwe indicatoren nodig uit het GG domein. De eerstelijnszorg kan hierin leren van de langdurige zorg waar aspecten als kwaliteit van leven en participeren al langer belangrijke uitkomstmaten zijn.

De Zorgmodule zelfmanagement geeft een aantal voorbeeldformuleringen van mogelijke indicatoren voor zelfmanagement, maar beschrijft ook de dilemma's daarbij³⁷. Op welk aspect een zorgverlener of zorgorganisatie kan verbeteren varieert, afhankelijk van de uitgangssituatie, patiëntenpopulatie en context. Indicatoren kunnen zorgverleners bij voorkeur zelf kiezen op basis van de verbeterdoelen waarop zij kwaliteitswinst willen boeken. Het ontwikkelen van een goede, beknopte en gedragen set persoonsgerichte uitkomstindicatoren is een groeitraject waarbij diverse partijen een rol spelen. Net als bij de bestaande indicatorensets voor de ketenzorg vraagt het om een lange adem en een zorgvuldige benadering.

Nieuwe uitkomstindicatoren van Syntein

Zorggroep Syntein ontwikkelde samen met diabetespatiënten en zorgverleners voor de diabeteszorg nieuwe uitkomstindicatoren omdat ze die beter vinden aansluiten op de gedachte 'van Ziekte en Zorg (ZZ) naar Gezondheid en Gedrag (GG)'. Dit zijn onder andere: tijd vrij van complicaties, kwaliteit van leven en behoud van participatie. Voor een compleet overzicht van de indicatoren die Syntein in de toekomst wil hanteren, zie de [website van Syntein](#)³⁸.

37 CBO, Zorgmodule Zelfmanagement 1.0.

38 Nieuwe uitkomstindicatoren van Syntein, Syntein. Via <http://www.syntein.nl/index.php?p=20&i=60&s>



8 | Begrippenkader

Persoonsgerichte zorg is een paraplubegrip voor zorg waarbij het leven centraal staat en niet de ziekte. Zelfmanagement, samen beslissen en een stapsgewijze werkwijze zijn hierbij de kernpijlers. Een goed doorlopen proces van samen beslissen, waarin de patiënt ervaringskennis en de zorgverlener professionele deskundigheid inbrengt, resulteert in een heldere verdeling van taken en verantwoordelijkheden van de zorgverlener en de patiënt. Het is daarmee de basis voor zelfzorg/zelfmanagement. Doelen en acties zijn afgestemd op de wensen en verwachtingen van de patiënt. Deze worden cyclisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Zelfregie van die persoon staat centraal en wordt, waar mogelijk én gewenst, vergroot.

Zelfmanagement is het zodanig omgaan met de chronische aandoening (symptomen, behandeling, lichamelijke, psychische en sociale consequenties en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven. Zelfmanagement betekent dat chronisch zieken zelf kunnen kiezen in hoeverre men de regie over het leven in eigen hand wil houden en mede richting wil geven aan hoe beschikbare zorg wordt ingezet, om een optimale kwaliteit van leven te bereiken of te behouden³⁹.

Zelfmanagementondersteuning is de ondersteuning die zorgverleners bieden aan mensen met een ziekte of beperking en hun netwerk, zodat zij in het dagelijks leven met hun ziekte of beperking kunnen omgaan en zo gezond mogelijk leven. Dit doen zorgverleners door met de persoon en zijn netwerk te werken aan:

- Het versterken van vertrouwen in eigen kunnen
- Het behalen van persoonlijke streefdoelen
- Gelijkwaardig partnerschap
- De inzet van technieken en tools

Zelfmanagementondersteuning is belangrijk om mensen zelfredzamer te maken. Dit helpt mensen om hun ziekte of beperking beter in te passen in hun leven. De inzet van de zorgverlener wordt gekenmerkt door deskundigheid over ziekte en zorg (het ZZ-domein) en door een open, motiverende en coachende stijl van communiceren.

Ondersteunde zelfzorg helpt patiënten hun aandoening te managen, zelf een deel van de zorg te bepalen en een passende leefstijl te ontwikkelen. Ze worden hierbij ondersteund door zorgverleners, de inzet van ICT, hulpmiddelen en door hun omgeving. Hoeveel en welke ondersteuning iemand nodig heeft, hangt af van zijn mogelijkheden, doelen en uitdagingen⁴⁰.

Het proces van persoonsgerichte zorg gaat over het proces van individuele zorgplanning dat resulteert in afspraken tussen patiënt en zorgverlener over doelen, acties en follow-up. Deze doelen, acties en follow-up zijn afgestemd op de wensen en verwachtingen van de patiënt. Ze worden cyclisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

De basis van dit proces is gezamenlijke besluitvorming. Een goed doorlopen proces van gezamenlijke besluitvorming, waarin de patiënt ervaringskennis en de zorgverlener professionele deskundigheid inbrengen, resulteert in een heldere verdeling van taken en verantwoordelijkheden van de zorgverlener en de patiënt. Het is daarmee tevens de basis van zelfmanagement/zelfzorg.



Colofon

© Vilans, 2014

Onderdelen van deze uitgave mogen worden overgenomen of openbaar gemaakt met bronvermelding.

Auteurs

- Doortje Boshuizen, Vilans
- Jeanny Engels, Vilans
- Marloes Versleijen, Vilans (tot 1 september werkzaam bij Vilans)
- Hans Vlek, Vilans
- Marjolein Rebel, Vilans
- Stannie Driessen, Vilans

Met dank aan deelnemers van de co-creatiegroep voor hun inhoudelijke bijdragen aan dit white paper:

- Hedi ter Braak, Zorggroep Synchron
- Nathalie Eikelenboom, De Ondernemende Huisarts

En met dank aan

- David ten Westenend
 - Maarten Klomp
- voor het schrijven van het voorwoord.

Eindredactie

Tekstburo Gort

Vormgeving

Basisontwerp: Taluut

Uitvoering: Frouke Roukema

Illustraties

Marco Jeurissen



Doortje Boshuizen



Marloes Versleijen



Marjolein Rebel



Jeanny Engels



Hans Vlek



Stannie Driessen



Dankwoord

Dit white paper kwam mede tot stand dankzij de invulling van de medewerkers van de denktank op 19 mei 2014

Alison Anderson, Co-creating Health | Corné van Asten, Syntein
Inge Beers, Zorggroep Almere | Gijs van der Bijl, Zorggroep Almere
Hedi ter Braak, Synchron | Brigiet Brink, Brigiet Brink Coacht & Traint
Laura Buijs, IZER | Willine Bulsink, Vilans | Stannie Driessen, Vilans
Nathalie Eikelenboom, DOH | Jeanny Engels, Vilans | Arthur Eyck, InEen
Maureen Fallon, Cardiff & Vale NHS Trust | Ronald Fokkink, Zelfzorg
Ondersteund (ZO!)/ervaringsdeskundige | Karen de Groot, Gezondheids-
centrum de Roerdomp | Lyset Haverkamp, Preventzorg | Miriam Heijnders,
Gezondheidscentrum de Roerdomp/ervaringsdeskundige | Pieter Jeekel,
Zelfzorg Ondersteund (ZO!) | Mariëlle Nellen, SGE | Liz Newbronner, Firefly
Research & Evaluation | Carol Nixon, Co-creating Health | Ruth Pel-Littel,
Vilans | Marjolein Rebel, Vilans | Marij van Spanje, Syntein
Janneke Spitsbaard-Velmans, Stadsmaatschap Utrecht | Sandra van Strijp,
CHAGZ | Paul Towing, Co-creating Health/ervaringsdeskundige
Marloes Versleijen, Vilans | Hans Vlek, Vilans | Monique Vreeken, Preventzorg.

En deelnemers van de denktank op 23 juni 2014

Corné van Asten, Syntein | Inge Beers, Zorggroep Almere | Gijs van der Bijl,
Zorggroep Almere | Angelien Borgdorff, Stadsmaatschap Utrecht
Doortje Boshuizen, Vilans | Hedi ter Braak, Synchron | Brigiet Brink,
Brigiet Brink Coacht & Traint | Laura Buijs, IZER | Stannie Driessen, Vilans
Nathalie Eikelenboom, DOH | Jeanny Engels, Vilans | Arthur Eyck, InEen
Ronald Fokkink, Zelfzorg Ondersteund (ZO!)/ervaringsdeskundige
Lyset Haverkamp, Preventzorg | Pieter Jeekel, Zelfzorg Ondersteund (ZO!)
Ina van Opstal, DVN | Ruth Pel-Littel, Vilans | Marjolein Rebel, Vilans
Marij van Spanje, Syntein | Sandra van Strijp, CHAGZ | Marloes Versleijen,
Vilans | Hans Vlek, Vilans | Monique Vreeken, Preventzorg
David ten Westenend, ervaringsdeskundige | Nicole Willems, DVN.

Daarnaast bedanken we de volgende reviewers voor het voorzien van feedback op dit white paper

Corné van Asten, Syntein | Hedi ter Braak, Synchron | Laura Buijs, IZER
Ronald Fokkink, Zelfzorg Ondersteund (ZO!)/ervaringsdeskundige
Pieter Jeekel, Zelfzorg Ondersteund (ZO!) | Mariëlle Nellen, SGE
Frederik Vogelzang, InEen.



Vilans

Hoe kunnen we een succes maken van persoonsgerichte zorg? En waarom is het tot nu toe nog steeds niet gelukt?

Dat lees je in dit white paper. Dit white paper is een praktische handreiking voor zorgprofessionals, (staf)medewerkers en managers van eerstelijns-zorgorganisaties die persoonsgerichte zorg willen doorvoeren.

Je vindt hierin een kader waarmee je in je eigen organisatie aan de slag kunt: het Huis van persoonsgerichte zorg.

Maarten Klomp, huisarts en medisch directeur De Ondernemende Huisarts: 'Onze patiënten zijn niet standaard. Het zijn allemaal individuen, met hun eigen achtergrond, kenmerken en voorkeuren. Het wordt dan ook hoog tijd om die eigenheid van onze patiënten meer recht te doen door het bieden van persoonsgerichte zorg. Dit white paper bevat tal van voorbeelden en concrete tips voor de dagelijkse praktijk. Het is daarmee een hele praktische kapstok bij de implementatie van persoonsgerichte zorg in uw eigen praktijkvoering.'

Vilans, kenniscentrum voor langdurende zorg, ontwikkelt vernieuwende en praktijkgerichte kennis en versnelt de processen die nodig zijn om nieuwe kennis en goede voorbeelden succesvol door te voeren en te implementeren. Dat doen we samen met verpleegkundigen en verzorgenden, huisartsen en specialisten, bestuurders, beleidsmakers, management en patiënten-organisaties. En ook in samenwerking met andere kenniscentra en onderzoeksinstituten.

Zo houden we met elkaar de langdurende zorg efficiënt, betaalbaar én van goede kwaliteit. We verbeteren daarmee de kwaliteit van leven van mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben.

www.vilans.nl | www.kennispleinchronischezorg.nl