



Vilans

# persoons gerichte zorg



White Paper

Hans Vlek, Stannie Driessen, Lieke Hassink



## Colofon

© Vilans, 2013

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

### Auteurs

- Hans Vlek, PhD, huisarts niet praktiserend, senior adviseur programma Kwaliteit en Innovatie chronisch zieken Vilans, projectmanager Slimmer met Zorg (ZO Brabant)
- Stannie Driessen, programmaleider Kwaliteit en Innovatie chronisch zieken Vilans
- Lieke Hassink, huisarts te Bunnik, coördinator NMP (Nijmeegs Monitoring Project)

Met dank aan Jeanny Engels, senior adviseur Vilans, voor haar bijdragen aan hoofdstuk 3

### Eindredactie

Tekstburo Gort

### Vormgeving

Basisontwerp: Taluut

Uitvoering: Frouke Roukema

### Fotografie

Foto patiënt 1: de Nationale Beeldbank / Riekus Reinders

Foto patiënt 2: de Nationale Beeldbank / C. Schram

Foto patiënt 3: de Nationale Beeldbank / Guido Koppes Fotografie

De geportretteerde personen in deze uitgave hebben geen relatie met het onderwerp.

### Tekeningen

Marco Jeurissen



## Inhoud

1	Wat is persoonsgerichte zorg?	8
2	Waarom is persoonsgerichte zorg nodig?	12
3	Vijf uitgangspunten van persoonsgerichte zorg	15
4	Aan de slag met persoonsgerichte zorg	25
5	Wat biedt Vilans?	30



### Vilans

Catharijnesingel 47  
Postbus 8228, 3503 RE Utrecht  
Telefoon (030) 789 23 00

[info@vilans.nl](mailto:info@vilans.nl)

[www.vilans.nl](http://www.vilans.nl)



## Voorwoord Guus Schrijvers

Beste lezer,

In dit stelling nemende rapport ofwel white paper neemt Vilans afscheid van diseasemanagement en vervangt dit door persoonsgerichte zorg. Dat leggen de auteurs helder en zonder omhaal van woorden uit. Daarom beveel ik dit stuk aan. Ik sta er van harte achter.

Diseasemanagement organiseert de zorg rond een ziekte. De bekostiging is integraal geregeld voor die zorg. Professionele richtlijnen voor die ziektebeelden staan centraal. Daarop is de bekostiging gebaseerd. Kern van persoonsgerichte zorg is dat een zorgverlener iemand niet alleen als patiënt maar als mens benadert. Bij de behandeling staat niet de ziekte centraal, maar de manier waarop de patiënt in het leven staat en zelf met de aandoening omgaat.

De vervanging van diseasemanagement door persoonsgerichte zorg heeft enorme consequenties. Die staan allemaal beschreven in dit stuk. Ik noem samengevat enkele gevolgen. De zorgverlener wordt coach en minder behandelaar. De medische registratie krijgt veel minder nadruk. De ICF-classificatie van functies, activiteiten en participatie wordt eraan toegevoegd. E-health krijgt grote nadruk, evenals zelfmanagement, motivational interviewing en shared decision making. Uitkomstindicatoren van medische aard worden vervangen door persoonlijke indicatoren. Die zijn afgeleid van de doelen die de personen met een chronische aandoening en hun coaches stellen bij het maken van een integraal levensplan. Attitudekanteling is nodig bij zorgverleners: zij voelen zich tot nu toe vaak verplicht hun professionaliteit te benadrukken bij de patiënt en andere disciplines. Die verplichting past niet bij persoonsgerichte zorg. Het consult van zorgverlener en patiënt wordt dan een mens-tot-mens ontmoeting.

Het blijft in dit stuk niet bij de constatering dat persoonsgerichte zorg noodzakelijk is. Het laatste hoofdstuk staat vol aansporingen om ermee aan de slag te gaan. Om het patiëntenprofiel beter in kaart te brengen, om de gesprekken anders te voeren, om vaardigheden van patiënten beter in te schatten. En ook staan er aansporingen in om de organisatie en de bekostiging van zorggroepen aan te passen. Onnodige routinehandelingen kunnen verdwijnen!

Wie dit stuk heeft gelezen, krijgt inspiratie om niet meer de patiënt centraal te stellen maar de persoon met een of meer chronische aandoeningen. Want die laatste heeft meer mogelijkheden dan beperkingen. Daarop ligt de nadruk bij persoonsgerichte zorg.

Ik bewonder de moed van de leiding van Vilans om met dit stelling nemende white paper afstand te nemen van diseasemanagement en nu te gaan voor persoonsgerichte zorg.

Ik wens de lezer een prettige leeservaring, wat zeg ik, een prettige lees-sensatie toe.

Guus Schrijvers

Gezondheidseconoom en oud-hoogleraar Public Health  
bij het Julius Centrum van het UMC Utrecht

Utrecht, zomer 2013



## Voorwoord Anne Lenders

Als mens en als patiënt met meerdere chronische aandoeningen, die ieder voor zich en in combinatie met elkaar verregaande beperkingen opleveren, juich ik de in dit stuk beschreven ontwikkeling naar persoonsgerichte zorg van harte toe. De richting die wordt ingeslagen is ambitieus en heeft het in zich om recht te doen aan zowel de autonomie van de patiënt als aan de deskundigheid van de zorgverlener.

Bij persoonsgerichte zorg worden hoge eisen gesteld aan de ontwikkeling van een vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en patiënt, waarin beide partijen zichzelf en elkaar serieus nemen, waarin ruimte is voor tegenspraak en waarin de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt de doorslag geeft.

De realisatie van persoonsgerichte zorg betekent een kwaliteitsslag, waarbij de patiënt niet slechts object van zorg is, maar subject, die vorm en inhoud van zijn eigen leven bepaalt. De kwaliteit van leven en de mogelijkheden staan centraal, en niet de aandoening en de beperkingen.

Er is een lange weg te gaan en er moet nog veel ontwikkeld worden om persoonsgerichte zorg te verwezenlijken, maar er zijn pioniers die zich hier met hart en ziel aan willen wijden en die kansen willen creëren om ermee te experimenteren.

Anne Lenders, ervaringsdeskundige

Nijmegen, juli 2013



## White paper voor zorgverleners

Deze white paper gaat over persoonsgerichte zorg. Persoonsgerichte zorg lijkt een goede benadering voor de begeleiding van chronisch zieke mensen omdat deze tot doel heeft om ook goed naar de mens achter de patiënt te kijken. Het vraagt echter een andere aanpak van zorgverleners. Een aanpak waardoor patiënten zelf in staat zijn om mee te beslissen over medische keuzes en beter kunnen omgaan met een chronische ziekte. In deze white paper lees je wat persoonsgerichte zorg inhoudt en wat dit betekent voor jou als zorgverlener. Hiermee wil Vilans een basis bieden aan zorgverleners die aan de slag willen met een andere, integrale aanpak in de chronische zorg.

### Oproep

Met deze white paper willen we een discussie starten over persoonsgerichte zorg. Niet om persoonsgerichte zorg tegenover geprotocolleerde of ziektegerichte zorg te zetten, maar vanwege de vraag: hoe kun je meer ruimte creëren voor persoonsgerichtheid in en buiten de spreekkamer? We horen graag jouw mening over hoe dat gaat werken. Stuur een mail naar Hans Vlek: [h.vlek@vilans.nl](mailto:h.vlek@vilans.nl) of Stannie Driessen: [s.driessen@vilans.nl](mailto:s.driessen@vilans.nl).



## 1 | Wat is **persoonsgerichte** zorg?

Persoonsgerichte zorg is een manier om zorg op maat te bieden aan mensen met een chronische ziekte. Kern van persoonsgerichte zorg is dat je als zorgverlener iemand niet alleen als patiënt maar als mens benadert. Bij de behandeling staat niet de ziekte centraal, maar de manier waarop de patiënt in het leven staat en zelf met de aandoening omgaat. Anders gezegd: **persoonsgerichte zorg is zorg op de maat van de patiënt.**

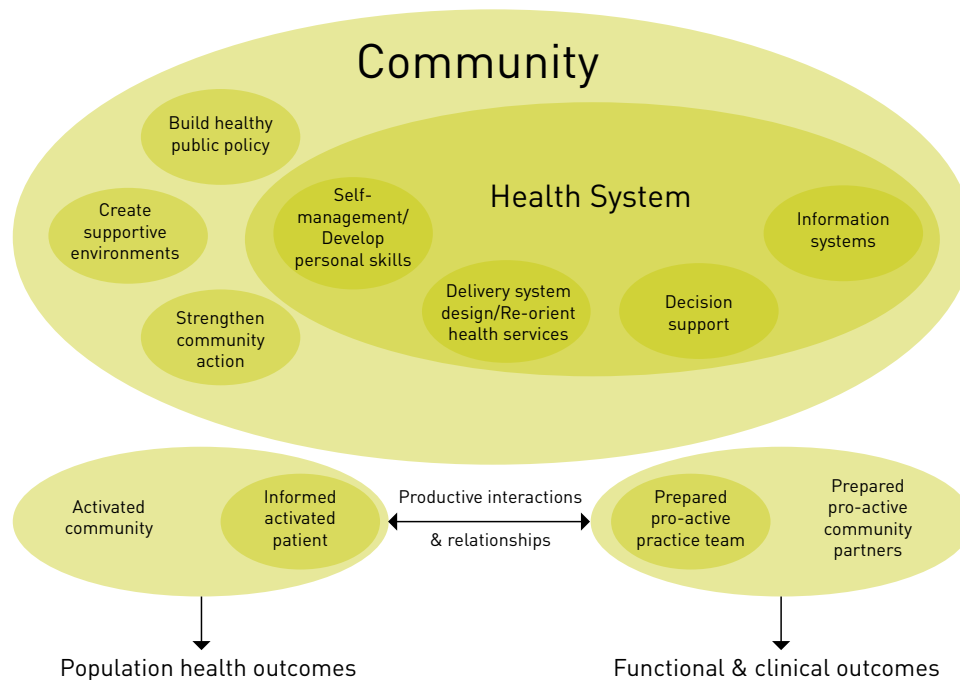
Persoonsgerichte zorg gaat over een integrale benadering van de patiënt, een benadering van de patiënt als persoon. Daarnaast is persoonsgerichte zorg afgestemd op de doelen van de patiënt. Denk aan doelen als het verbeteren van de kwaliteit van leven of behoud van het niveau van zelfstandig functioneren. Aansluiten bij deze doelen wordt gezien als een belangrijke factor die bijdraagt aan effectieve zorg. Dat betekent dus dat in bepaalde gevallen de patiënt kan kiezen voor een niet-optimale behandeling als die bijdraagt aan een betere kwaliteit van leven of functioneren.

Persoonsgerichte zorg werkt alleen als zowel de zorgverlener als de patiënt zich goed oriënteert op de wensen, verwachtingen, doelen, motivatie en vaardigheden van de patiënt. Persoonsgerichte zorg kun je als individuele zorgverlener toepassen, maar kan ook worden gebruikt in zorgketens en bij het wijkgericht werken. Ook hierin is immers het doel om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de mensen waar het om gaat. Persoonsgerichte zorg is dan de basis voor de zorg rond een bepaald thema (keten- of netwerkzorg), en voor zorg die is gericht op een geografisch afgebakend gebied (wijkgericht werken).



## Chronic Care Model helpt

Bij ziektegerichte zorg staat de ziekte centraal. Bij persoonsgerichte zorg staat de persoon centraal. Voor een goede aanpak van persoonsgerichte zorg bij chronische zieken kun je het (expanded) Chronic Care Model<sup>1</sup> toepassen.



Figuur 1 | Expanded Chronic Care Model

Kern van dit model is de interactie tussen de actieve, goed geïnformeerde patiënt en het proactieve team van zorgverleners, iets waar het uiteindelijk om draait in de chronische zorg.

Om tot betere gezondheidssuitkomsten te komen, zijn volgens het Chronic Care Model interventies nodig op vier aspecten van het gezondheidszorg-systeem: zelfmanagement, het zorgproces, besluitvorming en klinische informatiesystemen. Goede zorg voor chronisch zieken stopt niet bij de grenzen van de zorg. Het vraagt ook om afstemming en samenwerking met diensten in de samenleving. Daarom de keuze voor het Expanded Chronic Care Model, waarin ook aandacht wordt besteed aan die aspecten.

1 Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. (2009). Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health affairs*, 28(1): 75-85.

### Waarin verschilt persoonsgerichte zorg van diseasemanagement?

Persoonsgerichte zorg is iets anders dan diseasemanagement. Disease-management is een aanpak waarbij de chronische ziekte van de patiënt centraal staat. Er is voor enkele ziektebeelden een integrale bekostiging geregeld voor de zorg die in het kader van een goede behandeling van dat ziektebeeld nodig is.<sup>2</sup> In Nederland wordt sinds ongeveer zes jaar in de eerste lijn ervaring opgedaan met diseasemanagementprogramma's.

Er zijn programma's voor diabetes, COPD, cardiovasculair risicomangement, depressie en angst. Uit een tussentijdse evaluatie blijkt dat deze programma's niet geheel voldoen aan de verwachtingen. Veel verbetering is mogelijk door meer aandacht te besteden aan ondersteuning bij zelfmanagement, en door individuele zorgplannen te stimuleren of in het algemeen de patiënt meer te betrekken bij de zorg.<sup>3</sup>

De integrale bekostiging heeft bij veel zorggroepen nog niet geleid tot verlaging van de ziektekosten.<sup>4</sup> De Gezondheidsraad signaleert bovendien dat de zorg voor mensen met multimorbiditeit op dit moment tekortschiet. Zorgverleners verschillen van mening over het nut van de invoering van diseasemanagement in Nederland voor mensen met multimorbiditeit. Er is behoefte aan een meer integrale aanpak.

### En patiëntgerichte zorg?

Bij patiëntgerichte zorg staat een goede communicatie met de verschillende zorgverleners centraal en kan de patiënt meebeslissen over de eigen behandeling. Zorg is pas goede zorg als die 'patiëntgericht' is en de 'patiënt centraal' stelt.<sup>5</sup>

Het Amerikaanse Institute of Medicine definieerde het begrip 'patient centeredness' als volgt: 'het respecteren van de voorkeuren, waarden en verwachtingen van patiënten en de verzekering dat deze aspecten alle klinische beslissingen zullen leiden'.

---

2 Dat is het geval voor diabetes, COPD (in enkele gevallen ook astma) en CVRM.

3 Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (2012). Eindrapport van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging. Integrale bekostiging van zorg: Werk in uitvoering. Den Haag: ZonMw.

4 Struijs JN, Jong-van Til JT de, Lemmens LC, Drewes HW, Bruin SR de, Baan CA (2012). Drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg. Effecten op zorgproces en kwaliteit van zorg. Bilthoven: RIVM.

5 Nivel (2012). Communicatie en meebeslissen maken zorg patiëntgericht. Via <http://www.nivel.nl/nieuws/communicatie-en-meebeslissen-maken-zorg-patiëntgericht>

### Doelgerichte zorg

Doelgerichte zorg is in de praktijk hetzelfde als persoonsgerichte zorg. Bij multimorbiditeit worden de complexe keuzes in de zorg voor patiënten gestuurd door doelstellingen op het vlak van kwaliteit van leven. Die doelen zijn door de patiënt zelf geformuleerd.<sup>6</sup>

### Is er samenhang tussen persoonsgerichte, netwerk- en wijkgerichte zorg?

Persoonsgerichte, netwerk- en wijkgerichte zorg hangen nauw met elkaar samen. Deze samenhang wordt helder uiteengezet in de publicatie van King's Fund, *Integrating health and social care in Torbay*.<sup>7</sup> Daarin is de persoonlijke situatie van de 81-jarige mrs. Smith het vertrekpunt voor de opbouw van een nieuwe aanpak met als kenmerken: een nauwe samenwerking tussen het sociale en het zorgteam en een 'pooling' van budgetten.

---

6 De Maeseneer J, Boeckxstaens P. (2012). James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care, and equity. *The British journal of general practice*: 62(600): 522.

7 Thistlethwaite P. (2011). *Integrating health and social care in Torbay. Improving care for Mrs. Smith.* Londen: The King's Fund.



## 2 | Waarom is

# persoonsgerichte zorg nodig?

Persoonsgerichte zorg is nodig omdat mensen met dezelfde ziekte een verschillende aanpak nodig hebben. Zomaar drie mensen met diabetes kunnen alle drie heel verschillend omgaan met hun ziekte. Dat komt door de fase van hun leven, door hun leefwijze en door de aanwezigheid van andere chronische aandoeningen.

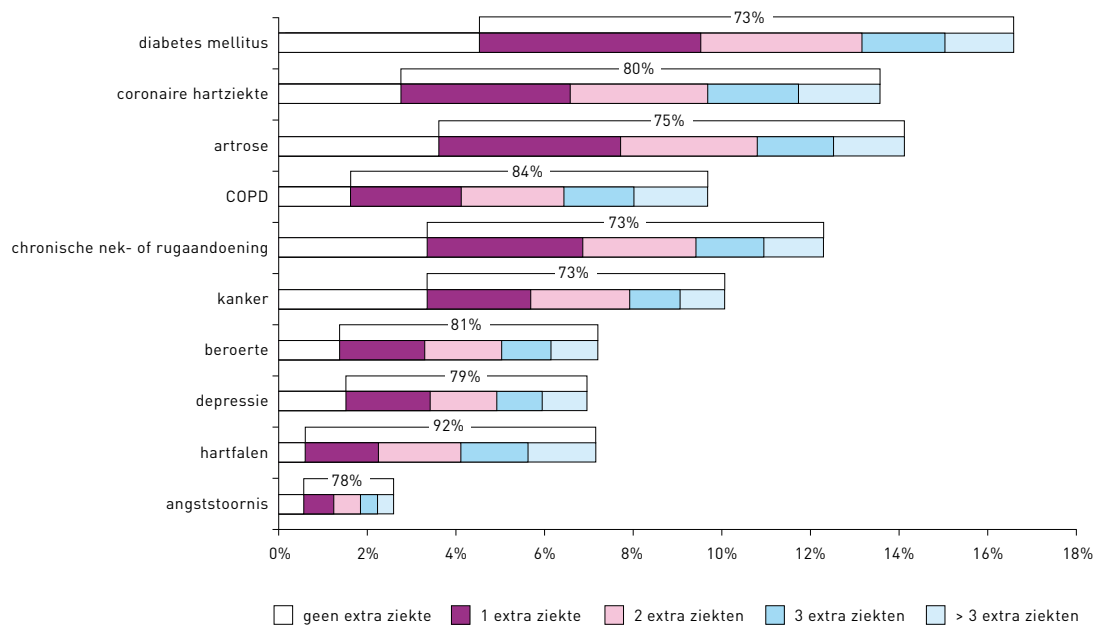
Persoonsgerichte zorg is niet alleen belangrijk omdat patiënten verschillend zijn. Het is ook belangrijk omdat deze aanpak beter werkt bij mensen met meerdere chronische ziekten, dus bij multimorbiditeit. We weten dat mensen met een chronische ziekte een grote kans hebben op nog meer chronische ziekten. Dit geldt zeker voor mensen met diabetes, maar ook voor andere chronische ziekten (figuur 2).

Bij multimorbiditeit is een ziekte-overstijgende aanpak dringend gewenst. Er is echter nog geen goede aanpak die is gebaseerd op geïntegreerde richtlijnen. Studies gericht op specifieke clusters van multimorbiditeit bieden geen antwoord op de complexe uitdagingen die multimorbiditeit stelt in de dagelijkse praktijk, simpelweg omdat er geen dominante clusters zijn. Een veelvoud van combinaties is denkbaar.<sup>8</sup>

Er zijn geen zorgstandaarden of richtlijnen voor multimorbiditeit. Zorg die is gebaseerd op een stapeling van ziektegebonden richtlijnen schiet in veel gevallen het doel voorbij, leidt mogelijk tot versnippering en levert soms tegenstrijdigheden op. Dat vraagt om zorg op maat. Ook omdat in veel gevallen voor de patiënt andere doelen relevant zijn, zoals een goede kwaliteit van leven en dagelijks functioneren. Om dergelijke doelen te kunnen behalen, is een integrale benadering nodig en zorg die is afgestemd op de persoon en zijn wensen. Persoonsgerichte zorg dus.

---

8 De Maeseneer J, Boeckxstaens P, De Sutter A. (2013). Multimorbiditeit: van 'probleemgeoriënteerde' naar 'doelgeoriënteerde' zorg. *Minerva*, 12(4): 40-40.



**Figuur 1** Prevalentie (in %) van 10 chronisch ziekten en comorbiditeit (dat wil zeggen het voorkomen van deze ziekten met 1,2,3 of meer dan 3 extra chronische ziekten uit een lijst van 29 (zie tabel 1)) bij patiënten van 55 jaar en ouder, in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), 2002-2008, gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht in Nederland (2008). Per ziekte geven de gekleurde lijnstukken samen het percentage comorbiditeit aan: de personen met die ziekte die ten minste 1 extra ziekte hebben.

## Figuur 2 | Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking<sup>9</sup>

9 Oostrom SV, Picavet HSJ, Gelder BV, Lemmens LC, Hoeymans N, Verheij RA, et al. (2011). Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking: gegevens van huisartsenpraktijken. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 155: A3193.

## Drie mensen met diabetes type II

### Phil Bosman

Phil Bosman is een vrouw van 42 met een drukke baan als hoofd van de afdeling HRM bij een kennisinstituut. Ze heeft een milde vorm van diabetes type II, ondanks haar gezonde leefwijze. Ze heeft weinig tijd om voor controles de praktijk te bezoeken. Ze heeft daarom een digitale tensiometer en een glucosemeter aangeschaft waarmee ze regelmatig haar waarden bijhoudt die ze naar de praktijkondersteuner mailt. Die stuurt haar vervolgens een mailtje met een conclusie, meestal dat het goed is. Ze krijgt steeds het advies om de lage dosering medicijnen te blijven gebruiken.



### Klaas van Keulen

De heer Van Keulen is 56 jaar, getrouwd, heeft drie uitwonende kinderen en werkt als beleidsadviseur bij de gemeente. Hij heeft sinds enkele jaren diabetes type II maar het lukt hem niet om zich aan de leefregels te houden. Dat komt omdat hij eigenlijk volledig in beslag wordt genomen door de zorgen om zijn vrouw die depressief is en daardoor te veel drinkt. De praktijkondersteuner zit hem achter de vordden dat hij in beweging moet komen en moet zorgen dat hij afvalt, want zo komt het nooit goed!



### Ria de Jong

Mevrouw De Jong is een alleenwonende weduwe van 83 jaar die al jaren leeft met diabetes type II. Zij heeft een nieuwe heup links die haar helaas beperkt in haar actieradius en die haar veel pijnklachten bezorgt. Zij maakte drie jaar geleden een myocardinfarct door, waarna zich een langzaam progressief hartfalen ontwikkelde. Ze heeft meerdere medicijnen voorgeschreven gekregen maar weet niet goed waarvoor. Ze neemt ze dan ook regelmatig niet in. Ze gebruikt vaak nsaid's als pijnstiller, ondanks het feit dat de dokter haar dat verboden heeft.





## 3 | Vijf uitgangspunten van

# persoonsgerichte zorg

Persoonsgerichte zorg betekent een omslag voor zorgverleners.

Niet langer uitgaan van ziekte en zorg, maar vooral ook van gezondheid en gedrag. De zorgverlener neemt de rol van coach op zich, naast die van behandelaar.

### Uitgangspunt 1 | Een breed primair proces

Voor persoonsgerichte zorg dient het primaire zorgproces verbreed te worden naar het domein van gedrag en gezondheid, ook wel GG-domein genoemd. Daarmee verlaat je als zorgverlener het klassieke ZZ-domein, het domein van ziekte en zorg.

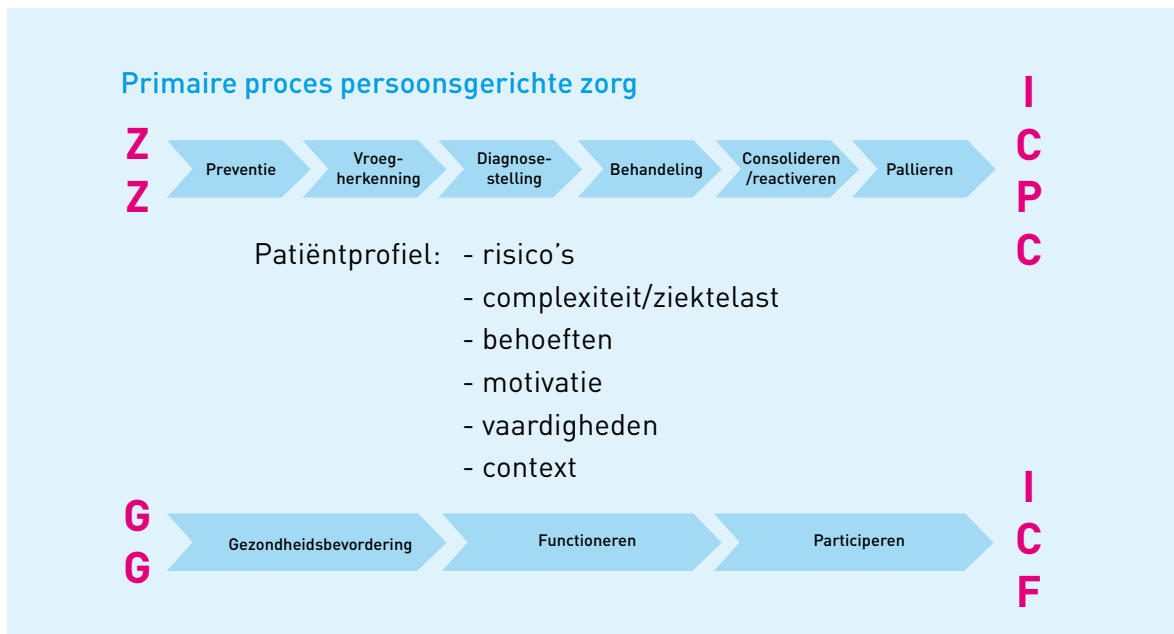
Het klassieke proces kent de volgende fasen: preventie > vroegherkenning > diagnosestelling > behandeling > stabilisatie > reïntegratie > palliatie. Het is ziektegericht en volgt de ontwikkeling van een chronische ziekte met een progressief beloop. Daarmee is het per definitie niet geschikt om persoonsgericht te werken. Dat kan wel als je het primaire proces verbreedt naar het domein van gedrag en gezondheid.<sup>10</sup>

Deze invalshoek sluit goed aan bij de moderne opvatting over gezondheid die uitgaat van het vermogen tot aanpassen en het verbeteren van het functioneren.<sup>11</sup> De doelen van de patiënt komen voor het merendeel in het GG-domein, die van de zorgverlener veelal in het ZZ-domein. Deze domeinen zijn complementair. Persoonsgerichte zorg brengt deze domeinen bij elkaar en verbindt ze. In figuur 3 is dit te zien.

---

10 Begrippen geïntroduceerd door de Raad van de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in: RVZ (2010). Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Den Haag: RVZ.

11 Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst HVD, Jadad AR, Kromhout D, et al. (2011). How should we define health? BMJ, 343:d4163.



Figuur 3 | Het primaire proces van persoonsgerichte zorg<sup>12</sup>

## Uitgangspunt 2 | Een stapsgewijze aanpak

Persoonsgerichte zorg vraagt om een aanpak in vier stappen:

- Stap 1** Patiënt en zorgverlener nemen de gezondheidssituatie en de persoonlijke behoefte van de patiënt als uitgangssituatie. De zorgverlener focust op de motivatie, context en vaardigheden. Deze elementen vormen samen het profiel van de patiënt.
- Stap 2** Patiënt en zorgverlener analyseren de situatie van de patiënt. Vervolgens worden de probleemgebieden vastgesteld.
- Stap 3** Patiënt en zorgverlener stellen gezamenlijk de doelen vast. Deze worden uitgewerkt in een individueel zorgplan. Hierin zijn ook de acties opgenomen die nodig zijn om die doelen te bereiken. Ook de mogelijkheden tot zelfmanagement staan erin en de wijze waarop zelfmanagement ondersteund wordt.

12 **ICPC** | International Classification of Primary Care, **ICD** International Classification of Diseases.  
**ICF** | International Classification of Functioning, Disability and Health.





**Stap 4** Als zorgverlener evalueer je tijdens elk consult of het gelukt is om het doel te bereiken. De vorderingen worden vastgelegd in het dossier. De ICF biedt de mogelijkheid dat op een systematische wijze in kaart te brengen en vast te leggen, voorzien van een classificatie. Het classificatiesysteem van het ZZ-domein is de ICPC (of ICD); voor het GG-domein zou de ICF als basisclassificatie gebruikt kunnen worden. Zie hoofdstuk 4 voor verdere toelichting van ICF.

### Uitgangspunt 3 | De zorgverlener als coach

Bij persoonsgerichte zorg neem je als zorgverlener de rol van coach op je. Dit is dus anders dan in de klassieke situatie waarbij de zorgverlener, gewapend met bewezen effectieve richtlijnen, de patiënt een behandeling voorschrijft conform zijn protocollen. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat het effectiever is als de zorgverlener een meer coachende rol op zich neemt.<sup>13</sup> Hoe ziet dit er in de praktijk uit? De relatie tussen patiënt en zorgverlener die in het Chronic Care Model wordt beschreven, kenmerkt zich door een proces van shared decision making.

Met andere woorden: de zorgverlener en de patiënt besluiten gezamenlijk tot een aanpak die aansluit bij de wensen, vaardigheden en motieven van de patiënt, maar die ook recht doet aan de professionaliteit en deskundigheid van de zorgverlener. De patiënt is degene die uiteindelijk besluit over de aanpak die in zijn individueel zorgplan wordt vastgelegd. Als zorgverlener zul je daarbij soms moeten accepteren dat de keuze van de patiënt een andere is dan jij geadviseerd hebt. Dat bijvoorbeeld de patiënt ervoor kiest

---

13 Elissen AMJ. Going beyond the 'grand mean'. Advancing disease management science and evidence. Dissertation. Maastricht, 2013.

een te hoge bloeddruk te accepteren omdat de op zich mooie bloeddruk die werd bereikt met bloeddrukverlagende middelen, duizeligheid veroorzaakt, waardoor de patiënt zijn of haar dagelijkse wandeling naar de buurtwinkel niet meer durft te maken.

Het gesprek met de patiënt heeft kenmerken van 'motivational interviewing'. Dit is een gespreksmethodiek waarin je achterhaalt wat de drijfveren zijn van de patiënt, wat belangrijk is voor de patiënt en welke vaardigheden de patiënt zelf al heeft.

Dus: bespreken welke doelen de patiënt heeft, daar samen de haalbaarheid van onderzoeken en nagaan wat de patiënt nodig heeft om de doelen te kunnen bereiken. Als zorgverlener ben je een 'personal coach' die niet zorgt voor het behalen van de doelen maar die helpt te zorgen dat de patiënt de doelen behaalt.



## Uitgangspunt 4 | Gezamenlijke besluitvorming & individueel zorgplan

'No decision about me without me'. Deze uitspraak komt uit Engeland en is ook goed van toepassing op de Nederlandse situatie.<sup>14</sup> Gezamenlijke besluitvorming wordt de norm en dat stelt ook de RVZ in het recent verschenen advies 'De Participerende patiënt'.<sup>15</sup> Kern van het advies is dat patiënten en zorgverleners meer gezamenlijke besluitvorming,

14 Department of Health (UK) (2010). Equity and excellence: Liberating the NHS. Via [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/213823/dh\\_117794.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213823/dh_117794.pdf)

15 RVZ (2013). De Participerende patiënt. Den Haag: RVZ.

gedeelde uitvoering en zelfmanagement willen. Dat bevordert zowel de kwaliteit van zorg als de effectiviteit.

Nieuw in het advies van de RVZ is het recht van patiënten om een individueel zorgplan te eisen. In de langdurende zorg bestaat die wettelijke regeling al, in de curatieve zorg nog niet. De RVZ zou het individueel zorgplan wettelijk willen verankeren en als verplichte inkoopvoorwaarde bij de zorgverzekeraars willen neerleggen. Vilans denkt hier iets genuanceerder over. Werken met individuele zorgplannen is namelijk geen kunstje dat je er even bij doet. Het is onderdeel van een persoonsgerichte handelwijze. Als het werken met een individueel zorgplan leidt tot meer bureaucratiesering in de zorg ('vinkjes turven voor de zorgverzekeraar') is het niet verstandig.

Het is belangrijk om het werken met individuele zorgplannen te integreren in een persoonsgerichte benaderwijze waarbij gezamenlijke besluitvorming de basis is en patiënten regie willen en kunnen nemen. Die veranderende werkwijze moeten we goed invoeren. Op dit moment worden in het veld nog verschillende definities gehanteerd en zijn diverse vormen van zo'n individueel zorgplan in omloop. In oktober 2013 wordt een generiek referentiemodel voor het individueel zorgplan opgeleverd<sup>16</sup> en kan 'het multidisciplinaire zorgveld' met deze standaard aan de slag.


We spreken van gezamenlijke besluitvorming indien zorgverlener en patiënt gezamenlijk (gezondheids)doelen stellen die aansluiten bij de motivatie van de patiënt en vervolgens gezamenlijk keuzes maken over de wijze waarop die doelen bereikt kunnen worden. Gezamenlijke besluitvorming vraagt om een verbinding tussen de medische context (de diagnose, ernst van het ziektebeeld, behandeling van de ziekte) en de persoonlijke en sociale context (het dagelijks leven van de patiënt en diens omgeving).

Bij gezamenlijke besluitvorming vraag je als zorgverlener de patiënt naar zijn ideeën, wensen en voorkeuren, en nodig je de patiënt uit om samen over de opties na te denken. Als zorgverlener vul je vanuit je professionele kennis en ervaring de informatie aan. Patiënt en zorgverlener nemen vervolgens een gezamenlijk besluit en delen de verantwoordelijkheid voor de behandeling en de plannen die daaruit voortvloeien.

---

16

In opdracht van het Kwaliteitsinstituut en met financiering door ZonMw wordt een Plan van Eisen generiek IZP ontwikkeld door het NHG, NPCF en Vilans.

In de klinische praktijk wordt het volgende model voor shared decision making gehanteerd dat drie stappen kent.<sup>17</sup> 

- 1 Het introduceren van het feit dat er een keuze is: 'choice talk'.
- 2 Het beschrijven van mogelijke opties met bijbehorende voor- en nadelen, bijvoorbeeld met gebruik van keuzehulpen: 'option talk'.
- 3 Het helpen van patiënten om eigen voorkeuren te ontdekken en samen een beslissing te nemen: 'decision talk'.



Persoonsgerichte zorg vraagt daarmee om een andere aanpak en invulling van het consult dan ziektegerichte zorg. Het vraagt van professionals om met een brede blik naar de patiënt te kijken, en de motivatie en drijfveren van de patiënt te achterhalen, waardoor vervolgens een gelijkwaardiger en efficiënter proces van gezamenlijke besluitvorming mogelijk is.

#### Willen patiënten dit wel?

De meeste patiënten (70%) willen actief betrokken worden bij het nemen van belangrijke (medische) beslissingen. Een minderheid (30%) laat de beslissing liever aan een arts over.<sup>18</sup> Vooral relatief gezonde patiënten, patiënten met een actieve copingstijl en mensen met een of meerdere chronische aandoeningen willen actief betrokken worden bij beslissingen. Veel oudere en laagopgeleide patiënten en patiënten met een acute somatische aandoening vinden het juist prettig als de arts de uiteindelijke beslissing neemt en daarmee de verantwoordelijkheid voor de behandeling naar zich toetrekt.

#### Wat levert het op?

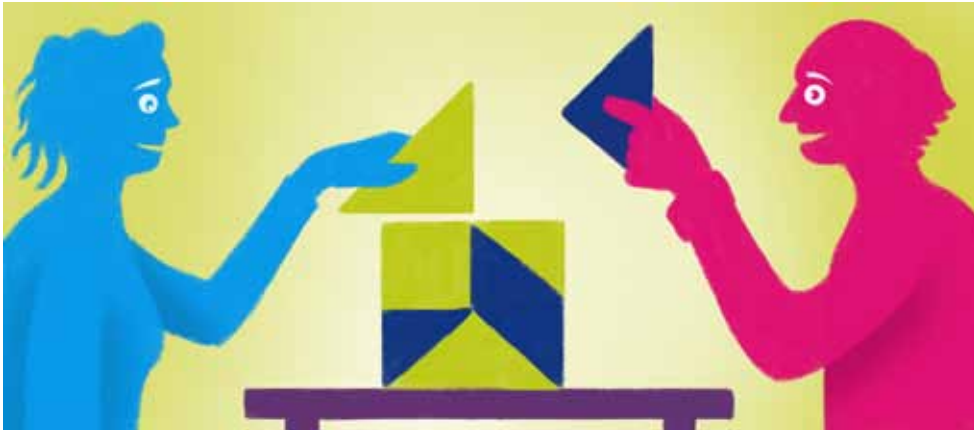
Gezamenlijke besluitvorming levert meer tevredenheid en een betere kwaliteit van leven op en draagt bij aan een betere arts-patiëntrelatie. Goed geïnformeerde patiënten blijken de juiste keuzes voor zichzelf te maken, en dat zijn vaak niet de duurste. Na goede informatie kiest gemiddeld 30% van de patiënten voor een conservatieve en veelal goedkopere behandeloptie. Een recente studie laat zien dat gezamenlijke besluitvorming leidt tot 5,3% minder kosten, 12,5% minder ziekenhuisopnames en 21% minder hart-

---

17 RVZ (2013). De Participerende patiënt. Den Haag: RVZ.

18 Staveren R van. (2011). Gezamenlijke besluitvorming in de praktijk. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 155:A3777.

operaties.<sup>19</sup> Of gezamenlijke besluitvorming ook de therapietrouw bevordert, is nog niet duidelijk. Er zijn aanwijzingen dat dit inderdaad het geval is.



### Voordelen van gezamenlijk beslissen

- 1 De patiënt wordt weerbaarder, mondiger, actiever betrokken en voelt zich meer verantwoordelijk voor zijn eigen gezondheid.
- 2 De patiënt krijgt gepaste zorg: de kans op over- en onderbehandeling is kleiner als patiënten actiever betrokken worden.
- 3 Patiënten en hulpverleners zijn meer tevreden.

### Gebeurt het al?

In de praktijk is vaak nog geen sprake van gezamenlijke besluitvorming en ervaren patiënten geen gelijkwaardige relatie. Patiënten voelen zich niet altijd gesteund om hun mening te uiten. En professionals merken dat lang niet alle patiënten die rol en gedeelde verantwoordelijkheid op zich (willen en/of kunnen) nemen. Zorgverleners voelen zich soms juist gedwongen om hun professionaliteit sterk te benadrukken. Daarnaast hebben zorgverleners soms het idee dat dit proces van gezamenlijke besluitvorming veel (extra) tijd kost, wat dan een belemmering voor toepassing vormt. Waarschijnlijk is die extra tijd initieel ook wel nodig. De verwachting is echter dat die tijd later wordt 'terugverdiend'.

Waar gaat het mis? Vaak hebben patiënt en professional afwijkende doelstellingen en verwachtingen die tijdens een consult niet expliciet aan de

---

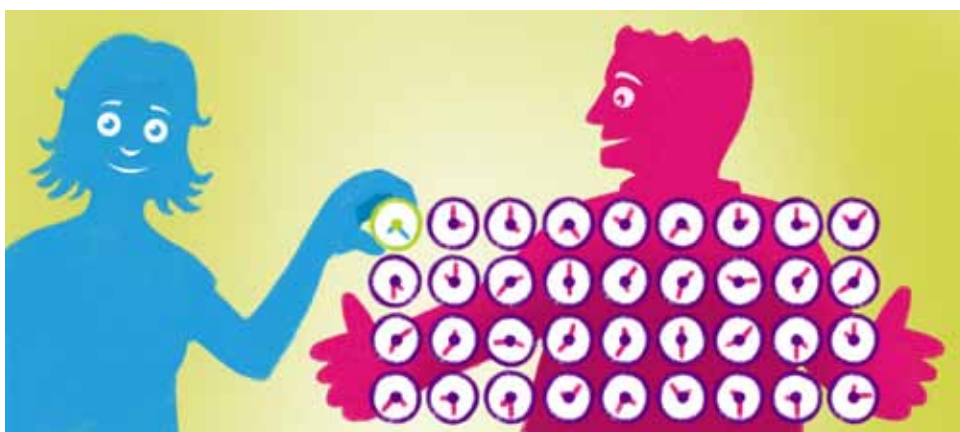
19 Veroff D, Marr A, Wennberg DE. (2013). Enhanced Support For Shared Decision Making Reduced Costs Of Care For Patients With Preference-Sensitive Conditions. Health Affairs, 32(2): 285-293.

orde komen. De doelstellingen van de patiënt liggen op het gebied van kwaliteit van leven en functioneren: minder pijn, beter kunnen bewegen, minder moe, beter slapen. Deze kunnen afwijken van de doelstellingen van de zorgverlener, die gericht zijn op betere medische uitkomsten: bloedwaarden, cholesterol, HbA1c. Bij doelen die te maken hebben met een gezonde leefstijl (stoppen met roken, afvallen, meer bewegen) is gezamenlijke besluitvorming wellicht nog harder nodig.

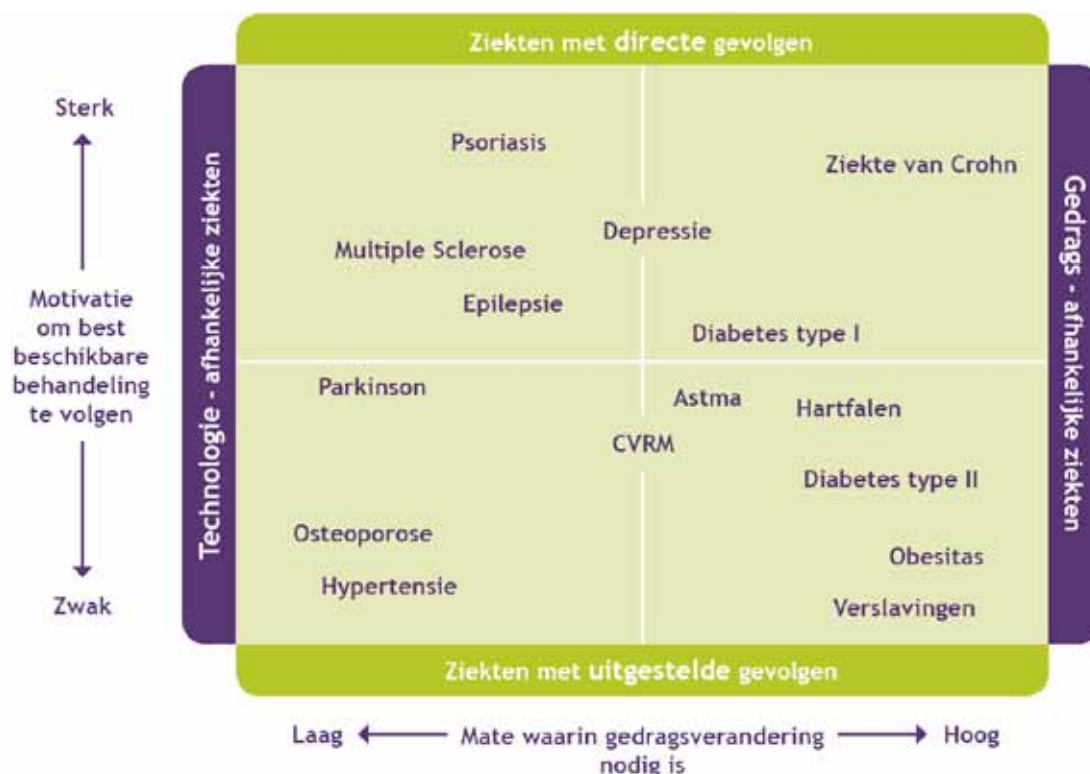
## Uitgangspunt 5: Patiëntenprofielen

Bij persoonsgerichte zorg helpt een patiëntenprofiel om de participatie van patiënten in hun behandeling te sturen. Een patiëntenprofiel is een verzameling kenmerken die een (groep) patiënt(en) onderscheidt van een andere (groep) patiënt(en), zie figuur 3. De ene patiënt is immers de andere niet. Door te werken met patiëntenprofielen ben je als zorgverlener beter in staat aan te sluiten bij wat voor de patiënt het beste gaat werken. Er is nog niet veel bekend over patiëntenprofielen, waardoor het opstellen van patiëntenprofielen op een gestandaardiseerde wijze nog niet goed mogelijk is. Het profiel wordt idealiter samengesteld uit elementen als de ziektelast of complexiteit van het ziektebeeld, risico's, behoeften, motivatie, vaardigheden en context.

Patiëntenprofielen helpen evenwel bij het inzetten van zelfmanagement. Dat is in de chronische zorg belangrijk omdat een groot deel van de behandeling niet plaatsvindt in de spreekkamer. Per jaar heeft een patiënt gemiddeld 2 uur contact met een hulpverlener. Voor de overige 5.838 uur komt het neer op zelfmanagement. De verantwoordelijkheid ligt dan dus bij de patiënt.



Juist voor patiëntengroepen in de chronische zorg is het belangrijk om het profiel van de patiënten goed in kaart te brengen. Je vraagt immers veel gedragsverandering van de patiënt waarbij het effect pas op de lange termijn te merken is. In figuur 4 is te zien dat voor grote groepen chronische aandoeningen zelfmanagement geen vanzelfsprekendheid is en dat daardoor de ingezette behandeling volgens de richtlijnen te weinig effect heeft. Er gebeurt nauwelijks iets bij aandoeningen waarbij de motivatie om te veranderen laag is, de moeite die men moet doen om te veranderen groot is en het effect van die gedragsverandering pas op de lange termijn zichtbaar is. In het kwadrant rechtsonder staan veel ziektes die in Nederland binnen de eerstelijns zorgprogramma's worden begeleid (diabetes 2, COPD, CVRM). Christensen geeft aan dat voor deze groepen de behandeling beter in netwerken van patiënten kan plaatsvinden dan in de traditionele spreekkamersetting.<sup>20</sup> Peer groups (zoals Weight Watchers, Patients-like-me of in Nederland Mijngezondheids.net) hebben meer effect.



Figuur 4 | 'The chronic quadrangle': ziekten waarbij gedragsverandering nodig is terwijl zelfmanagement niet vanzelfsprekend is

20 Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. (2009). The innovator's prescription: a disruptive solution for health care. New York: McGraw-Hill.

### Welke kenmerken heeft deze patiënt?

Persoonsgerichte zorg veronderstelt een zorgvuldige oriëntatie op persoons- en ziektegebonden kenmerken van de patiënt en op het gezamenlijk vaststellen van de probleemgebieden. Onderstaand een overzicht van persoons- en ziektegebonden kenmerken die bij de probleemoriëntatie belangrijk zijn.

Persoonskenmerken	Ziektegebonden kenmerken
Leeftijd	Leeftijd waarop de diagnose wordt gesteld
Man/vrouw	Ernst van de ziekte
Culturele achtergrond	Aard van de behandeling
Sociaaleconomische status en psychiatrische problematiek)	Multimorbiditeit (ook psycho-sociale
Mate van veranderbereidheid	Risico's op het krijgen van ziekten of gezondheidsproblemen
Kennis en vaardigheden (beperkte gezondheidsvaardigheden)	
Self-efficacy: de mate waarin patiënten in staat zijn of 'het gevoel hebben' hun ziekte onder controle te hebben	

Deze kenmerken lijken essentieel in het proces van individuele zorgplanning. Voor elke patiënt zal zijn profiel samengesteld moeten worden. Daarbij zijn drie vragen cruciaal:

- 1 Hoe breng je het profiel systematisch in kaart zodat het gemakkelijk te gebruiken is?
- 2 Hoe stellen we elk van deze kenmerken vast en hoe weten we welke aspecten relevant zijn voor het uiteindelijke zorgaanbod?
- 3 Wat werkt bij wie: welke interventie of welk zorgaanbod past bij welk profiel?

Op deze vragen hopen we de komende jaren de antwoorden te vinden.





## 4 | Aan de slag met

# persoonsgerichte zorg

Bij persoonsgerichte zorg is de patiënt in het ideale geval de spin in het zorgweb. Patiënt en zorgverlener delen de verantwoordelijkheid voor een succesvol zorgproces. Hoe kan deze situatie bereikt worden?

### Stap 1 | De zorgverlener gaat zich begeven op het GG-domein

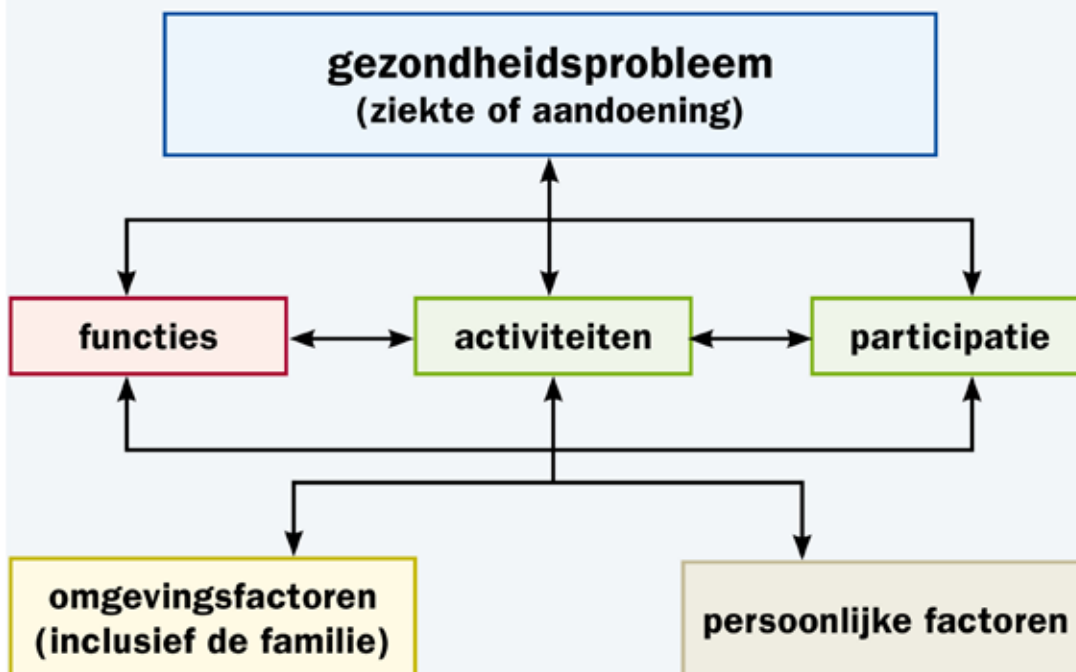
Het is voor zorgverleners niet eenvoudig om in te steken op de gezonde kant van de persoon met een chronische ziekte. Je bent immers steeds gericht geweest op de ziekte en een goede behandeling daarvan. Een attitudeverandering is nodig. De opdracht is niet alleen bij te dragen aan een zo goed mogelijke behandeling van de ziekte(n) maar ook aan het behoud of verbeteren van zelfregie, aan een goed en adequaat niveau van functioneren en participeren, en aan het verbeteren van de kwaliteit van leven. Dat lijkt vanzelfsprekend, maar dat is het niet.

Er is een methodiek nodig waarmee tijdens het consult het GG-domein systematisch geëxploreerd en geregistreerd kan worden. De eerder genoemde ICF biedt daarvoor een goede basis, zij het dat dit classificatiesysteem door haar omvang niet hanteerbaar is in de eerste lijn. Het ICF-model dat al op uitgebreide schaal in de revalidatiezorg wordt toegepast, zou omgevormd moeten worden tot een voor de eerstelijns hanteerbare classificatie.<sup>21</sup> In figuur 5 wordt het ICF-model weergegeven. Het blauwe kader geeft het ZZ-domein weer, de andere kaders het GG-domein.

---

21 In 2013 ontwikkelt Vilans samen met experts het prototype ICF 1e lijn (ICF PC): een beknopte op de ICF gebaseerde en in de eerste lijn toepasbare functionaliteit die het GG-domein bestrijkt.

## ICF-model



De wereldgezondheidsorganisatie WHO heeft een internationaal classificatiesysteem laten ontwikkelen voor de analyse en diagnostiek van gezondheidsproblemen: de *International classification of functioning, disability and health* (ICF-model). Hierin wordt het menselijk functioneren beschreven in functies, activiteiten en participatie.

Figuur 5 | ICF-model <sup>22</sup>

22 Visser-Meily JMA, c.s. (2009). Meer dan de patiënt alleen. Medisch Contact, 19:854-7.

### Wat betekent dit voor jou als zorgverlener?

- Dat je een attitude ontwikkelt die nodig is om de coachfunctie goed uit te kunnen voeren.
- Dat er assessmentinstrumenten beschikbaar zijn om de motivatie en vaardigheden van patiënten in beeld te brengen.<sup>23</sup>
- Dat je een werkwijze hanteert waarin ook het GG-domein aan bod komt.<sup>24</sup> Het is daarbij van belang binnen het zorgverlenersteam een goede taakverdeling af te spreken. Enerzijds om dubbeling te voorkomen. Anderzijds om dit zo efficiënt mogelijk uit te voeren door de zorgverlener die het meest in aanmerking komt.
- Dat je de registratie- en classificatiemogelijkheden goed benut zodat de belangrijkste gegevens multidisciplinair gedeeld kunnen worden en beschikbaar zijn.

### En voor de patiënt?

De attitudeverandering bij zorgverleners is ook nodig bij patiënten. Een actievere betrokkenheid van de patiënt bij het zorgverlenings-proces kun je realiseren door de patiënt uit te nodigen zich steeds goed voor te bereiden en zo ervoor te zorgen dat hij mede de agenda bepaalt. Verder kunnen patiëntenorganisaties helpen door dat op een systematische wijze onder de aandacht van hun leden te brengen. Er zijn indicatoren nodig die inzicht geven in de mate waarin het lukt het GG-domein te ontsluiten en de doelen te behalen.

---

23 Vragenlijsten ter voorbereiding op een consult. Download via <http://www.kennispleinchronischezorg.nl/kcz/Kennisplein-Chronische-Zorg/Kennisplein-Chronische-Zorg-Ons-aanbod/Kennisplein-Chronische-Zorg-Ons-aanbod-Producten/Vragenlijsten-ter-voorbereiding-op-een-consult.html>

24 Tips en tools ter voorbereiding op het consult. Download via <http://www.kennispleinchronischezorg.nl/kcz/Kennisplein-Chronische-Zorg/Kennisplein-Chronische-Zorg-Ons-aanbod/Kennisplein-Chronische-Zorg-Ons-aanbod-Producten/Tips--tools-ter-voorbereiding-op-een-consult.html>

## Stap 2 | Faciliteiten voor integraal persoonsgericht werken

Aan bestaande zorgprogramma's kunnen ingrediënten voor persoonsgericht werken worden toegevoegd. Denk aan:

- In zorgprogramma's differentiëren naar leeftijd en profiel.
- Stimuleren dat steeds een individueel profiel wordt opgesteld.
- Het schrappen van onnodige routines die protocollair zijn bepaald en die onvoldoende ruimte laten voor individualisering.
- In zorgprogramma's methodieken opnemen die een beroep doen op zelfmanagement en aanzetten tot zelfmanagementondersteuning.
- Een ruimere toepassing van e-health-methodieken: daarin is de patiënt per definitie zijn eigen regisseur. Het gebruik door patiënten van e-health en m-health-applicaties valt nog tegen. Deze dienen beter te worden ingebed in de gebruikelijke zorgprogramma's.
- Andere indicatoren die het succes van deze aanpak kunnen meten.
- Een prestatiecontract tussen zorgverlener en patiënt kan in bepaalde gevallen passen bij de gelijkwaardige relatie tussen beiden.
- Geen uitsluiting meer op basis van bepaalde kenmerken voor deelname aan programmatische chronische zorg.

## Stap 3 | Opgaven voor zorgorganisaties als zorggroepen en gezondheidscentra

- Zorggroepen dienen hun multidisciplinaire identiteit te versterken.
- Zorggroepen gaan meer en intensiever samenwerken met andere disciplines in de eerste- en tweedelijns zorg: denk aan diëtisten, fysiotherapeuten, podotherapeuten, medisch specialisten en psychologen. Er is meer respect voor elkaars toegevoegde waarde.
- Zorggroepen gaan meer wijkgericht werken in samenwerking met welzijn, gemeenten en GGD-en.
- Zorggroepen dragen bij aan de onderzoeksagenda door met onderzoekers samen nieuwe onderzoeksmethodieken toe te passen als mixed methods studies. Deze methodieken zijn dringend gewenst bij de verdere onderbouwing van persoonsgericht werken.
- Zorggroepen gaan daartoe een registratie- en data-infrastructuur uitbouwen en delen.
- Zorggroepen richten zich op uitkomsten, op basis van nieuwe persoons-

- gerichte indicatoren.
- Elke zorggroep is een lerende organisatie: dat is nu geen vanzelfsprekendheid, ook dat moet georganiseerd worden.
  - De spreiding in uitkomsten en prestaties van zorggroepen en -organisaties is groot: zij kunnen meer van elkaar leren.

### En nu?

Zoals bij elke innovatie geldt ook hier: aan de slag gaan, kleine stapjes zetten, ervaring opdoen. Er zijn onderzoeken nodig om de vele vragen die rijzen te kunnen beantwoorden. Er is behoefte aan meer bewijs dat persoonsgerichte zorg werkt en effect heeft. Maar er is ook behoefte aan nieuwe indicatoren en instrumenten (bijvoorbeeld om patiëntenprofielen te kunnen opstellen).

Universiteiten en kenniscentra zullen samen met het veld (zorggroepen, gezondheidscentra, wetenschappelijke verenigingen) een onderzoeks- en ontwikkelagenda moeten opstellen. Geïnteresseerden roepen we op zich bij ons te melden.



## 5 | Wat biedt Vilans?

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 patiëntenorganisaties. En ook in samenwerking met andere kenniscentra en onderzoeksinstituten. Zo houden we met elkaar de langdurende zorg aan ouderen, gehandicapten en chronisch zieken efficiënt, betaalbaar én van goede kwaliteit.

Vilans adviseert vele zorggroepen en gezondheidscentra over het multidisciplinair invoeren van zelfmanagement, over het werken met individuele zorgplannen en met persoonsgerichte zorg. We werken hierin samen met onder andere DOH, Rijncoepel, Gezondheidscentrum De Roerdomp, Meditta, Synchron, Stadsmaatschap Utrecht, BeRoemd en de Zorggroep West Alblasserwaard.

In 2014 willen we met enkele praktijken van het Nijmeegs Monitoring Project een pilot starten om het prototype ICF PC op werkzaamheid te testen. Heb je interesse om deel te nemen? Neem dan contact op met Hans Vlek: [h.vlek@vilans.nl](mailto:h.vlek@vilans.nl).

Meer weten over persoonsgerichte zorg of op zoek naar tips en tools ter voorbereiding van een persoonsgericht consult? Kijk op [www.KennispleinChronischeZorg.nl](http://www.KennispleinChronischeZorg.nl) of volg ons op Twitter: [@ChronischeZorg](https://twitter.com/ChronischeZorg) of [@StannieDriessen](https://twitter.com/StannieDriessen) of [@HansVlek](https://twitter.com/HansVlek).



# Vilans

Persoonsgerichte zorg is zorg op de maat van de patiënt. Persoonsgerichte zorg lijkt een goede oplossing voor de begeleiding van chronisch zieke mensen. Het vraagt echter een andere aanpak van zorgverleners. Een aanpak waardoor patiënten zelf in staat zijn om mee te beslissen over medische keuzes en beter kunnen omgaan met een chronische ziekte.

In deze white paper lees je wat persoonsgerichte zorg inhoudt en wat dit betekent voor jou als zorgverlener. Met deze white paper wil Vilans een basis bieden aan zorgverleners die aan de slag willen met een andere, integrale aanpak in de chronische zorg. Ook willen de auteurs, Hans Vlek, Stannie Driessen en Lieke Hassink, een discussie starten over de vraag: hoe kun je meer ruimte creëren voor persoonsgerichtheid in en buiten de spreekkamer?

‘Wie dit stuk heeft gelezen, krijgt inspiratie om niet meer de patiënt centraal te stellen maar de persoon met een of meer chronische aandoeningen.’

Guus Schrijvers,  
oud-hoogleraar Public Health, Julius Centrum, UMC Utrecht

‘Als mens en als patiënt met meerdere chronische aandoeningen juich ik de in dit stuk beschreven ontwikkeling naar persoonsgerichte zorg van harte toe.’

Anne Lenders,  
ervaringsdeskundige

## Over Vilans

Vilans is het kenniscentrum voor langdurende zorg. Vilans ontwikkelt samen met het veld vernieuwende en praktijkgerichte kennis. En biedt ondersteuning en advies op maat bij het realiseren van vernieuwingen en verbeteringen.

[www.vilans.nl](http://www.vilans.nl) | [www.KennispleinChronischeZorg.nl](http://www.KennispleinChronischeZorg.nl)