



Juiste zorg op de juiste plek

Onderzoek naar condities
en consequenties

*Definitieve rapportage ten behoeve
van bespreking in de taskforce
Zorg op Juiste Plek*

21 maart



Inhoud

Management samenvatting	3
<u>Hoofdstuk 1</u> Inleiding	13
<u>Hoofdstuk 2</u> Aanpak	16
<u>Hoofdstuk 3</u> Resultaten per persona	22
<u>Hoofdstuk 4</u> Gevolgen van juiste zorg op de juiste plek	49
<u>Hoofdstuk 5</u> Conclusies en aanbevelingen	52
Bijlagen	65
<u>1</u> Aanpak consequenties	66
<u>2</u> Uitwerking “Patiënt met chronische zorgvraag”	68
<u>3</u> Uitwerking “Kwetsbare oudere”	77
<u>4</u> Uitwerking “Patiënt met acute zorgvraag en nazorg”	85
<u>5</u> Uitwerking “Patiënt met kanker”	93
<u>6</u> Uitwerking “Patiënt met electieve zorgvraag”	101
<u>7</u> Ontvangen “goede voorbeelden” juiste zorg op de juiste plek	107
<u>8</u> Geïnterviewde personen	115

De contactpersonen bij KPMG voor dit rapport zijn:

Dr. David Ikkersheim
KPMG Health
Partner,
KPMG Advisory N.V.
Tel: +31 (0)6 41839626
Ikkersheim.david@kpmg.nl

Dr. Hanneke Wittgen
KPMG Health
Manager,
KPMG Advisory N.V.
Tel: +31 (0)6 52757831
Wittgen.hanneke@kpmg.nl

Dr. Luc Starmans
KPMG Health
Senior consultant,
KPMG Advisory N.V.
Tel: +31 (0)6 10302977
Starmans.luc@kpmg.nl

Loes Vecht, MD
KPMG Health
Consultant,
KPMG Advisory N.V.
Tel: +31 (0)6 83260715
Vecht.loes@kpmg.nl

Management samenvatting

Aanleiding

In de tussenakkoorden 2018 is afgesproken dat, in aanloop naar de hoofdlijnakkoorden, de bepalende factoren voor de juiste zorg op de juiste plek onderzocht dienen te worden. KPMG heeft in dit kader een onderzoek uitgevoerd in opdracht van Actiz, InEen, KNGF, LHV, PFN, PPN, V&VN en ZN. Daarnaast zijn BTN, KNMP, NZa en VWS aan de overlegtafel aangeschoven gedurende het onderzoek. FMS, NFU, NVZ en ZKN zijn op bureau niveau geïnformeerd over het onderzoek.

Onderzoeksvragen

De volgende onderzoeksvragen hebben we in dit onderzoek beantwoord:

1. Wat zijn de consequenties (gevolgen) van de juiste zorg op de juiste plek?
2. Welke condities (randvoorwaarden) zijn vereist voor de juiste zorg op de juiste plek?

Definitie “juiste zorg op de juiste plek”

In dit onderzoek hanteren we de volgende definitie van de “juiste zorg op de juiste plek”:

- Zinnig (gepast), aansluitend bij de richtlijnen;
- Toegankelijk voor iedereen die dat nodig heeft binnen de normen voor maximaal aanvaardbare wachttijden;
- Van dezelfde of betere kwaliteit te bepalen op basis van uitkomsten van zorg en ondersteuning op zowel klinisch niveau als op patiëntervaring;
- Voor de laagst mogelijke integrale kosten (over de hele keten).

Scope

Binnen de context van de vraagstelling is de scope van het onderzoek het hele spectrum van 0^e en 1^e lijns curatieve zorg en de interactie met medisch specialistische zorg, sociaal domein en langdurige zorg. Het spectrum van 0^e en 1^e lijns curatieve zorg bevat preventie, zelfmanagement, informele zorg, huisartsenzorg, paramedische zorg, wijkverpleging, multidisciplinaire zorg, eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg tot farmacie. Buiten scope van dit onderzoek valt onderzoek naar de juiste zorg op de juiste plek voor de GGZ en voor de medisch specialistische zorg zonder direct raakvlak met de 1^e of 0^e lijn.

Hiernaast vallen andere factoren die tegelijkertijd ook invloed hebben op de parameters waarin de consequenties (gevolgen) van juiste zorg op de juiste plek worden uitgedrukt buiten scope van dit onderzoek. Denk hierbij demografische trends, bijvoorbeeld de toenemende zorgzwaarte door vergrijzing en toenemende ongezonde leefstijl, maar ook aan beleid, zoals decentralisatie, substitutie en de afbouw van ziekenhuisbedden en verzorgingshuizen. Hiervoor verwijzen we naar het onderzoek dat door VWS/ MEVA wordt uitgevoerd.

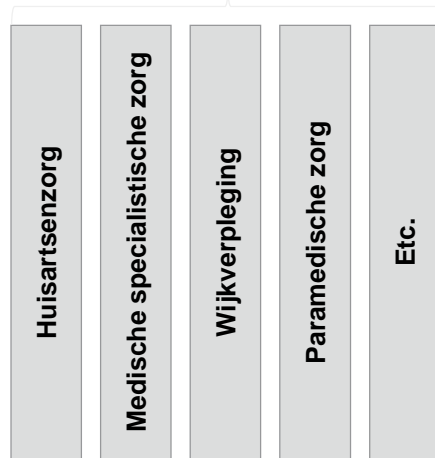
Aanpak

We hebben ons in het onderzoek niet primair gefocust op aanbieders, maar hebben een kanteling naar het patiëntperspectief gemaakt door te focussen op patiëntreizen over de verschillende domeinen heen. We hebben gewenste patiëntreizen waar de juiste zorg op de juiste plek wordt geleverd in kaart gebracht door middel van zogenaamde ‘persona’s. In totaal hebben we voor vijf persona’s de gewenste patiëntreizen uitgewerkt in het onderzoek (zie figuur op de volgende pagina).

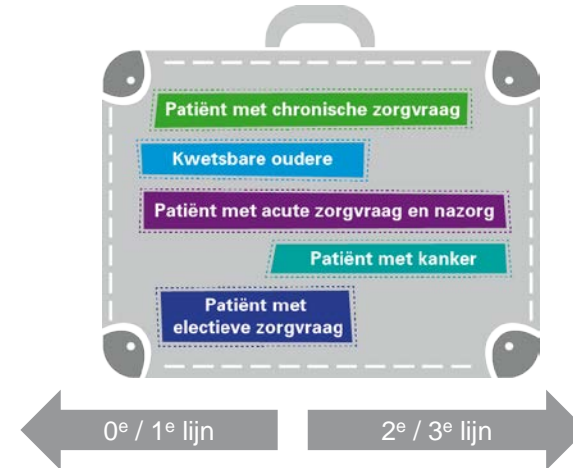
Management samenvatting

Gehanteerde aanpak en geselecteerde patiëntreizen

Niet primair focus op losse aanbieders



Focus op patiëntreizen
(incl. relatie tot sociaal domein en Wlz)



Na uitwerking van de gewenste patiëntreis per persona hebben we het beeld weer gekanteld naar de zorgaanbieders. Op basis van de gewenste patiëntreis hebben we een semi-kwantitatieve schatting gemaakt van de consequenties (gevolgen) van juiste zorg op de juiste plek op de benodigde personele capaciteit en op de benodigde inspanningen van de patiënt/mantelzorger.

Daarnaast hebben we de condities (randvoorwaarden) voor juiste zorg op de juiste plek in kaart gebracht op basis van de patiëntreizen en de onderliggende goede voorbeelden van juiste zorg op de juiste plek, en hebben we onderzocht welke van die condities op dit moment nog niet ingevuld zijn.

Toelichting bij consequenties van juiste zorg op de juiste plek

We hebben op basis van de gewenste patiëntreizen een schatting gemaakt van de consequenties (gevolgen) van juiste zorg op de juiste plek op de benodigde personele capaciteit en op de benodigde inspanning van de patiënt/mantelzorger. Voor deze schatting hebben we gebruik gemaakt van openbare databronnen en input vanuit zorgprofessionals en de betrokken partijen. Hierbij hebben we het verschil in de benodigde capaciteit in de gewenste situatie ten opzichte van de huidige situatie geïdentificeerd. Vervolgens hebben we de resultaten van de vijf patiëntreizen geaggregeerd om tot de gerapporteerde overkoepelende consequenties van juiste zorg op de juiste plek te komen.

Management samenvatting

We hebben ervoor gekozen om de consequenties op de benodigde capaciteit semi-kwantitatief te rapporteren (op een schaal van – tot +) in plaats van kwantitatief (bijvoorbeeld in aantallen FTE's). Deze keuze is gebaseerd op het feit dat een dergelijke doorrekening van benodigde capaciteit voor juiste zorg op de juiste plek bestaat uit meerdere stappen. Bij veel van deze stappen zit een kleine of grotere mate van onzekerheid over de cijfers. Het kwantitatief rapporteren van de benodigde capaciteit leidt daarmee tot een risico op schijn nauwkeurigheid, iets wat we willen voorkomen in het traject richting de hoofdlijnakkoorden. Onze bevindingen ten aanzien van de consequenties geven dus een indicatieve **richting** aan, niet meer dan dat.

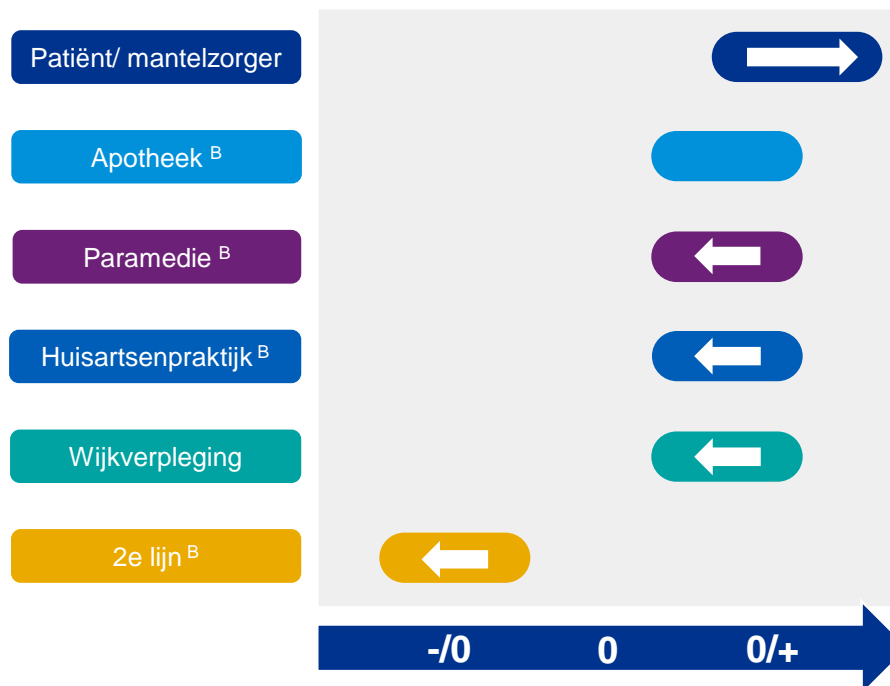
In onze analyse zien we verder onzekerheid in hoeverre technologie een rol zal spelen in het ondersteunen van zelfmanagement en monitoring en daarmee een deel van de zorg richting de patiënt kan verplaatsen. Door technologie zou bijvoorbeeld de frequentie van fysieke monitoring door zorgverleners uit zowel de 1^e als 2^e lijn kunnen worden verminderd. Deze onzekerheid heeft niet te maken met de technologie (die heeft deze potentie nu al, en in de toekomst nog sterker), maar komt voort uit de mate waarin de zorg (en burger) technologie daadwerkelijk omarmt en onderdeel maakt van het primaire proces van zorgverlening.

Ook in het rapporteren van het potentieel van meer inzet van technologie op de consequenties op de benodigde personele capaciteit willen we het risico van schijn nauwkeurigheid vermijden. Daarom kiezen we ervoor om het potentieel van meer inzet van technologie ook weer te geven middels een indicatieve richting.

Belangrijkste consequenties van juiste zorg op de juiste plek

De juiste zorg op de juiste plek heeft consequenties (gevolgen) voor de personele capaciteit van zorgprofessionals, de rol van de patiënt/burger en de huisvesting. De belangrijkste consequenties zijn weergegeven in de figuur rechts en verder toegelicht op de volgende pagina.

Consequenties van juiste zorg op de juiste plek op de benodigde personele capaciteit van zorgprofessionals en de patiënt/mantelzorg^A



← Verwachte invloed van investeren in technologie (naast investeren in mensen) op de benodigde personele capaciteit. N.B. Andere drivers die personele capaciteit beïnvloeden (bijvoorbeeld demografische trends, etc.) zijn niet weergegeven in deze figuur. Deze drivers vallen buiten scope van dit onderzoek.

^A Personele capaciteit weergegeven in mogelijke afname (-/0), mogelijke toename (0/+) en geen wijziging (0) t.o.v. huidige situatie.

^B Onder apothekers vallen zowel de apotheker als apothekersassistent. Onder paramedie vallen de diëtist, oefen- en fysiotherapeut, ergotherapeut, huidtherapeut en logopedist. Onder huisartsenpraktijk vallen de huisarts en POH. Onder 2^e lijn vallen medisch specialisten en 2^e-lijns verpleegkundigen.

Management samenvatting

Toename personele capaciteit lijkt nodig voor apotheek, huisartsenpraktijken, paramedie en wijkverpleegkundigen

De juiste zorg op de juiste plek vereist waarschijnlijk meer en/of efficiëntere inzet van een aantal zorgprofessionals. Dit geldt voor professionals in de apotheek, huisartsenpraktijk, paramedie en wijkverpleging. Voor al deze professionals is er waarschijnlijk additionele inzet benodigd voor intensievere multidisciplinaire afstemming. Hiernaast worden paramedici bij juiste zorg op de juiste plek waarschijnlijk vaker ingezet voor secundaire / zorggerelateerde preventie en om klachten in de nazorgfase te voorkomen of te verminderen. Voor de praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen ligt een additionele oorzaak van de mogelijke toename in benodigde capaciteit voornamelijk in de taken behorende bij het coördinerend zorgverlenerschap. Verder kunnen wijkverpleegkundigen ook breder ingezet worden in het speelveld tussen care en cure.

Toename personele capaciteit paramedie, huisartsenpraktijken en wijkverpleegkundigen kan worden gedempt door inzet van technologie

Voor de huisartsen, praktijkondersteuners, paramedici en wijkverpleegkundigen zien we dat deze beweging kan worden gedempt door slimmer en meer gebruik te maken van technologie, voornamelijk bij het monitoren van patiënten. Het monitoren kan potentieel (een deel van) de reguliere fysieke controles vervangen, en ervoor zorgen dat er eerder, en dus ook minder intensief, ingegrepen kan worden. We verwachten dat voor professionals in de apotheek technologie zeker een rol gaat spelen in hun contact met de patiënt, maar dat dit niet direct leidt tot minder benodigde tijd.

Juiste zorg op de juiste plek heeft potentie om zorg in de 2^e lijn en de daarbij behorende personele capaciteit te verminderen

Voor professionals in de 2^e lijn verwachten we een mogelijke afname van de benodigde personele capaciteit, doordat juiste zorg op de juiste plek

(onnodige) opnames en doorverwijzingen voorkomt door (secundaire / zorggerelateerde) preventie, vroegtijdige signalering, voorkomen van complicaties en het (eerder) verplaatsen van zorg naar de 0^e of de 1^e lijn. Deze beweging van minder benodigde capaciteit in de 2^e lijn wordt waarschijnlijk vergroot door gebruik te maken van technologie: fysieke controles kunnen deels vervangen worden door digitale interacties, en deels wellicht (op termijn) vervangen worden door automatische monitoring op basis van artificial intelligence.

De patiënt neemt meer de regie over zijn of haar eigen zorg en welzijn

Naast consequenties op het gebied van benodigde capaciteit op zorgprofessionals, heeft juiste zorg op de juiste plek ook consequenties voor de benodigde inspanningen van patiënten en mantelzorgers. We verwachten, vooral wanneer wordt geïnvesteerd in technologie, dat de patiënt (of mantelzorger) middels zelfzorg een groter deel van de geleverde zorg op zich zal nemen en meer de regie over zijn of haar eigen zorg zal nemen. In andere sectoren zien we dat de verschuiving van passieve consument naar actieve burger goed mogelijk en haalbaar is, denk bijvoorbeeld aan internetbankieren.

Met elkaar werken op dezelfde locatie bevordert samenwerking tussen 1^e lijn, sociaal domein en 2^e lijn

Tot slot verwachten we dat juiste zorg op de juiste plek ook consequenties heeft voor de huisvesting. Zo kan het gezamenlijk huisvesten (co-locatie) van professionals in de 1^e lijn, het sociaal domein de samenwerking bevorderen en biedt dit één locatie waar de burger zorg en ondersteuning kan ontvangen. Dit kan bijvoorbeeld in een gezondheidscentrum zijn waarin ook sociaal domein is gevestigd of een loket heeft en de specialist uit de 2^e lijn regelmatig een poli draait, of op flexibele locaties dicht bij de patiënt waar de professionals naartoe komen, bijvoorbeeld een buurthuis.

Management samenvatting

Belangrijkste condities voor juiste zorg op de juiste plek

In dit onderzoek hebben we gewenste patiëntreizen geformuleerd, o.a. gebaseerd op goede voorbeelden van juiste zorg op de juiste plek anno 2018. Op basis van analyse van de gewenste patiëntreizen en de onderliggende goede voorbeelden komen we tot zes condities (randvoorwaarden) die de juiste zorg op de juiste plek faciliteren dan wel nodig zijn om deze te realiseren (zie ook figuur op pagina 8):

1. Burgers en voldoende professionals die zijn toegerust op de nieuwe ontwikkelingen;
2. ICT en informatie die over grenzen heen werken mogelijk maakt;
3. Beschikbaarheid en inzet van technologie;
4. De juiste organisatiegraad en infrastructuur;
5. Financiering die op zijn minst niet hindert;
6. Leiders die over hun schaduw heen stappen.

Deze condities zijn randvoorwaardelijk en vullen elkaar aan. Dit houdt in dat alle condities ingevuld moeten worden om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen realiseren. Deze condities moeten gezamenlijk toe leiden dat de burger/ patiënt empowered is om een grotere rol in zijn gezondheid te nemen en dat er samengewerkt wordt tussen professionals op basis van vertrouwen en een domeinoverstijgende visie op gezondheid.

Op basis van ons onderzoek hebben we aanbevelingen richting de hoofdlijnenakkoorden geformuleerd om verdere invulling te geven aan deze condities om juiste zorg op de juiste plek te realiseren. De figuur op de volgende pagina geeft weer hoe de aanbevelingen verbonden zijn aan de condities, waarna onze toelichting op de aanbevelingen volgt.

Algemene observaties in discussie juiste zorg op juiste plek

Voordat we ingaan op onze aanbevelingen willen we twee observaties delen die volgen uit dit onderzoek in het kader van juiste zorg op de juiste plek. Onze eerste observatie gaat over de wijze waarop discussie rondom juiste zorg op de juiste plek gevoerd wordt. Ons valt op dat deze discussie snel verengd wordt tot substitutie van de 2^e naar de 1^e lijn, terwijl de juiste zorg op de juiste plek gaat over een bredere beweging, ook richting de 0^e lijn (vanuit de 2^e én 1^e lijn), een beweging die nog maar net begonnen is. Juist deze beweging leidt tot empowerment en zelfregie van patiënten en daarmee potentieel ook tot een betere kwaliteit van leven. In de komende hoofdlijnenakkoorden adviseren we om samenhangend beleid te maken om al deze bewegingen te faciliteren en is het nodig om het gesprek te verplaatsen van “substitutie” naar “juiste zorg op de juiste plek”.

Een andere observatie die we hebben is dat er soms onrealistische (financiële) verwachtingen zijn over wat de juiste zorg op de juiste plek op de korte termijn kan opleveren. De juiste zorg op de juiste plek heeft veel potentie om de kwaliteit van de geleverde zorg en de patiënttevredenheid te verhogen. Op het gebied van kostenbesparing is het resultaat van juiste zorg op de juiste plek op de korte termijn minder duidelijk. Het blijkt lastig om mogelijke besparingen door juiste zorg op de juiste plek te kwantificeren, omdat voor veel van de goede voorbeelden van juiste zorg op de juiste plek informatie over zowel kosten als opbrengsten niet of onvolledig beschikbaar is. Ook het waterbed effect, waarin vrijvallende capaciteit wordt ingevuld met andere zorg, speelt een rol.

Over het algemeen komt uit de geanalyseerde voorbeelden naar voren dat het tijd en inspanning van betrokken partijen kost om initiatieven van de grond te krijgen waarin zorg op een andere wijze wordt georganiseerd. De kans is groot dat de kosten hierbij voor de baten uitlopen, omdat er extra prikkels en investeringen nodig zijn om verandering voor elkaar te krijgen.

Management samenvatting

Condities voor juiste zorg op de juiste plek voortkomend uit dit onderzoek en aanbevelingen richting hoofdlijnenakkoorden



Management samenvatting

Onze aanbevelingen richting de hoofdlijnenakkoorden zijn als volgt:

1 Geef aandacht aan ontwikkeling van nieuwe competenties van professionals en burgers

Het is van belang dat professionals beschikken over de juiste competenties. Naast bekwaamheden op het gebied van zorg en ondersteuning moeten de professionals zijn opgeleid in: het samenwerken met andere professionals, multi-inzetbaarheid, samen beslissen, het leveren van persoonsgerichte zorg die past binnen de gehele patiëntreis, het bevorderen van functioneren en in het gebruik van technologie. We adviseren daarom om de bestaande opleidingen voor beroepen in zowel de 1^e als 2^e lijn te screenen in welke mate zij deze vaardigheden reeds onderwijzen en waar nodig curricula (interdisciplinair) aan te passen en nascholing te geven aan huidige professionals.

Daarnaast moeten burgers in staat worden gesteld om mee te gaan in alle ontwikkelingen en gefaciliteerd worden om eigen regie te nemen. Hiervoor moet heldere, laagdrempelige educatie beschikbaar zijn voor de diverse burgers. Zo zullen burgers met een lage SES, taalbarrière of laaggeletterdheid ook in staat gesteld moeten worden om met nieuwe technologie om te gaan.

Tot slot vragen alle ontwikkelingen om een cultuurverandering bij zowel professionals als burgers. De burger zal moeten leren hoe zelf de regie over zijn/haar zorg te nemen, terwijl professionals zich de rol van 'bijrijder' eigen moeten maken. Meer aandacht voor nieuwe competenties van zowel professionals als burger dragen bij aan deze cultuurverandering.

2 Herzie richtlijnen om aan te sluiten bij ontwikkelingen

Een steekproef van een aantal richtlijnen/standaarden binnen de zorg laat zien dat technologie nog niet prominent is verwerkt in alle zorgstandaarden. Om juiste zorg op de juiste plek vanuit de richtlijnen te stimuleren adviseren we om de richtlijnen door te lichten op de mogelijkheden tot flexibilisering van de richtlijnen in het kader van persoonsgerichte zorg en de inzet van technologie tijdens de behandeling. Specifiek verwachten we dat fysieke controles (deels) kunnen worden vervangen door de inzet van technologie voor monitoring. Daarnaast adviseren we om het ontwerp van integrale richtlijnen te stimuleren, waarbij richtlijnen multi-inzetbaar zijn tussen diverse beroepsgroepen. Het is belangrijk dat de Richtlijn voor Richtlijnen van Zorginstituut Nederland aansluit bij deze ontwikkelingen.

3 Zorg voor datastandaardisatie, uitwisselbaarheid en ontsluiting

Met betrekking tot ICT systemen is het belangrijk dat deze tijdig en goed koppelbaar zijn om de juiste informatie uit te kunnen wisselen. Hierbij is het van belang dat de verschillende systemen waarin zorgverleners informatie in het kader van de behandeling van de patiënt registreren (HIS, ZIS, etc.) tussen aanbieders aan elkaar gekoppeld kunnen worden. Hiervoor moeten standaarden worden afgedwongen om data te uniformeren en uitwisselbaar te maken. We onderstrepen het belang om deze vraagstukken op te lossen binnen de bestaande programma's, zoals "Registratie aan de bron", "MedMij", "Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPP)", en "OPEN", en dit samen te brengen in het Informatieberaad Zorg.

Management samenvatting

4 **Versnel de transparantie van uitkomsten**

Transparantie over kwaliteit van zorg is belangrijk om de patiënt meer regie te geven in de keuze voor de organisatie en behandelaar waar hij door behandeld wil worden. Zorgverzekeraars en zorgverleners kunnen op basis van de informatie verbeteringen in de zorg beter aanjagen. Hoewel er meerdere initiatieven zijn om de kwaliteit van zorg te meten, ligt het tempo te laag van het daadwerkelijk *publiceren* van uitkomsten op begrijpelijke wijze voor patiënten. Daarom bevelen wij aan om in de hoofdlijnenakkoorden een verplichting tot het publiceren van uitkomsten op te nemen voor aandoeningen / populaties / registraties waar reeds uitkomsten voor beschikbaar zijn, initiatieven voor transparantie van kwaliteit te versnellen en een generieke PROM te ontwikkelen. Ook bevelen wij aan om een generieke PREM te ontwikkelen, om ook patiënttevredenheid en patiëntervaring te monitoren en te publiceren. Tegelijkertijd is het raadzaam om databases zoals DIS en Vektis te gebruiken voor het meten en publiceren van (proxy)-uitkomsten zoals her(opnamen). Het slim gebruik maken van dergelijke reeds beschikbare informatie voorkomt additionele administratieve lasten.

5 **Investeer in technologie die zorg en ondersteuning kan overnemen**

Technologie heeft de potentie om een deel van de zorg en ondersteuning over te nemen. Het is daarom belangrijk om naast te investeren in (het opleiden van) mensen, ook te investeren in (de ontwikkeling van) technologie. Zo kunnen de consequenties van de juiste zorg op de juiste plek op de benodigde personele capaciteit worden gedempt, en kan de juiste zorg op de juiste plek op een duurzame manier worden ingericht.

6 **Verminder versnippering door een hogere organisatiegraad in de 1^e lijn**

Over het algemeen lijkt de huidige 1^e lijn niet altijd voldoende georganiseerd

om de juiste zorg op de juiste plek volledig te kunnen realiseren. Zeker wanneer grotere investeringen in infrastructuur moeten worden genomen zijn veel organisaties 'sub-scale'. Een faciliterende regionale organisatie / samenwerkingsverband, en wellicht landelijke ketenvorming voor de 1^e lijn kunnen managementondersteuning creëren die organisatiegraad verhogen.

7 **Neem meer regie en zorg voor opschaling**

De rapportage staat vol met goede voorbeelden van de juiste zorg op de juiste plek, maar deze voorbeelden zijn veelal niet landelijk opgeschaald. Om landelijke opschaling mogelijk te maken is meer regie nodig. Een mogelijkheid is regio regie, waarbij alle partijen met elkaar in overleg gaan in vaak reeds bestaand platform (ROAZ, GHOR, gemeente, etc.). Meer regie kan ook plaatsvinden door opschaling van aanbieders, maar hier is ook bij uitstek een rol weggelegd voor zorgverzekeraars, die middels zorginkoop kunnen sturen op kwaliteit en innovatie. Op dit moment werkt selectieve inkoop echter niet, o.a. doordat patiënt ook bij niet-gecontracteerde aanbieders een groot deel van hun zorg vergoed krijgen. Dit percentage wat patiënten alsnog vergoed krijgen, is dusdanig hoog (70-80%) dat het voor zorgaanbieders kan lonen om met een zorgverzekeraar geen contract te sluiten. Dit kan leiden tot rare situaties. Bij een pilot rond de wijkverpleging in Utrecht, waar zorgverzekeraar Zilveren Kruis met een aantal verzekeraars een contract sloot, leverden aanbieders zonder contract zo veel zorg dat er voor de gecontracteerde aanbieders te weinig budget overbleef.

Het is dan ook raadzaam om er voor te zorgen dat er een mechanisme komt dat er voor zorgt dat ongecontracteerde zorg niet aantrekkelijker is dan gecontracteerde zorg. De zorgverzekeraar dient daarvoor het juiste instrumentarium te verkrijgen.

Hiernaast kunnen ook afspraken voor opschaling van reeds bewezen succesvolle voorbeelden worden gemaakt in de akkoorden.

Management samenvatting

8 Onderzoek of (virtuele) pooling Zvw, Wlz en Wmo middelen mogelijk is

In de huidige situatie zijn de budgetten versnipperd over verschillende domeinen en verschillende aanbieders. Dergelijke schotten verhinderen gerichte samenwerking om de gezondheid van de populatie te bevorderen en leiden tot afwenteling van kosten tussen domeinen. Het (virtueel) poolen van budgetten in de Zvw, Wlz en de Wmo kan deze schotten (lokaal) wegnemen. Dit kan ook de uitvoering van een regiovisie ondersteunen. Poolen kan zowel op niveau van aanbieders als op niveau van bekostigers (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten).

9 Zorg voor de juiste prikkels om de juiste zorg op de juiste plek te krijgen

Financiering vormt een belangrijke prikkel om de juiste zorg op de juiste plek te organiseren en te leveren. Ondanks de (bij veel nog onbekende) aanwezigheid van betaaltitels voor technologie, organisatie (bijv. O&I) en teleconsultatie hebben aanbieders vaak nog geen financieel belang voor het organiseren van de juiste zorg op de juiste plek. Dit remt het organiseren van juiste zorg op de juiste plek. Denk aan een 2^e lijn die nog steeds grotendeels op volume wordt bekostigd en hetzelfde is deels te zeggen voor de 1^e lijn, hetgeen verplaatsing van zorg naar de 0^e lijn voorkomt. Daarnaast kan het niet (volledig) verzekerd zijn van paramedische zorg in de eerste lijn een belemmering voor de burger vormen om juiste zorg op de juiste plek af te nemen.

De praktijk in binnen- en buitenland wijst uit dat contractinnovatie (met shared savings, sturen op uitkomsten en andere prikkels voor medisch specialisten) de weg vooruit is. Van deze contractinnovaties zijn diverse voorbeelden in Nederland, maar de opschaling gaat langzaam. Taakstellende afspraken over innovatieve contractvormen kan een middel zijn om in de hoofdlijnenakkoorden afspraken te maken over opschaling. Een andere oplossingsrichting is het verminderen of elimineren van productieprikkels door meer te belonen op uitkomsten op populatieniveau.

Deze contractinnovaties dienen plaats te vinden tussen zorgverzekeraars en aanbieders en in zowel de 2^e als 1^e lijn, maar ook binnen het ziekenhuis naar medisch specialisten en MSB's wil dit tot resultaat leiden. Voor de 1^e lijn is een verschuiving naar meer betalingen voor de populatie via abonnementstarieven en minder betalingen per minuut / consult raadzaam. Ook dit kan veelal binnen de bestaande bekostiging via contractinnovaties. Om voortgang te boeken op dit dossier adviseren wij dus taakstellende afspraken te maken met zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de 1^e en 2^e lijn over het percentage van de gecontracteerde zorg in 2021 waarop contractinnovatie van toepassing is.

10 Stel een meerjarenagenda op voor juiste zorg op juiste plek en monitor data-gedreven of doelstellingen worden bereikt

Om leiderschap via de hoofdlijnenakkoorden te stimuleren adviseren wij het opstellen van een meerjarenagenda voor doelgroepen/aandoeningen waarvoor juiste zorg op de juiste plek veel impact voor de patiënt en maatschappij kan hebben en de voortgang data-gedreven (o.b.v. declaraties) te monitoren. Hiervoor is de eerste stap om gezamenlijk de top 10 (of top 5, top 20, top 30) van doelgroepen op te stellen waarbij juiste zorg op de juiste plek het meeste impact kan maken voor de patiënt en maatschappij door herstructurering van het Nederlandse zorglandschap. Het is raadzaam om gezamenlijk een ambitie voor de juiste zorg op de juiste plek voor deze top 10 te formuleren. Deze ambitie dient concreet te zijn, bijvoorbeeld een overzicht van het aantal en type consulten of DOT producten dat digitaal geleverd moet worden, of naar de 1^e of 0^e lijn moet. Het is onze aanbeveling om in een meerjarenagenda afspraken te maken over hoe de voortgang van juiste zorg op de juiste plek op een data-gedreven manier gemonitord dient te worden in relatie tot de huidige situatie en waar nodig actie ondernomen kan worden om een dergelijke data-gedreven monitor te kunnen bewerkstelligen.

Management samenvatting

Tot slot

Via het invoeren van de genoemde aanbevelingen kan de Nederlandse zorg in de periode 2018-2021 weer een flinke stap vooruit zetten in het realiseren van de juiste zorg op de juiste plek. Dit kan alleen met de inzet en energie van alle betrokken partijen.

Uit de vele gesprekken die we gevoerd hebben blijkt dat iedereen achter het beoogde resultaat staat:

- Een burger/patiënt die in staat is om een grotere rol in zijn gezondheid te nemen;
- Er wordt samengewerkt tussen professionals op basis van meer vertrouwen en een meer domein overstijgende visie op gezondheid.
- We verduurzamen onze zorg door inzet op ICT en technologie, waardoor we ook in een vergrijzende samenleving de oplopende zorgvraag aankunnen.

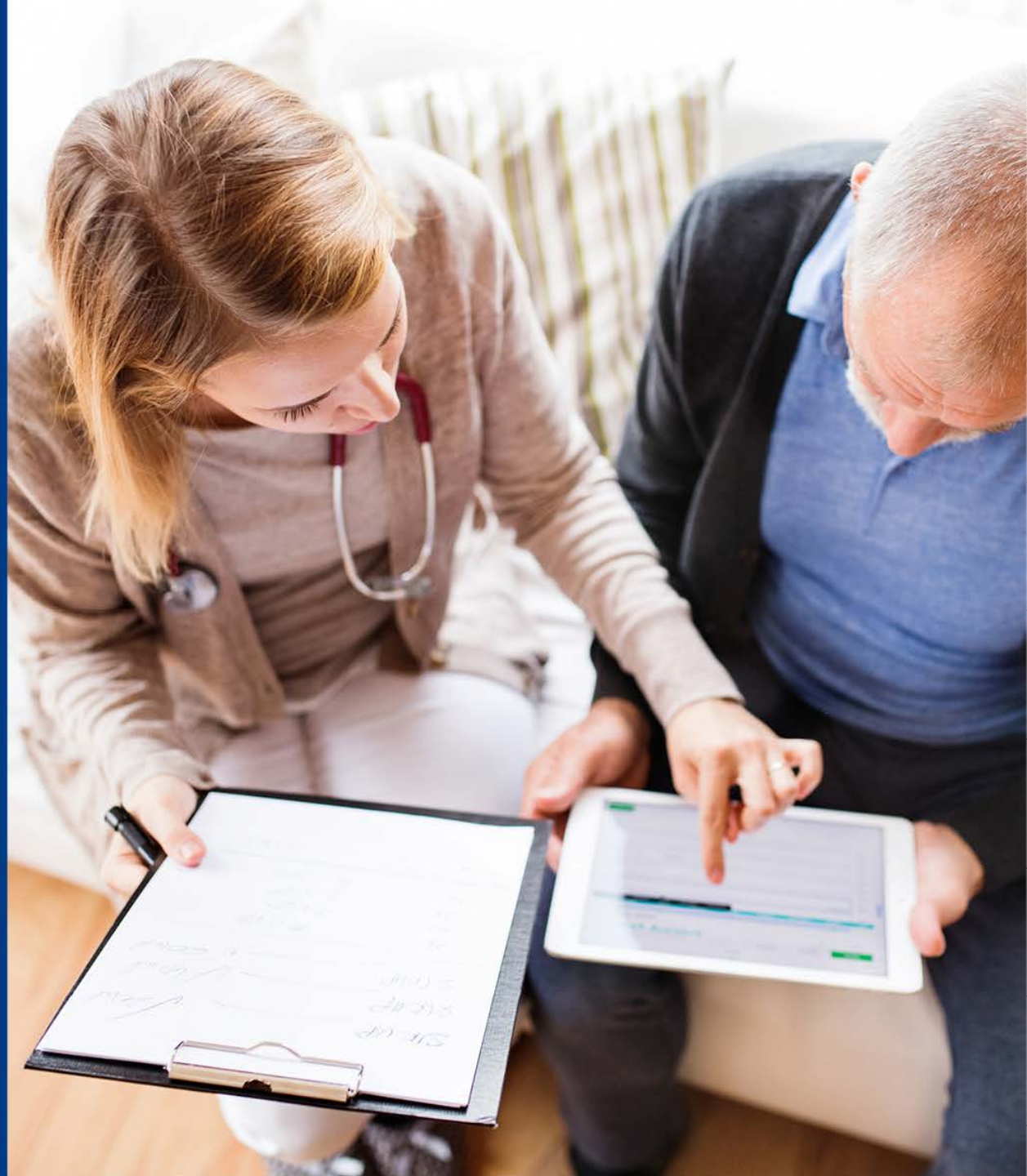
Op basis van bovenstaande hebben we dan ook alle vertrouwen in een set goede afspraken in de hoofdlijnakkoorden en gaan ervan uit met deze rapportage een bijdrage hieraan te leveren. We danken alle betrokken partijen voor hun input en medewerking.

KPMG Health, Maart 2018



Hoofdstuk 1

Inleiding



Aanleiding van het onderzoek

Zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiënten en de overheid zien in ‘de juiste zorg op de juiste plek’ potentie om de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg verder te verbeteren. Dit houdt in meer zorg op maat, dichtbij de patiënt, met meer ruimte voor principes als eigen regie en zelfmanagement.

Er zijn lokaal en regionaal voorbeelden waarin de juiste zorg op de juiste plek is gerealiseerd, maar een brede beweging tekent zich nog niet af. Zo geven sommige onderzoeken aan dat een deel van de zorg die momenteel in ziekenhuizen wordt geleverd eigenlijk ook thuis geleverd kan worden, en zien we dat e-health toepassingen onvoldoende opgeschaald worden.^{1,2} Belangrijke redenen zijn het ontbreken van de juiste financiële prikkels en van een gezamenlijke visie op juiste zorg op de juiste plek, maar ook de toenemende druk op praktijk van sommige aanbieders speelt parten.

Een landelijke impuls lijkt daarom nodig om de juiste zorg op de juiste plek realiteit te laten worden. In de tussenakkoorden 2018 is afgesproken dat, in aanloop naar de hoofdlijnakkoorden, de bepalende factoren voor de juiste zorg op de juiste plek onderzocht dienen te worden.³

KPMG heeft in dit kader een onderzoek uitgevoerd in opdracht van Actiz, InEen, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Patiëntenfederatie Nederland (PFN), Paramedisch Platform Nederland (PPN), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Branchevereniging Thuiszorg Nederland (BTN), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport

(VWS) zijn daarnaast aan de overlegtafel aangeschoven gedurende het onderzoek. Federatie Medisch Specialisten (FMS), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) zijn op bureau niveau geïnformeerd over het onderzoek. De looptijd van dit onderzoek was medio januari tot medio maart 2018.

Dit document beschrijft het resultaat van het onderzoek.

Onderzoeksvragen

De volgende onderzoeksvragen hebben we in dit onderzoek beantwoord:

1. Wat zijn de consequenties (gevolgen) van de juiste zorg op de juiste plek?
2. Welke condities (randvoorwaarden) zijn vereist voor de juiste zorg op de juiste plek?

Definitie “juiste zorg op de juiste plek”

In dit onderzoek hanteren we de volgende definitie van de “juiste zorg op de juiste plek”:

- Zinnig (gepast), aansluitend bij de richtlijnen;
- Toegankelijk voor iedereen die dat nodig heeft binnen de normen voor maximaal aanvaardbare wachttijden;
- Van dezelfde of betere kwaliteit te bepalen op basis van uitkomsten van zorg en ondersteuning op zowel klinisch niveau als op patiëntervaring;⁴
- Voor de laagst mogelijke integrale kosten.⁵

¹ No place like home, an analysis of medical care at home – revised edition, Gupta Strategists, 2017, zie [link](#)

² e-health monitor 2017, Nictiz en Nivel, 2017, zie [link](#)

³ Bestuurlijke akkoorden 2018 voor Paramedie, Wijkverpleging, MSZ en Huisartsenzorg/Multidisciplinaire zorg

⁴ Gemeten via patient reported outcome measures (PROM's) en/of patient reported experience measures (PREMs).

⁵ Integrale kosten zijn de kosten voor de directe en indirecte zorg en ondersteuning voor de gehele patiëntreis van de patiënt bekostigd vanuit Zvw, Wmo, Wlz en eigen bijdragen.

Inleiding

Scope van het onderzoek

De scope van het onderzoek behelst het hele spectrum van 0^e en 1^e lijns curatieve zorg en de interactie met medisch specialistische zorg, sociaal domein en langdurige zorg. Het spectrum van 0^e en 1^e lijns curatieve zorg bevat preventie, zelfmanagement, informele zorg, huisartsenzorg, paramedische zorg, wijkverpleging, multidisciplinaire zorg, eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg tot farmacie.

Buiten scope van dit onderzoek valt onderzoek naar de juiste zorg op de juiste plek voor de GGZ, binnen de medisch specialistische zorg zonder direct raakvlak met de 1^e of 0^e lijn en onderzoek naar cijfers en trends op macroniveau.

In dit onderzoek beschrijven we de condities (randvoorwaarden) voor juiste zorg op de juiste plek op het vlak van ICT en informatie-uitwisseling op hoofdlijnen. Een diepgaande analyse van hoe deze condities met betrekking tot ICT en informatie-uitwisselingen gerealiseerd kunnen worden is echter buiten scope. Dit vraagstuk wordt namelijk aan de tafel van het Informatieberaad Zorg uitgewerkt.¹

Hiernaast vallen andere factoren die tegelijkertijd ook invloed hebben op de parameters waarin de consequenties (gevolgen) van juiste zorg op de juiste plek worden uitgedrukt buiten scope van dit onderzoek. Denk hierbij demografische trends, bijvoorbeeld de toenemende zorgzwaarte door vergrijzing en toenemende ongezonde leefstijl, maar ook aan beleid, zoals decentralisatie, substitutie en de afbouw van ziekenhuisbedden en verzorgingshuizen. Hiervoor verwijzen we naar het onderzoek dat door VWS/ MEVA wordt uitgevoerd.

Leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd:

- In hoofdstuk 2 wordt de aanpak van het onderzoek beschreven;
- In hoofdstuk 3 worden de resultaten van de vijf verschillende persona's per persona beschreven;
- Hoofdstuk 4 bevat de consequenties (gevolgen) van juiste zorg op de juiste plek op de benodigde personele capaciteit, benodigde inspanning van de patiënt/mantelzorger en huisvesting;
- Hoofdstuk 5 bevat de condities (randvoorwaarden) voor de juiste zorg op de juiste plek. Hiernaast bevat hoofdstuk 5 ook onze aanbevelingen richting de hoofdlijnakkoorden om deze condities te realiseren;
- In bijlage 1 staat de methode om tot de consequenties te komen beschreven;
- In bijlage 2 t/m 6 staan de karakteristieken en gewenste patiëntreis per persona beschreven;
- In bijlage 7 staat een lijst met alle door de betrokken partijen aangeleverde goede voorbeelden van juiste zorg op de juiste plek. Ook geven we in bijlage 7 aan welke goede voorbeelden voor welke patiëntreizen als input hebben gediend en welke goede voorbeelden nader uitgewerkt zijn in hoofdstuk 3;
- Bijlage 8 toont een overzicht van personen die voor dit onderzoek zijn geïnterviewd.

¹ Website van het Informatieberaad Zorg, zie [link](#)



Hoofdstuk 2

Aanpak



Aanpak van het onderzoek op hoofdlijnen

Op deze pagina lichten we de aanpak van het onderzoek op hoofdlijnen toe. Op de volgende pagina's van dit hoofdstuk gaan we hier in meer detail op in.

Kanteling naar het patiëntperspectief

Eén van de uitgangspunten van het onderzoek is dat het patiëntperspectief leidend is. We hebben ons daarom in het onderzoek niet primair gefocust op de aanbieders, maar hebben een kanteling naar het patiëntperspectief gemaakt door te focussen op patiëntreizen (zie figuur onder). Hierbij kijken we naar de reis van de patiënt over de verschillende domeinen heen. We hebben gewenste patiëntreizen waar de juiste zorg op de juiste plek wordt geleverd in kaart gebracht door middel van zogenaamde 'persona's': casuïstiek van echte mensen die de juiste zorg op de juiste plek tot leven brengen en onze analyses feitelijk én aansprekend maken. In totaal hebben we voor vijf persona's de gewenste patiëntreizen uitgewerkt in het

onderzoek (zie overzicht onderaan deze pagina).

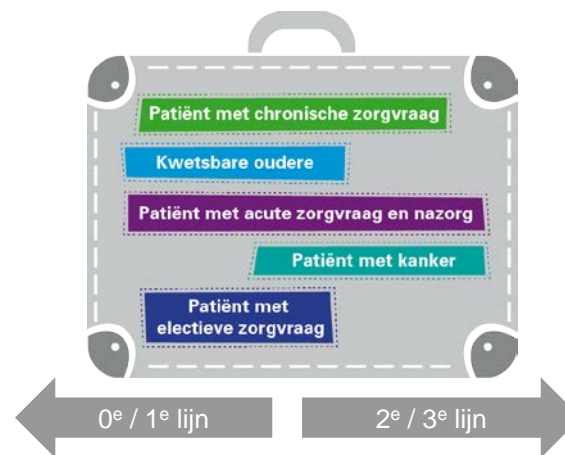
Vertaling naar de praktijk levert consequenties en condities op

Na uitwerking van de gewenste patiëntreis per persona hebben we het beeld weer gekanteld naar de huidige praktijk. Op basis van de gewenste patiëntreis hebben we een semi-kwantitatieve schatting gemaakt van de consequenties (gevolgen) van juiste zorg op de juiste plek op de benodigde personele capaciteit en op de benodigde inspanningen van de patiënt/mantelzorg. Daarnaast hebben we de condities (randvoorwaarden) voor juiste zorg op de juiste plek op basis van de gewenste patiëntreizen en de onderliggende goede voorbeelden van juiste zorg op juiste plek in kaart gebracht en hebben we onderzocht welke van die condities op dit moment nog niet ingevuld zijn.

Niet primair focus op losse aanbieders



Focus op patiëntreizen (incl. relatie tot sociaal domein en Wlz)



Conceptueel kader voor de opdracht

Conceptueel kader

Tijdens de opdracht hebben we een conceptueel kader gehanteerd. Dit conceptueel kader omvat:

1. De definitie van juiste zorg op de juiste plek;
2. De selectiecriteria van de patiëntreizen;
3. De selectiecriteria van de persona's.

1. Definitie juiste zorg op de juiste plek

De definitie van juiste zorg op de juiste plek is beschreven in hoofdstuk 1 (p. 14).

2. Selectiecriteria patiëntreizen

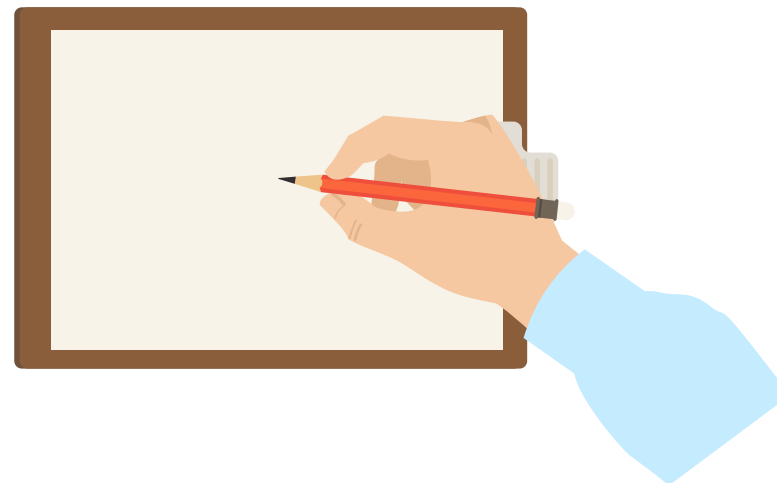
De selectie van de vijf patiëntreizen is gebaseerd op de volgende selectiecriteria:

- De patiëntreizen vallen in de scope van de opdracht (zie p.15);
- De patiëntreizen zijn onderscheidend (geen of nauwelijks overlap tussen patiëntreizen);
- Er worden veranderingen verwacht in het kader van juiste zorg op de juiste plek met significante impact op de inrichting van de het zorglandschap.

3. Selectiecriteria van persona's

Vervolgens hebben we per patiëntreis een persona geselecteerd waarvoor we een gedetailleerde gewenste patiëntreis beschrijven volgens de uitgangspunten van de juiste zorg op de juiste plek. Voor het selecteren van de persona's hebben we het volgende selectie criterium gebruikt:

- De persona is representatief voor een groot deel van de patiëntreis. Hiermee bedoelen we dat de zorgvraag van de persona (enigszins) representatief is voor andere aandoeningen binnen de desbetreffende patiëntreis.



Selectie van patiëntreizen en persona's

Selectie van patiëntreizen

De patiëntreizen zijn geselecteerd op basis van de selectiecriteria zoals beschreven op de vorige pagina. Vervolgens zijn deze patiëntreizen getoetst met de projectgroep. De resulterende patiëntreizen kunt u in het overzicht hieronder vinden.

Selectie van persona's

De selectie van de persona per patiëntreis hebben we in eerste instantie

gebaseerd op de prevalentie van bepaalde aandoeningen. Vervolgens hebben we nader onderzoek gedaan naar bepaalde kenmerken die veel voorkomen binnen de groep, zoals geslacht, sociaaleconomische status, en risicofactoren zoals roken of alcohol. Op basis van deze informatie hebben we een veelvoorkomend profiel van een patiënt met een bepaalde zorgvraag beschreven. Het overzicht hieronder omvat een korte beschrijving van deze kenmerken. Een gedetailleerde uitwerking van de persona's vindt u in bijlagen 2 tot en met 6. Hierin zijn ook de gebruikte bronnen opgenomen waarmee we tot de personabeschrijving zijn gekomen.

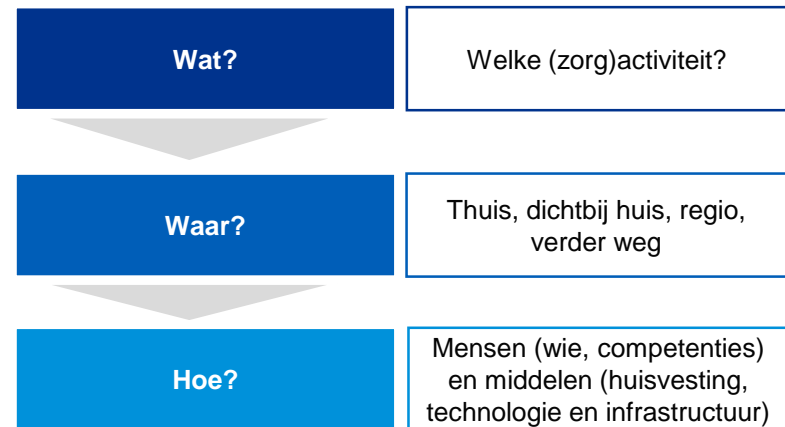
	Patiëntreis	Kenmerken	Diagnose	Leeftijd / Geslacht	Ranking ziektelast (DALY's) ¹	Ranking meest voorkomend (aantal patiënten) ¹
1	Chronische zorgvraag	Roker, obees, werkeloos, lage SES	COPD en Diabetes	65 ♂	<ul style="list-style-type: none"> Diabetes: #3 COPD: #4 	<ul style="list-style-type: none"> Diabetes: #3 COPD: #10
2	Kwetsbare oudere	Kwetsbaarheid (eenzaam, fragiel, vergeetachtig)	Multiproblematiek	80 ♀	<ul style="list-style-type: none"> - 	<ul style="list-style-type: none"> -
3	Acute zorgvraag en nazorg	Gepensioneerd, thuiswonend met echtgenoot	Beroerte	74 ♀	<ul style="list-style-type: none"> #3 	<ul style="list-style-type: none"> Niet in top 10
4	Patiënt met kanker	Doktersassistente; Gezin met kinderen	Borstkanker	55 ♀	<ul style="list-style-type: none"> Niet in top 10 	<ul style="list-style-type: none"> Meest voorkomende kankersoort
5	Electieve zorgvraag	Administratiemedewerker; Gezin met kinderen	Hernia	40 ♂	<ul style="list-style-type: none"> #8 (nek- en rugklachten) 	<ul style="list-style-type: none"> #1 (nek- en rugklachten)

¹ Website Volksgezondheid Toekomstverkenning, zie [link](#)

Uitwerking van de patiëntreizen en vertaling naar condities en consequenties

Uitwerking patiëntreis

Na de selectie en beschrijving van de persona's hebben we per persona de gewenste patiëntreis uitgewerkt. Hiervoor hebben we nader onderzoek gedaan waarbij we richtlijnen, visiedocumenten, onderzoeksrapporten, protocollen, handreikingen en goede voorbeelden hebben geraadpleegd. Een overzicht van de goede voorbeelden van juiste zorg op de juiste plek en voor welke patiëntreizen deze als inspiratie hebben gediend vindt u in bijlage 7. Op basis van deze documenten hebben we een aantal ontwikkelingen geïdentificeerd die belangrijk zijn voor juiste zorg op de juiste plek. Deze ontwikkelingen hebben we verwerkt in het ontwerp van de gewenste patiëntreis, waar bij de "wat", "waar" en "hoe" zijn beschreven die de patiëntreis vormt (zie figuur rechts). De beschrijving van de gewenste patiëntreis hebben we getoetst bij de (achterbannen van de) betrokken partijen en bij professionals en patiënten. Op basis van deze interviews hebben we de gewenste patiëntreizen waar nodig aangescherpt. De resulterende gewenste patiëntreizen, inclusief de gebruikte bronnen, vindt u in bijlagen 2 tot en met 6. Zie voor een overzicht van de personen die we geïnterviewd hebben bijlage 8.



Analyse consequenties (gevolgen) van juiste zorg op de juiste plek

We hebben op basis van de gewenste patiëntreizen een schatting gemaakt van de consequenties (gevolgen) van juiste zorg op de juiste plek op de benodigde personele capaciteit en op de benodigde inspanning van de patiënt/mantelzorger. Voor deze schatting hebben we gebruik gemaakt van openbare databronnen en input vanuit zorgprofessionals en de betrokken partijen. Hierbij hebben we het verschil in de benodigde capaciteit in de gewenste situatie ten opzichte van de huidige situatie gerapporteerd. Vervolgens hebben we de resultaten van de vijf patiëntreizen geaggregeerd om tot de overkoepelende consequenties van juiste zorg op de juiste plek te komen. Een uitgebreide beschrijving van de gehanteerde bronnen en

rekenmethodiek vindt u in bijlage 1.

We hebben ervoor gekozen om de consequenties op de benodigde capaciteit semi-kwantitatief te rapporteren (op een schaal van – tot +) in plaats van kwantitatief (bijvoorbeeld in aantallen FTE's). Deze keuze is gebaseerd op het feit dat een dergelijke doorrekening van benodigde capaciteit voor juiste zorg op de juiste plek bestaat uit meerdere stappen (zie ook bijlage 1). Bij veel van deze stappen zit een kleine of grotere mate van onzekerheid over de realiteit van de cijfers; een onzekerheid die past bij de scope en looptijd van dit onderzoek. Het kwantitatief rapporteren van de benodigde capaciteit in FTE's leidt daarmee tot een risico op schijn nauwkeurigheid, iets wat we willen voorkomen in het traject richting de hoofdlijnakoorden. Onze bevindingen geven dus een indicatieve **richting** aan, niet meer dan dat.

Uitwerking van de patiëntreizen en vertaling naar condities en consequenties

In onze analyse zien we verder onzekerheid in hoeverre technologie een rol zal spelen in het ondersteunen van zelfmanagement en monitoring en daarmee een deel van de zorg richting de patiënt kan verplaatsen. Door technologie zou bijvoorbeeld de frequentie van fysieke monitoring door zorgverleners kunnen worden verminderd. Deze onzekerheid heeft niet te maken met de technologie (die heeft deze potentie nu al, en in de toekomst nog sterker), maar komt voort uit de mate waarin de zorg (en burger) technologie daadwerkelijk omarmt en onderdeel maakt van het primaire proces van zorgverlening.

Ook in het rapporteren van het potentieel van meer inzet van technologie op de consequenties op de benodigde personele capaciteit willen we het risico van schijnnaauwkeurigheid vermijden. Daarom kiezen we ervoor om het potentieel van meer inzet van technologie weer te geven middels een indicatieve richting.

Analyse condities (randvoorwaarden) voor juiste zorg op de juiste plek

In dit onderzoek hebben we gewenste patiëntreizen geformuleerd, o.a. op basis van goede voorbeelden van juiste zorg op de juiste plek (zie bijlage 7). Op basis van de gewenste patiëntreis hebben we een analyse per patiëntreis gemaakt met betrekking tot wat er nodig is om de patiëntreis in de praktijk te kunnen realiseren. Hierbij hebben we ook een analyse gemaakt van de condities benodigd voor het slagen van de goede voorbeelden beschreven in hoofdstuk 3, zie een overzicht van deze analyse in bijlage 7. Deze condities hebben we vervolgens getoetst en aangevuld met de betrokken partijen. De resulterende condities worden per persona op hoofdlijnen in hoofdstuk 3 weergegeven. Een meer gedetailleerde lijst met condities kunt u per persona vinden in bijlagen 2 tot en met 6.

Vervolgens hebben we, op basis van de condities behorende bij de persona's, een overkoepelende lijst van condities opgesteld die randvoorwaardelijk zijn om juiste zorg op de juiste plek in de breedte te

kunnen realiseren. Deze condities beschrijven we in hoofdstuk 5, waarbij we voor de condities die momenteel niet gerealiseerd zijn concrete aanbevelingen doen richting het hoofdlijnenakkoord.

Betrokkenheid stakeholders

Gedurende het onderzoek hebben we intensief samengewerkt met een projectgroep. De projectgroep bestond uit vertegenwoordiging van Actiz, InEen, KNGF, LHV, PFN, PPN, V&VN, ZN, BTN, KNMP, NZA, en VWS. Er hebben vier bijeenkomsten met de projectgroep plaatsgevonden. FMS, NFU, NVZ en ZKN zijn tijdens deze bijeenkomsten op bureau niveau geïnformeerd. In deze bijeenkomsten hebben we de aanpak van het onderzoek vastgesteld, middels een werksessie de condities voor zorg op de juiste plek nader geanalyseerd, en hebben we de rapportage besproken. Gedurende het project hebben de betrokken partijen een belangrijke bijdrage geleverd door het aanleveren van goede voorbeelden van zorg op de juiste plek, van namen van personen die we konden interviewen en door het faciliteren van de toetsing van de gewenste patiëntreizen bij hun achterbannen. Wij danken iedereen die hiermee een bijdrage aan dit onderzoek heeft geleverd.

Disclaimer bij het onderzoek:

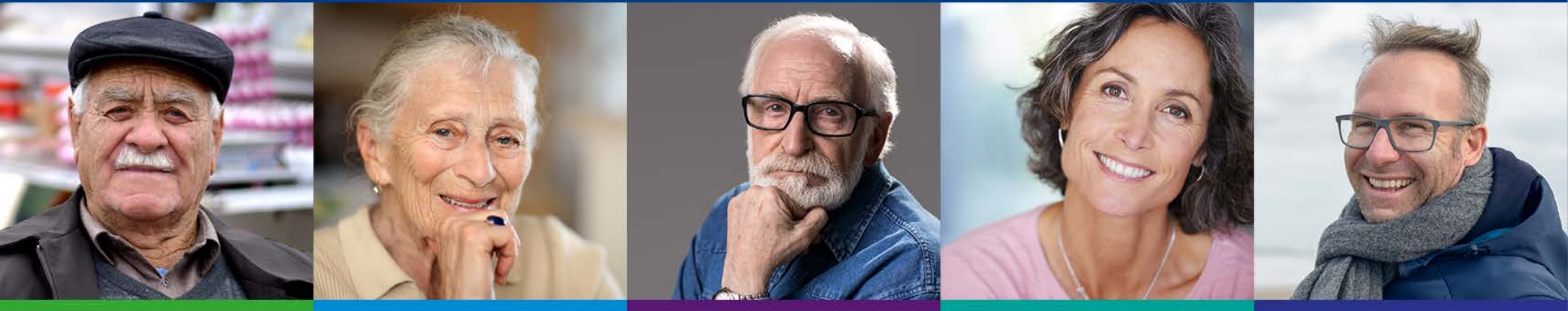
Dit onderzoek is gebaseerd op de uitwerking van de gewenste patiëntreizen voor vijf persona's. Hierbij hebben we getracht om zorg voor veelvoorkomende profielen in kaart te brengen. Deze selectie kan echter per definitie nooit de totale situatie van juiste zorg op de juiste plek omvatten. Daarvoor zouden we namelijk 17 miljoen patiëntreizen moeten uitwerken, omdat iedere persoon zijn eigen behoeften heeft.

De schattingen van de consequenties van zorg op de juiste plek vormen daarom een benadering van de totale situatie van zorg op de juiste plek. Ook voor condities is het mogelijk dat er condities zijn bij andere patiëntreizen die we in dit onderzoek niet in beeld hebben gekregen.



Hoofdstuk 3

Resultaten per persona



De resultaten per persona vormen de basis voor de consequenties (gevolgen) en condities (randvoorwaarden) van juiste zorg op de juiste plek

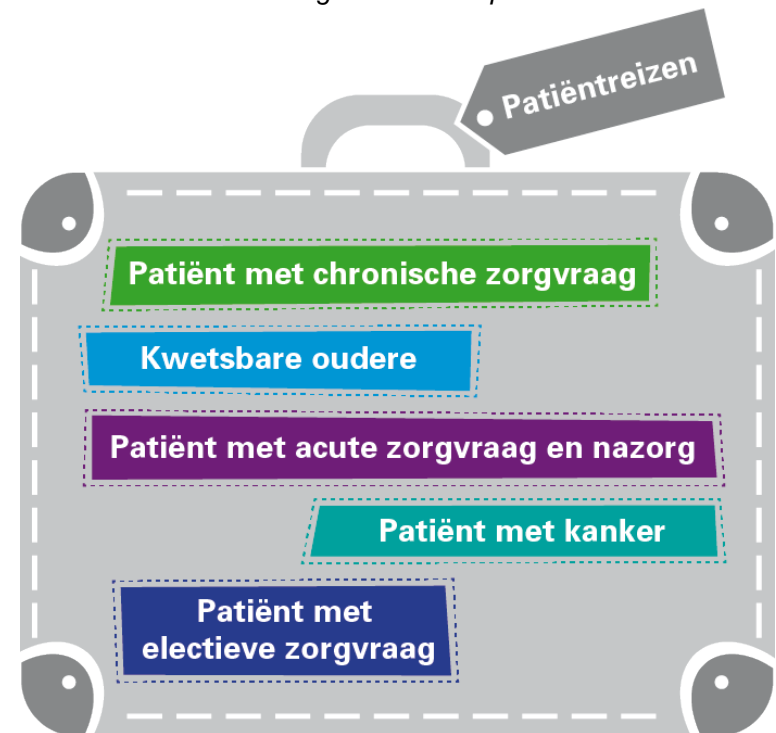
Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten voor de persona's en hun gewenste patiëntreizen en de bijbehorende consequenties (gevolgen) en condities (randvoorwaarden) per patiëntreis. De resultaten zijn voor in totaal vijf patiëntreizen beschreven (zie overzicht rechts).

In dit hoofdstuk is per patiëntreis het volgende onderzocht en beschreven:

- De ontwikkelingen die zijn verwerkt in de gewenste patiëntreis;
- Wat de gewenste patiëntreis oplevert voor patiënt en maatschappij;
- De consequenties (gevolgen) van de gewenste patiëntreis;
- De condities (randvoorwaarden) om de gewenste patiëntreis te kunnen realiseren;
- De vertaling van de consequenties en condities naar de 'hele' patiëntreis.

Hoofdstuk 4 en 5 bevatten een synthese van de consequenties (gevolgen) en condities (randwaarden) van juiste zorg op de juiste plek. De synthese is gebaseerd op de vijf persona's zoals beschreven in dit hoofdstuk. Hiermee vormen de resultaten in dit hoofdstuk dus de basis voor de conclusies en aanbevelingen in hoofdstuk 4 en 5.

Overzicht van de geselecteerde patiëntreizen





Persona

Patiënt met chronische zorgvraag



Resultaten persona "Patiënt met chronische zorgvraag"

Persona "Patiënt met chronische zorgvraag"

De persona "Patiënt met chronische zorgvraag" is een man van 65 jaar die COPD en diabetes type II heeft. De uitgebreide beschrijving van de kenmerken en zorgbehoefte van de man vindt u in bijlage 2 op p.68.

Focus van de patiëntreis

De focus van de patiëntreis van deze man ligt op behandeling van zijn aandoeningen, ondersteuning bij zelfmanagement en monitoring van zijn gezondheid en welzijn. Na analyse van goede voorbeelden van juiste zorg op de juiste plek (zie blauwe kaders en bijlage 7) in relatie tot deze persona zijn de volgende ontwikkelingen meegenomen in de uitwerking van de patiëntreis:

1. Meer oog voor de totale situatie van de persona en centrale coördinatie van zorg en ondersteuning;
2. De inzet van technologie en e-health in zelfmanagement en monitoring.

1. Meer oog voor de totale situatie van de persona en centrale coördinatie van zorg en ondersteuning

Het belang van oog voor de totale situatie van de persona wordt ondersteund door het voorbeeld Krachtige Basiszorg in Overvecht (zie kader rechts). In dit voorbeeld wordt zorg en ondersteuning op elkaar afgestemd en gecoördineerd vanuit een lokale visie op de organisatie hiervan en lokale afspraken hierover. In de gewenste patiëntreis vindt de coördinatie plaats door een coördinerend zorgverlener die de totale zorg en ondersteuning aan de persona overziet en coördineert. Dit kan bijvoorbeeld een praktijkondersteuner, praktijkverpleegkundige of een wijkverpleegkundige zijn (afhankelijk van lokale afspraken). De coördinerend zorgverlener is dus het centrale aanspreekpunt voor de patiënt. Deze wijze van coördinatie vindt op dit moment niet overal plaats. In de huidige ketenzorg wordt de relatie met sociaal domein bijvoorbeeld nog niet duidelijk gelegd.

Voorbeeld Krachtige Basiszorg in Overvecht

Achtergrond

Krachtige basiszorg is in 2014 - 2016 door het 1^o lijns samenwerkingsverband Overvecht Gezond en de Buurteamorganisatie Sociaal ontwikkeld en geïmplementeerd in de wijk Overvecht in Utrecht. De missie en strategie: de beweging van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag, het uitgaan van eigen regie en kracht van de inwoners en positieve gezondheid.

Doelgroep

Bewoners met hoge gezondheidsrisico's en problematiek in meerdere domeinen. Focus op de 15-20% inwoners met hoge gezondheidsrisico's en/of hoge zorgkosten.

Wat houdt het concept in?

De samenwerking tussen het medische en sociale domein is het uitgangspunt. In de aanpak werken de huisartsenpraktijk en het buurtteam nauw samen in de begeleiding van een cliënt. Afhankelijk van de problematiek wordt ook afgestemd met andere 1^o lijns- en welzijn disciplines in de wijk zoals wijkverpleging, fysiotherapeuten, apothekers, psychologen, JGZ, beweeg- en sociaal makelaars en informele zorg. En daarnaast ook met specialisten uit de 2e lijn, verbonden aan de wijk. De kernelementen van Krachtige basiszorg zijn:

- Sturing op maatwerk in de interactie met de cliënt en inzet van zorg en ondersteuning;
- Sturen op domeinoverstijgende samenwerking;
- Efficiënte en effectieve samenwerking;
- Versterking van de medische en sociale basiszorg met laagdrempelig op- en afschalen van specialisten;
- Inzet op preventie, activering en positieve gezondheid.

Wat kost het?

- Extra bekostiging van 25% voor de huisartsenzorg;
- Precieze bedragen van ontvangen subsidies etc. voor het opzetten van Krachtige Basiszorg is niet bekend bij KPMG.

Wat levert het op? Resultaten 2012 t.o.v. 2015/2016

- Toename van de ervaren gezondheid (van 4,7 naar 6,1);
- Een stijging van het aantal inwoners dat voldoet aan de beweegnorm (van 53% naar 59%), dit is een sterkere stijging dan voor gemiddeld Utrecht;
- Er was sprake van verlaging van €26 per persoon op de poliklinische zorg;
- Een daling in de totale GGZ kosten per inwoner. In 2014 waren de totale GGZ kosten per inwoner 15% hoger dan verwacht, terwijl dit in 2015 was gedaald naar 6% hoger dan verwacht;
- Verbetering in doelmatig voorschrijven van medicatie.

Bron:

Overzicht resultaten Krachtige basiszorg in Utrecht Overvecht, Overvecht Gezond, Concept versie 01-02-2018

Resultaten persona "Patiënt met chronische zorgvraag"

2. De inzet van technologie en e-health in zelfmanagement en monitoring

Technologie ten behoeve van zelfmanagement en monitoring wordt op dit moment te beperkt gebruikt in de chronische zorg. Goede voorbeelden zoals COPD in Beeld laten zien dat hier meer mogelijk is in het kader van de juiste zorg op juiste plek (zie kader rechts). Technologie kan de patiënt ondersteunen in het verkrijgen van meer eigen regie op zijn gezondheid. Daarnaast biedt het mogelijkheden om het aantal vaste controlemomenten te reduceren omdat er meer continue monitoring van de gezondheid en het welzijn van de patiënt plaatsvindt, en automatische alarmering zorgverleners van afwijkingen op de hoogte stelt.

De volledige beschrijving van de gewenste patiëntreis vindt u in bijlage 2 op p.68.

Wat levert de patiëntreis op?

De gewenste patiëntreis levert de volgende zaken op voor de patiënt en de maatschappij, ondersteund door de resultaten van de voorbeelden:

- Een betere ervaring van kwaliteit van zorg en ondersteuning omdat deze op elkaar is afgestemd, soepel verloopt en zoveel mogelijk dicht bij huis is;
- Een beter ervaren gezondheid en welzijn;
- Meer eigen regie over gezondheid en welzijn (kwaliteit van leven);
- Eerder signaleren van risico op complicaties en daarmee voorkomen van complicaties voor de patiënt;
- Voorkomen van (spoed)opnames en doorverwijzingen.

Voorbeeld COPD InBeeld

Achtergrond

Slingeland Ziekenhuis, Sensire en FocusCura bieden samen de dienst COPD InBeeld aan. Een pilot van de dienst, die sinds 2010 loopt, werd bekostigd door het Slingeland Ziekenhuis en Sensire. Vanwege de goede resultaten heeft Menzis besloten de financiering vanaf 2017 over te nemen. Daarmee wordt deze innovatieve longzorg vergoed voor alle longpatiënten in de regio die daar baat bij hebben. Deze ontwikkeling heeft grote gevolgen voor het zelfmanagement van COPD-patiënten.

Doelgroep

Patiënten met COPD.

Wat houdt het concept in?

Via de nieuwe dienst COPD InBeeld worden COPD-patiënten op afstand gemonitord door het ziekenhuis en de thuiszorg. Dankzij COPD InBeeld hoeven longpatiënten minder vaak naar het ziekenhuis voor controles en behandelingen. Via apps houden zij zelf hun gezondheid in de gaten. Hun waarden worden op afstand gecontroleerd door verpleegkundigen van Sensire's medisch service center, de longverpleegkundige van Sensire en de verpleegkundig specialist van het Slingeland Ziekenhuis. Wie een verhoogd risico heeft, onzeker is of vragen heeft, kan ook altijd videocontact opnemen. Hiervoor worden de apps cVitals en cContact van FocusCura gebruikt.

Wat kost het?

Totale extra kosten COPD InBeeld is €60 per patiënt.

Wat levert het op?

- Gemiddelde verbetering van ervaren kwaliteit van zorg met 68%;
- Reductie van het aantal ligdagen met 28%;
- Reductie van het aantal SEH-bezoeken met 26%;
- 80% van deze populatie adviseert cVitals telemonitoring aan anderen;
- Afname kosten COPD InBeeld is €115 per patiënt, waardoor er een besparing van €55 per patiënt is. De totale besparing voor Nederland zou €6,6 miljoen zijn.

Het initiatief HartWacht van FocusCura laat zien dat voor hartfalen vergelijkbare tot betere resultaten ten aanzien van verbetering ervaren kwaliteit (81%) en het aanraden van cVitals aan anderen (88%). Daarnaast daalde het aantal uren thuiszorg met 11% in het 'blended' care model van Meander Zuid-Limburg, waarin ook technologische hulpmiddelen zoals cContact worden ingezet.

Bronnen:

Behandeling voor chronische longpatiënten voortaan grotendeels thuis, Persbericht FocusCura, 7 november 2016. *Playbook, de toekomst van de zorg vraagt om actie*, Menzis en FocusCura, 2018. *Ziekenhuiszorg in cijfers*, NVZ, 2017

Resultaten persona "Patiënt met chronische zorgvraag"

Voorbeeld 'Meer tijd voor patiënten' in huisartsenpraktijk in Afferden

Achtergrond

Voor de LHV zijn praktijkverkleining en meer tijd voor de patiënt de belangrijkste speerpunten geworden. Middels praktijkverkleining komt er ruimte voor de extra taken die de huisartsen erbij hebben gekregen en de toename van het aantal contacten per patiënt per jaar. Een huisartsenpraktijk in Afferden heeft in samenwerking met VGZ en zorggroep Syntein een programmavoorstel uitgewerkt in het kader van het Netwerk Positieve Gezondheid Noordelijke Maasvallei.

Doelgroep

Huisartspraktijken

Wat houdt het concept in?

De praktijkgrootte werd teruggebracht van 2300 naar 1810 patiënten per fulltime huisarts door een waarnemer aan te stellen voor 2 dagen per week. De huisartsen hadden hierdoor meer tijd per patiënt. VGZ bekostigde de 0,4 fte toename in praktijkbezetting. Verrichtingen werden niet meer gedeclareerd; er werd een vast bedrag per patiënt afgesproken op basis van de omzetcijfers over 2015. De huisartsen hadden wekelijks een bespreking om de verwijzingen van afgelopen week onderling te bespreken. De praktijkmedewerkers en het sociale team van de gemeente werden geschoold in 'positieve gezondheid'. Er was sprake van nauwe samenwerking tussen de huisarts en het sociale team van de gemeente, om het medische circuit te vermijden.

Wat kost het?

(Nog) onbekend bij KPMG.

Wat levert het op?

- Het aantal verwijzingen per 1000 patiënten neemt af met 25%;
- Meer tijd voor de patiënt:
 - Komt de kwaliteit van zorg ten goede;
 - Verbetert patiënttevredenheid;
 - Vermindert de werkdruk;
 - Werkt kostenbesparend doordat minder patiënten doorverwezen worden.

Bronnen:

Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen; Jung et al, Huisarts en wetenschap, maart 2018. Zie

[link](#)

Resultaten persona "Patiënt met chronische zorgvraag"

Consequenties van juiste zorg op juiste plek in de praktijk

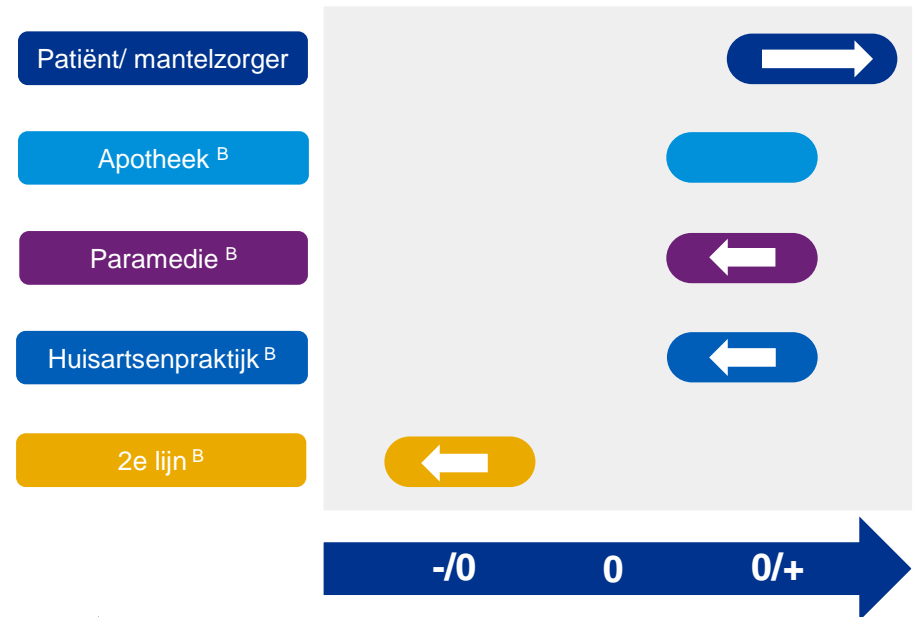
De figuur aan de rechterzijde van deze pagina geeft de beweging weer in benodigde capaciteit van de patiënt/mantelzorgers en zorgprofessionals voor juiste zorg op de juiste plek.

Dit onderzoek toont dat voor de juiste zorg op de juiste plek voor patiënten met COPD en / of diabetes waarschijnlijk meer en/of efficiëntere inzet van een aantal professionals nodig is. Dit geldt voor de apotheek en paramedici. In de gewenste patiëntreis worden paramedici, zoals de diëtist en de oefen- en fysiotherapeut, waarschijnlijker vaker ingezet voor secundaire / zorggerelateerde preventie. Verder verdient het aanbeveling te onderzoeken of meer multi-inzetbare professionals kunnen worden opgeleid: bijvoorbeeld een fysiotherapeut die ook dieet advies geeft, etc. In de persona beschrijving wordt duidelijk dat veel professionals – elk met de beste intenties – bij de patiënt over de vloer komen, hetgeen afstemmingsrisico's met zich meebrengt die de effectiviteit van de zorg verminderen.

Voor de apotheek zit de ingeschatte additioneel benodigde capaciteit in multidisciplinaire afstemming. Voor de huisartsenpraktijk tekent zich een beweging af waarbij er meer professionals nodig lijken te zijn. Voor de praktijkondersteuners ligt de oorzaak van de mogelijke capaciteit voornamelijk in de taken behorende bij het coördinerend zorgverlenerschap. Voor de huisarts is dit voornamelijk meer multidisciplinaire afstemming.

Voor de huisartsen, praktijkondersteuners, paramedici en 2^e lijn zien we dat deze beweging kan worden gedempt door slimmer en meer gebruik te maken van technologie, voornamelijk bij het monitoren van patiënten. Het monitoren kan potentieel (een deel van) de reguliere fysieke controles vervangen, en ervoor zorgen dat er eerder, en dus ook minder intensief, ingegrepen kan worden. We verwachten dat voor professionals in de apotheek technologie zeker een rol gaat spelen in hun contact met de patiënt, maar dat dit niet direct leidt tot minder benodigde tijd per patiënt.

Consequenties van gewenste patiëntreis van de persona "Patiënt met chronische zorgvraag" op de benodigde personele capaciteit van zorgprofessionals en de patiënt/mantelzorgers^A



➔ Verwachte invloed van investeren in technologie (naast investeren in mensen) op de benodigde personele capaciteit

^A Personele capaciteit weergegeven in afname (-), toename (+) en geen wijziging (=) t.o.v. huidige situatie.

^B Onder apotheek vallen zowel de apotheker als apothekersassistent. Onder paramedie vallen de diëtist en oefen- en fysiotherapeut. Onder huisartsenpraktijk vallen de huisarts en POH. Onder 2^e lijn vallen medisch specialisten en 2^e-lijns verpleegkundigen.

Resultaten persona “Patiënt met chronische zorgvraag”

Naast benodigde capaciteit van professionals heeft juiste zorg op de juiste plek ook consequenties voor de patiënt/mantelzorger. Deze zal, vooral bij meer inzet van technologie, middels zelfzorg een groter deel van de geleverde zorg op zich nemen.

De gewenste patiëntreis voorkomt verwijzingen en complicaties bij COPD en/of diabetes patiënten, waarmee minder capaciteit voor deze zorg nodig is in de 2^e lijn.

Zoals eerder aangegeven is de inschatting van het exact aantal FTE niet mogelijk en gaat het om een richting.

Conditie om juiste zorg op de juiste plek te kunnen realiseren

De belangrijkste condities om de gewenste patiëntreis voor de persona “Patiënt met chronische zorgvraag” in de praktijk te faciliteren en/of te realiseren zijn:

- Burgers en voldoende professionals die goed zijn toegerust op nieuwe ontwikkelingen. Denk hierbij specifiek aan opleiding en nascholing op gebied van ondersteuning van zelfmanagement en -regie van de patiënt, samenwerking en inzet technologie;
- De juiste organisatiegraad en infrastructuur, zodat professionals worden ondersteund in de samenwerking en opschaling;
- Beschikbaarheid en inzet van technologie. Dit is belangrijk voor de ondersteuning van monitoring van de patiënt. Hierbij is de stap van pilots naar landelijke opschaling cruciaal;
- ICT die over grenzen heen werken mogelijk maakt;
- Prikkels die op zijn minst niet hinderen, zodat samenwerking wordt ondersteund en wordt ingezet op secundaire / zorggerelateerde preventie;

- Leiders die over hun schaduw heen stappen. Er wordt een actieve rol voor ziekenhuizen verwacht in de verschuiving van chronische zorg van het ziekenhuis naar de 1^e lijn, dit vraagt ook om leiderschap richting afbouw van deze zorg in de 2^e lijn.

Voor de gehele lijst met condities voor deze persona, zie bijlage 2, p. 68.

Vertaling van consequenties en condities van deze persona naar de patiëntreis “Patiënt met chronische zorgvraag”

Diabetes en COPD nemen gezamenlijk ongeveer een derde van alle kosten voor chronische ziekten voor hun rekening (€ 3,2 miljard van in de in totaal ca. € 10 miljard).¹ Andere chronische ziektes, zoals bijv. hartfalen of Parkinson hebben ieder unieke kenmerken, en dus is een één op één vertaling vanuit de persona naar alle chronische ziekten niet mogelijk. Zo blijkt bij Diabetes dat een groot deel van de zorg reeds verplaatst is van de 2^e lijn naar de ketenzorg / 1^e lijn. Dit is mogelijk nog minder het geval voor andere chronische aandoeningen, waar minder tijd en aandacht is geweest voor deze beweging. Wel zien we dat de onderliggende trends van de beschreven patiëntreis ook van toepassing zijn voor andere chronische ziekten:

- Meer oog voor de totale situatie van de persona en centrale coördinatie van zorg en ondersteuning;
- Meer inzet van technologie en e-health in zelfmanagement en monitoring.²

We gaan er vanuit de beschreven consequenties en condities voor de persona met COPD en diabetes voor een groot deel transleren naar de andere chronische ziekten.

¹ RIVM, cijfers uit 2011, zie [link](#).

² Bijvoorbeeld ook voor hartfalen beschikbaar met Hartfalen in Beeld, Menzis en FocusCura, Playbook, de toekomst van de zorg vraagt om actie, 2018



Persona

Kwetsbare oudere



Resultaten persona “Kwetsbare oudere”

Persona “Kwetsbare oudere”

De persona “Kwetsbare oudere” is een vrouw van 85 jaar waarbij sprake is van multiproblematiek. De uitgebreide beschrijving van de kenmerken en zorgbehoefte van de vrouw vindt u in bijlage 3 op p. 77.

Focus van patiëntreis

De focus van de patiëntreis van deze vrouw ligt op vroegsignalering en vroegtijdig handelen, het uitstellen/verminderen van kwetsbaarheid en het uitstellen/voorkomen van complicaties. Na analyse van goede voorbeelden (zie blauwe kaders en bijlage 7) van juiste zorg op de juiste plek in relatie tot deze persona zijn de volgende ontwikkelingen meegenomen in de uitwerking van de patiëntreis:

1. Een persoonsgerichte, integrale multidomein aanpak met centrale coördinatie van zorg en ondersteuning;
2. Ondersteuning op maat om zo lang mogelijk thuis te wonen waarbij technologie ingezet kan worden.

1. Een persoonsgerichte, integrale multidomein aanpak met centrale coördinatie van zorg en ondersteuning

In de gewenste situatie is er een persoonsgerichte aanpak, waarbij er (net als bij de chronische persona) oog is voor de totale situatie van de persona. Middels samenwerkingsafspraken tussen het sociaal domein, de 1^e lijn, de specialisten uit het ziekenhuis en wijkverpleegkundige is er sprake van maatwerk. Het belang van meer oog voor de totale situatie van de persona wordt ondersteund door het voorbeeld Krachtige Basiszorg in Overvecht zoals beschreven bij de persona chronisch (zie voorbeeld p. 25). In de gewenste patiëntreis vindt de coördinatie plaats door een coördinerend zorgverlener die de totale zorg en ondersteuning aan de persona overziet en coördineert.

Voorbeeld Samen in de Stad in Utrecht

Achtergrond

Samen in de Stad is in 2013 in één wijk van Utrecht begonnen om te anticiperen op de veranderingen in de (ouderen)zorg. Samen in Stad is samen met wijkbewoners en de welzijnsorganisaties in de stad Utrecht opgezet. Inmiddels is Samen in de Stad geïmplementeerd in alle wijken van de stad Utrecht; het is nu een regulier programma geworden. Samen in de Stad bouwt sociale netwerken voor ouderen.

Doelgroep

Oudere (65+) buurtbewoners

Wat houdt het concept in?

Samen in de Stad heeft als doel ouderen in verschillende wijken in staat te stellen zo lang mogelijk zelfstandig te wonen. Samen in de Stad zorgt dat organisaties in de wijk samenwerken voor ouderen. Er worden verbindingen gelegd tussen organisaties en informele en formele hulp in de buurt. Hierbij wordt vraag en aanbod van informele hulp gestimuleerd. Samen in de stad is erop gericht om ouderen te versterken en biedt hen de mogelijkheid om een sociaal netwerk te creëren, vast te houden of uit te breiden. Dit voorkomt eenzaamheid en zorgt voor een sociaal vangnet. Daarnaast wordt veel praktische hulp geboden aan ouderen.

Wat kost het?

Niet bekend bij KPMG.

Wat levert het op?

- Voorkomen eenzaamheid bij ouderen en het bouwen van een sociaal vangnet;
- (Vroeg) opvangen van signalen en het hiermee identificeren van mogelijk hulpbehoevende ouderen;
- Verplaatsen delen van zorg en ondersteuning van formele organisaties naar informele hulp.

Bronnen:

Samen in de stad, zie [link](#)

Vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen: wat is nodig om beter aan te sluiten bij hun wensen en behoeften? Factsheet RIVM, juli 2016

Resultaten persona “Kwetsbare oudere”

2. Ondersteuning op maat om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen waarbij technologie ingezet kan worden.

Het is van belang om (kwetsbare) ouderen te faciliteren om veilig langer thuis te wonen. Hierbinnen is een grote rol weggelegd voor het sociaal domein om per wijk voorzieningen te organiseren om aan de diverse behoeften van ouderen te voldoen. Het voorbeeld Samen in de Stad (zie voorbeeld p. 31) illustreert de kracht van samenwerking tussen verschillende organisaties in een wijk voor ouderen. Daarnaast biedt technologie, zoals domotica, mogelijkheden om ouderen veilig en comfortabel oud te laten worden in hun eigen huis. Er kan (indien gewenst) over de schouder meegekeken worden en ingegrepen indien nodig. Goede voorbeelden zoals VerzorgingsThuis laten zien dat hier meer mogelijk is in het kader van de juiste zorg op juiste plek (zie kader rechts).

De volledige beschrijving van de gewenste patiëntreis vindt u in bijlage 3 op p. 77.

Wat levert de patiëntreis op?

De gewenste patiëntreis levert de volgende zaken op voor de patiënt en de maatschappij, ondersteund door de resultaten van de voorbeelden:

- Een persoonsgerichte aanpak op maat waarbij zorg en welzijn is afgestemd op de behoeften op de verschillende domeinen van de oudere;
- Vroegtijdig signaleren waardoor er vroegtijdig gehandeld kan worden om ongewenste uitkomsten te verminderen of uit te stellen;
- Ondersteuning om ouderen langer in hun eigen huis te kunnen laten wonen;
- Samenwerkingsverbanden waarbij de organisatievormen aansluiten op wat er nodig is aan zorg.

Voorbeeld “VerzorgingsThuis”

Achtergrond

In 2017 is zorgorganisatie Cordaan met zorginnovatiebedrijf FocusCura begonnen met ‘Het VerzorgingsThuis’. Het doel is om ouderen in staat te stellen zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Vanaf 2018 is het in heel Amsterdam beschikbaar. Ouderen worden door een combinatie van slimme techniek en menselijke zorg preventief gemonitord waardoor risico’s in huis worden verkleind.

Doelgroep

Kwetsbare ouderen, waaronder ouderen met dementie

Wat houdt het concept in?

Een persoonlijke wooncoach, een zelflerend alarmsysteem in huis en een app voor zorgverleners en familieleden. De persoonlijke wooncoach is een vast aanspreekpunt voor alle zorg in huis. Die wordt ondersteund door een innovatief alarmsysteem met zelflerende sensoren die automatisch alarm kunnen slaan. De mobiele apps zorgen ervoor dat betrokken zorgverleners, familie en mantelzorgers op de hoogte blijven. Hierdoor worden de mogelijkheden voor passende zorg vergroot.

Wat kost het?

- “Enkele honderden euro’s per cliënt per jaar”, dit betaalt Cordaan in 2017 zelf;
- Onderhandelingen in 2017 met zorgverzekeraar Zilveren Kruis waren gaande;
- Onderzoekers hebben geen inzicht in huidige stand van zaken.

Wat levert het op?

- Volgens berekeningen van Cordaan in 2017 scheelt het ongeveer 20 duizend euro per persoon aan kosten voor zorg in het ziekenhuis en verpleeghuis;
- De mogelijkheid voor ouderen om langer zelfstandig te huis te wonen;
- Subtiele veranderingen worden vroegtijdig gesignaleerd waardoor er ook tijdig ingegrepen of proactief gehandeld kan worden, waardoor verwijzingen of opnames voorkomen kunnen worden en/of afnemen.

Bron:

Cordaan en FocusCura bouwen virtueel verzorgingshuis, 2017, zie [link](#)

Resultaten persona "Kwetsbare oudere"

Consequenties van juiste zorg op juiste plek in de praktijk

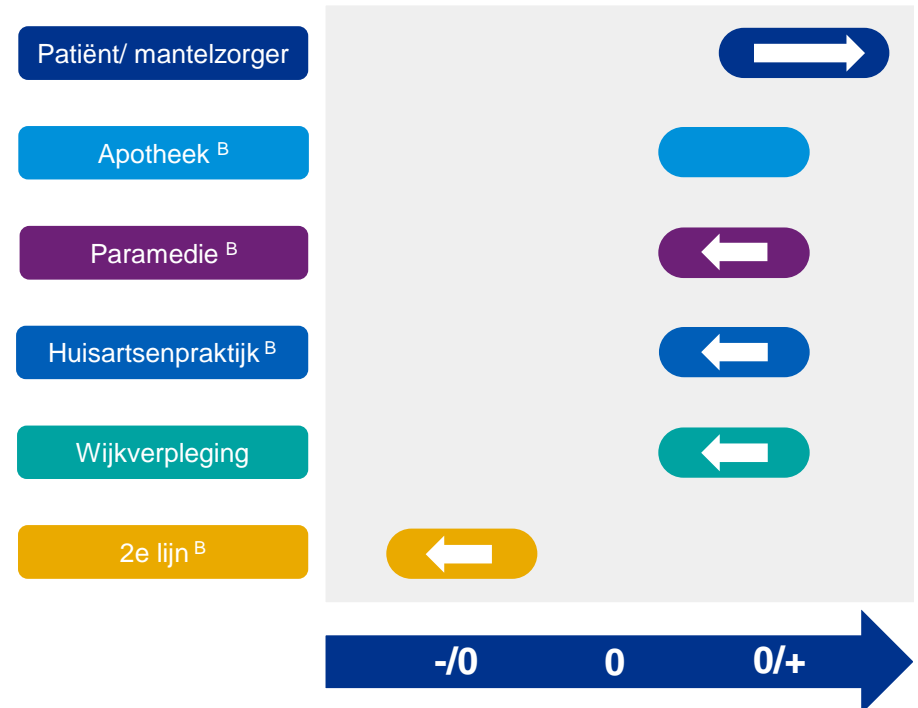
De figuur aan de rechterzijde van deze pagina geeft de beweging weer in benodigde capaciteit van de patiënt/mantelzorgers en zorgprofessionals voor juiste zorg op de juiste plek.

Dit onderzoek toont dat voor de juiste zorg op de juiste plek voor kwetsbare ouderen meer en/of efficiëntere inzet van een aantal professionals nodig is. Dit geldt voor de apotheek, huisartspraktijk, paramedici en wijkverpleging. Voor wijkverpleegkundigen ligt de oorzaak van de ingeschatte additioneel benodigde capaciteit in de taken behorende bij het coördinerend zorgverlenerschap. Voor de apotheek en de huisarts zit de ingeschatte additioneel benodigde capaciteit in multidisciplinaire afstemming. En voor paramedici ligt de oorzaak van de ingeschatte additioneel benodigde capaciteit in meer aandacht voor het verminderen van kwetsbaarheid en het voorkomen van complicaties.

Voor de huisartsen, praktijkondersteuners, paramedici, wijkverpleging en 2^e lijn zien we dat deze beweging kan worden gedempt door slimmer en meer gebruik te maken van technologie, voornamelijk bij het monitoren van patiënten. Het monitoren kan potentieel (een deel van) de reguliere fysieke controles vervangen, en ervoor zorgen dat er eerder, en dus ook minder intensief, ingegrepen kan worden. We verwachten dat voor professionals in de apotheek technologie zeker een rol gaat spelen in hun contact met de patiënt, maar dat dit niet direct leidt tot minder benodigde tijd per patiënt. Net als bij de vorige persona zal ook hier nagedacht moeten worden over meer multi-inzetbare professionals, bijvoorbeeld een verpleegkundige die zowel namens de huisartspraktijk, wijkverpleging als thuiszorg over de vloer komt, om zo meer integraliteit te creëren.

In de 2^e lijn verwachten we dat door preventie van kwetsbaarheid, vroegtijdig signaleren en proactief handelen de benodigde personele capaciteit per patiënt voor verwijzingen en opnames af kan nemen.

Consequenties van gewenste patiëntreis van de persona "Kwetsbare oudere" op de benodigde personele capaciteit van zorgprofessionals en de patiënt/mantelzorgers^A



^A Personele capaciteit weergegeven in afname (-), toename (+) en geen wijziging (=) t.o.v. huidige situatie.
^B Onder apotheek vallen zowel de apotheker als apothekersassistent. Onder paramedie vallen de diëtist, oefen- en fysiotherapeut en ergotherapeut. Onder huisartsenpraktijk vallen de huisarts en POH. Onder 2^e lijn vallen medisch specialisten en 2^e-lijns verpleegkundigen.

Resultaten persona “Kwetsbare oudere”

Naast consequenties op het gebied van personele capaciteit, verwachten we ook de consequenties voor de rol en positie van de patiënt en mantelzorger. De patiënt komt meer centraal te staan, de zorg wordt afgestemd op de behoeften van de patiënt (in de wijk) en op wat hij/zij nog wel zelf kan (positieve gezondheid). Mantelzorgers worden meer actief betrokken in het proces, hierbij kan domotica ondersteunen om op afstand te monitoren.

Zoals eerder aangegeven is de inschatting van het exact aantal FTE niet mogelijk en gaat het om een richting.

Conditie om juiste zorg op de juiste plek te kunnen realiseren.

De belangrijkste condities om de gewenste patiëntreis voor de persona “Kwetsbare oudere” in de praktijk te faciliteren en/of te realiseren zijn:

- Burgers en voldoende professionals die goed zijn toegerust op nieuwe ontwikkelingen. Hierbij moet in opleiding aandacht zijn voor multiproblematiek van kwetsbare ouderen en de rol van de verschillende domeinen in ondersteuning van de oudere. Ook aandacht voor samenwerking en de inzet van technologie is nodig;
- De juiste organisatiegraad en infrastructuur. Samenwerking tussen alle verschillende partijen die bij deze persona betrokken zijn vragen om goede afstemming en organisatie. De beschikbaarheid van ELV-bedden kan ondersteunen om de oudere uit het ziekenhuis te houden;
- Beschikbaarheid en inzet van technologie zoals domotica om de patiënt thuis te kunnen monitoren;
- ICT die over grenzen heen werken mogelijk maakt;
- Prikkels die op zijn minst niet hinderen en samenwerking tussen partijen bevorderen. Ontschotting, bijvoorbeeld door poolen van budgetten, kan dit ondersteunen;
- Leiders die over hun schaduw heen stappen. Gemeenten,

zorgverzekeraars, aanbieders van thuiszorg, wijkverpleging, 1^e lijn en 2^e lijn moeten allemaal met elkaar samenwerken in de zorg voor deze doelgroep. Dit vraagt leiderschap.

Voor de gehele lijst met condities voor deze persona, zie bijlage 3, p. 77.

Vertaling van consequenties en condities van deze persona naar de patiëntreis “Kwetsbare oudere”

De persona “kwetsbare oudere” overlapt met de volledige patiëntreis “kwetsbare oudere”. Dit betekent dat de consequenties en de condities, zoals gedestilleerd vanuit de persona en zoals gerapporteerd op de vorige en deze pagina, ook van toepassing zijn op de volledige patiëntreis.

Hierbij zijn er twee kanttekeningen die geplaatst dienen te worden:

1. De scope van dit onderzoek betreft voornamelijk zorg die binnen de Zvw geleverd wordt. Voor de patiëntreis “kwetsbare oudere” houdt dit in dat de patiëntreis thuiswonende kwetsbare ouderen betreft. Er zijn circa 730.000 kwetsbare, thuiswonende ouderen in Nederland.^{1,2} Hiernaast zijn er in Nederland circa 100.000 kwetsbare ouderen die in een instelling wonen en zorg krijgen gefinancierd uit de Wlz.^{1,2} Deze laatste groep heeft een significant intensievere zorgvraag en valt buiten scope van dit onderzoek.
2. Bepaalde onderdelen van de zorg zoals beschreven voor de persona “kwetsbare ouderen” kan, al dan niet in mindere mate, ook relevant zijn voor de 2,3 miljoen ouderen zonder kwetsbaarheid.^{1,2} Denk hierbij o.a. aan de rol voor de apotheker, bijvoorbeeld voor polyfarmacie, en aan de rol voor de fysiotherapeut, voor bijvoorbeeld beweegprogramma's. Andere onderdelen van de beschreven patiëntreis, zoals bijvoorbeeld de rol van coördinerend zorgverlener door de wijkverpleegkundige, zijn minder van toepassing voor de niet kwetsbare oudere doelgroep.

¹ CBS

² Rapportage Kwetsbare Ouderen, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011, zie [link](#)



Persona

Patiënt met acute zorgvraag en nazorg



Resultaten persona “Patiënt met acute zorgvraag en nazorg”

Persona “Patiënt met acute zorgvraag en nazorg”

De persona “Patiënt met acute zorgvraag en nazorg” is een man van 74 jaar die een beroerte (CVA) doormaakt. De uitgebreide beschrijving van de kenmerken en zorgbehoefte van de man vindt u in bijlage 4 op p. 85.

Focus van patiëntreis

De focus van de patiëntreis van deze man ligt op de (geriatrische) revalidatie thuis/dichtbij huis en ondersteuning bij zelfmanagement en eigen regie. Na analyse van goede voorbeelden van juiste zorg op de juiste plek (zie blauwe kaders en bijlage 7) in relatie tot deze persona zijn de volgende ontwikkelingen meegenomen in de uitwerking van de patiëntreis:

1. Een snelle, naadloze overdracht van 2^e of 3^e lijn naar (geriatrische) revalidatiezorg thuis/dichtbij huis;
2. Een persoonsgerichte, integrale multidomein aanpak met centrale coördinatie van zorg en ondersteuning;
3. De inzet van technologie en e-health, waarbij er een grote rol voor zelfmanagement en eigen regie is weggelegd;

1. Een snelle, naadloze overdracht van 2^e of 3^e lijn naar (geriatrische) revalidatiezorg thuis/dichtbij huis

De (revalidatie)zorg wordt zo snel mogelijk, veilig en medisch verantwoord, naar huis of dichtbij huis verplaatst. Diverse zaken kunnen bijdragen aan het faciliteren van de transitie van de 2^e naar de 1^e lijn. Een persoonlijk digitaal dossier waar alle zorgverleners toegang tot hebben is daar onderdeel van. Heldere, op elkaar aansluitende protocollen tussen 1^e en 2^e lijn ook. Tot slot laat het voorbeeld ‘Wijkverpleging en het ziekenhuis’ (zie kader rechts) de kracht zien van een nauwe samenwerking tussen thuiszorg, huisarts en ziekenhuis.

Voorbeeld ‘Wijkverpleging en het ziekenhuis’

Achtergrond

Meandergroep (thuiszorg) en het Zuyderland Medisch Centrum in Heerlen zijn een project gestart om de care-cure keten te optimaliseren. Zo komen care-cure wijkverpleegkundigen op de afdeling, hebben wijkverpleegkundigen dienst op de HAP en SEH en is er een logeerhuis die werkt vanuit wijkverpleegkundige visie. Dit wordt vergoed door CZ en VGZ. Ze werken nu verder aan een joint venture tussen thuiszorg, huisarts en ziekenhuis met een gezamenlijk verdienmodel.

Doelgroep

Patiënten die opgenomen zijn in het ziekenhuis en patiënten die op HAP/SEH belanden, waarbij terugkeer naar huis gewenst is.

Wat houdt het concept in?

Er is een samenspel tussen ziekenhuis, huisarts en care aanbieders. De care-cure wijkverpleegkundigen kunnen op de afdeling informatie en advies geven over de zorg, hulpmiddelen of aanpassingen die na de ziekenhuisopname thuis nodig zijn. Zij beschikken over de juiste kennis en netwerk om de overgang van ziekenhuis naar huis te faciliteren. Daarnaast kan het direct consulteren van wijkverpleegkundigen op de HAP/SEH er voor zorgen dat mensen, met zo nodig directe inzet van de juiste ondersteuning thuis, veilig en medisch verantwoord naar huis kunnen in plaats van opgenomen worden in het ziekenhuis. Tot slot is het logeerhuis (idee van ELV-bedden) een vangnet voor huisarts, wijkverpleegkundige en ziekenhuis. Doel: na tijdelijk verblijf weer naar huis met behoud van eigen 1^e lijns systeem.

Wat kost het?

Niet bekend bij KPMG.

Wat levert het op?

- Betere overdracht van het ziekenhuis naar huis;
- Patiënten worden zo snel mogelijk uit het ziekenhuis doorgeplaatst naar de juiste plek: thuis, revalidatie, logeerhuis of verpleeghuis;
- Minder druk op de HAP en SEH;
- Voorkomen van huisartsenbezoeken (n=134) en voorkomen klinische opnames (n=121), in een periode van 10 maanden.

Bron:

. Presentatie Roger Ruijters: van organisatie naar organiseren (ziekenhuis)zorg in verbinding, Meandergroep, Zuyderland, VGZ, CZ, Mijnzorg

Resultaten persona "Patiënt met acute zorgvraag en nazorg"

2. Een persoonsgerichte, integrale multidomein aanpak met centrale coördinatie van zorg en ondersteuning

Dit is conform de ontwikkeling voor de kwetsbare oudere (zie p. 31). Ook in deze gewenste patiëntreis vindt de coördinatie plaats door een coördinerend zorgverlener die de totale zorg en ondersteuning aan de persona overziet en coördineert. Dit kan bijvoorbeeld een care-cure CVA-wijkverpleegkundige zijn (afhankelijk van lokale afspraken).

3. De inzet van technologie en e-health, waarbij er een grote rol voor zelfmanagement en e-health is weggelegd

Conform de persona met een chronische zorgvraag en de kwetsbare oudere kan er een grotere rol zijn voor technologie ten behoeve van zelfmanagement en monitoring. Op dit moment wordt er ook onderzoek gedaan naar de efficiëntie en effectiviteit van een digitale revalidatieomgeving thuis, zie voorbeeld Fast@Home (kader rechts).

De volledige beschrijving van de gewenste patiëntreis vindt u in bijlage 4 op p. 85.

Wat levert de patiëntreis op?

De gewenste patiëntreis levert de volgende zaken op voor de patiënt en de maatschappij, ondersteund door de resultaten van de voorbeelden:

- Een betere ervaring van kwaliteit van zorg en ondersteuning omdat deze op elkaar is afgestemd, soepel verloopt en zoveel mogelijk dicht bij huis wordt geleverd;
 - Hierbij een naadloze overgang van ziekenhuis naar huis vanwege nauwe samenwerkingsverbanden;
 - Ondersteund door een persoonsgerichte aanpak op maat;
- Meer eigen regie over gezondheid en welzijn (kwaliteit van leven);
- Voorkomen van (spoed)opnames en doorverwijzingen.

Voorbeeld Fast@Home

Achtergrond

De Haagse Hogeschool voert samen met meer dan tien partners (waaronder de Hersenstichting) momenteel een onderzoek uit naar de efficiëntie en effectiviteit van een digitale revalidatieomgeving. Het gebruik van ICT-ondersteunde interventies voor patiënten thuis, zou na een beroerte een uitkomst kunnen bieden: het biedt nieuwe mogelijkheden om de revalidatie en chronische zorg te verrijken en tegelijkertijd efficiënter te maken.

Doelgroep

Mensen die last hebben van de gevolgen van een beroerte (CVA), mantelzorgers van mensen na een CVA en voor professionals in de revalidatie en in de zorgketen CVA.

Wat houdt het concept in?

Fast@Home (Fit After STroke) bestaat uit een geïntegreerd aanbod van relevante e-health interventies zoals games, e-coaching en draagbare technologie. Dit wordt samengesteld op basis van de wensen van professionals, patiënten en mantelzorgers. Betrokken professionals in het project zijn bijvoorbeeld revalidatieartsen, ergotherapeuten en fysiotherapeuten.

Wat kost het?

Niet bekend bij KPMG.

Wat levert het op?

- Eigen regie en meer eigen verantwoordelijkheid voor revalidanten en hun sociale systeem;
- Mogelijkheid om tijdens en na herstelfase thuis te kunnen oefenen;
- Inspirerende behandelprogramma's die therapietrouw vergroten, efficiënt en effectief zijn.

Bron:

Website Fast@Home, zie [link](#)

Resultaten persona "Patiënt met acute zorgvraag en nazorg"

Consequenties van juiste zorg op juiste plek

De figuur aan de rechterzijde van deze pagina geeft de beweging weer in benodigde capaciteit van de patiënt/mantelzorgers en zorgprofessionals voor juiste zorg op de juiste plek.

Dit onderzoek toont dat de juiste zorg op de juiste plek voor de patiënt met CVA meer en/of efficiëntere inzet van een aantal professionals nodig is. Dit geldt voor apotheker, paramedici en wijkverpleging.

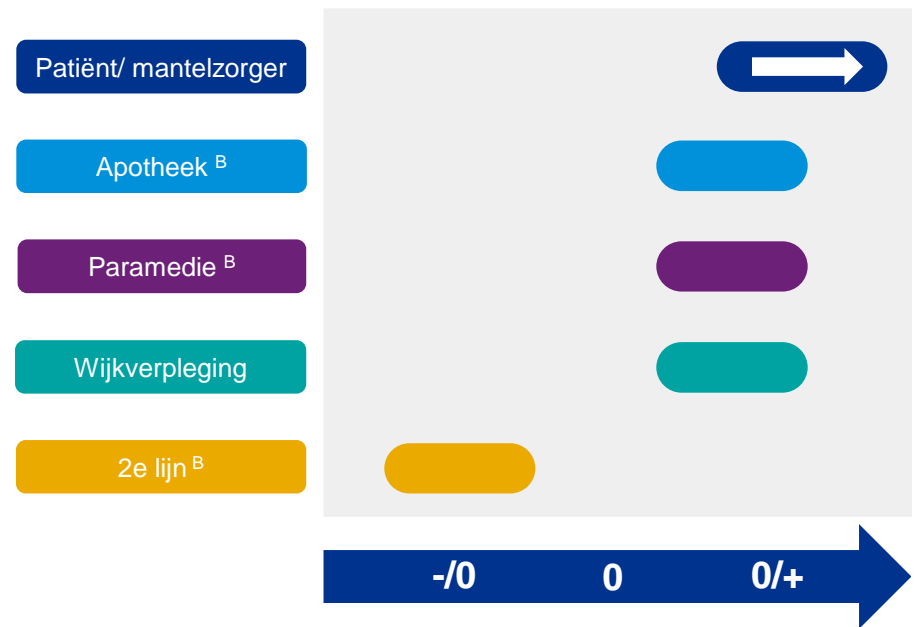
Voor wijkverpleegkundigen ligt de oorzaak van de ingeschatte additioneel benodigde capaciteit enerzijds in de taken behorende bij het coördinerend zorgverlenerschap. Daarnaast kunnen wijkverpleegkundigen nog breder ingezet worden (zoals in het genoemde voorbeeld op p. 36) om de link tussen care en cure sterker te leggen. Zo wordt de poortwachtersfunctie versterkt door middel van inzet van wijkverpleegkundigen. Voor de apotheker zit de ingeschatte additioneel benodigde capaciteit in multidisciplinaire afstemming en voor de paramedici zit de ingeschatte additioneel benodigde tijd in intensievere en meer integrale revalidatie.

We verwachten dat voor professionals in de apotheker, paramedici en wijkverpleegkundigen technologie zeker een rol gaat spelen in hun contact met de patiënt, maar dat dit niet direct leidt tot (significant) minder benodigde tijd per patiënt omdat de nazorgfase eindig is, in tegenstelling tot de voorgaande persona's met chronische aandoeningen of kwetsbaarheid door ouderdom.

Net als bij de vorige persona's zal ook hier nagedacht moeten worden over meer multi-inzetbare professionals, bijvoorbeeld wijkverpleegkundige met CVA-specialisatie en kennis van voeding, om zo integraliteit te bevorderen.

Door (onnodige) opnames te voorkomen en doorverwijzingen te verminderen, door een nauwe samenwerking tussen huisarts, thuiszorg en ziekenhuis en de optie tot ELV-bedden, neemt de zorg in de 2^e lijn waarschijnlijk af, en daarmee mogelijk ook de personele capaciteit die hieraan is gerelateerd.

Consequenties van gewenste patiëntreis van de persona "Patiënt met acute zorgvraag en nazorg" op de benodigde personele capaciteit van zorgprofessionals en de patiënt/mantelzorgers^A



⇨ *Verwachte invloed van investeren in technologie (naast investeren in mensen) op de benodigde personele capaciteit*

^A Personele capaciteit weergegeven in afname (-), toename (+) en geen wijziging (=) t.o.v. huidige situatie.

^B Onder apotheker vallen zowel de apotheker als apothekersassistent. Onder paramedie vallen de diëtist, oefen- en fysiotherapeut, ergotherapeut en logopedist. Onder 2^e lijn vallen medisch specialisten en 2^e-lijns verpleegkundigen.

Resultaten persona “Patiënt met acute zorgvraag en nazorg”

Naast consequenties op het gebied van personele capaciteit, verwachten we ook de consequenties voor de rol en positie van de patiënt/ mantelzorg. De patiënt/ mantelzorg zal, vooral bij meer inzet van technologie, middels zelfmanagement en technologie een groter deel van de geleverde zorg op zich nemen en de regie krijgen. Zo kan hij bijvoorbeeld thuis revalideren aan de hand van e-health interventies, met ondersteuning op afstand.

Zoals eerder aangegeven is de inschatting van het exact aantal FTE niet mogelijk en gaat het om een richting.

Conditie om juiste zorg op juiste plek te kunnen realiseren

De belangrijkste condities om de gewenste patiëntreis voor de persona “Patiënt met acute zorgvraag en nazorg” in de praktijk te faciliteren en/of te realiseren zijn:

- Burgers en voldoende professionals die goed zijn toegerust op nieuwe ontwikkelingen. Voor deze persona gaat dit vooral om kennis van de aandoening en het revalidatieproces en inzet van technologie;
- De juiste organisatiegraad en infrastructuur. Dit ondersteunt dat patiënt snel naar huis kan, bijvoorbeeld door aanwezigheid van ELV-bedden;
- Beschikbaarheid en inzet van technologie, om tijdens de revalidatiefase de voortgang te kunnen monitoren;
- ICT die over grenzen heen werken mogelijk maakt;
- Prikkel die op zijn minst niet hinderen en het mogelijk maken om specialistische zorg op afstand (de revalidatiearts) betrokken te laten blijven;
- Leiders die over hun schaduw heen stappen. Het is niet altijd in het eigen belang om zorg op de juiste plek te organiseren. Bijvoorbeeld doordat de productie in het ziekenhuis wordt verminderd door een betere

poortwachtersfunctie zoals in het voorbeeld van samenwerking tussen Meander en Zuyderland (voorbeeld p. 36).

Voor de gehele lijst met condities voor deze persona, zie bijlage 4.

Vertaling van consequenties en condities van deze persona naar de patiëntreis “Patiënt met acute zorgvraag en nazorg”

Beroerte neemt ongeveer een derde van alle kosten voor alle acute zorgvraag voor zijn rekening (€2,3 miljard van in de in totaal ca. €7,6 miljard).¹ Andere acute zorgvragen, zoals bijv. coronaire hartziekten en acute verloskunde hebben ieder unieke kenmerken, en dus is een één op één vertaling vanuit de persona naar alle acute zorgvragen niet mogelijk. Wel zien we dat de onderliggende trends van de beschreven patiëntreis ook van toepassing zijn voor andere acute zorgvragen:

- Een snelle, naadloze overdracht van 2^e of 3^e lijn naar zorg thuis/dichtbij huis;
- Een persoonsgerichte, integrale multidomein aanpak met centrale coördinatie van zorg en ondersteuning;
- De inzet van technologie en e-health op meerdere domeinen in de revalidatie/nazorgfase, waarbij er een grote rol voor zelfmanagement en eigen regie is weggelegd;

We gaan er daarom vanuit de beschreven consequenties en condities voor de persona met acute zorgvraag voor beroerte voor een groot deel transleren naar de volledige patiëntreis acute zorgvraag en nazorg.

¹ RIVM, cijfers uit 2011, zie [link](#).



Persona

Patiënt met kanker



Resultaten persona “Patiënt met kanker”

Persona “Patiënt met kanker”

De persona “Patiënt met kanker” is een vrouw van 55 jaar die gediagnosticeerd is met borstkanker. De uitgebreide beschrijving van de kenmerken en zorgbehoefte van de vrouw vindt u in bijlage 5 op p. 93.

Focus van patiëntreis

De focus van de patiëntreis van deze vrouw ligt op de behandeling van haar kanker, de nazorgfase en ondersteuning bij zelfmanagement en eigen regie. Na analyse van goede voorbeelden van juiste zorg op de juiste plek (zie blauwe kaders en bijlage 7) in relatie tot deze persona zijn de volgende ontwikkelingen meegenomen in de uitwerking van de patiëntreis:

1. Zorg waar mogelijk verplaatsen naar huis met inzet van technologie en e-health;
2. Meer oog voor de totale situatie van de persona en een integrale aanpak in de nazorg;
3. Transparantie over kwaliteit van zorg als keuze-informatie.

1. Zorg waar mogelijk verplaatsen naar huis met inzet van technologie en e-health

Waar mogelijk, en indien gewenst door patiënt, wordt zorg naar huis verplaatst om de ervaring van zorg te verbeteren. Sommige vormen van chemotherapie kunnen thuis toegediend worden en de monitoring tijdens de fasen van chemotherapie kan ook op afstand waarbij de patiënt thuis is. Een voorbeeld van thuis-monitoring is Minicare Home (zie kader rechts).

2. Meer oog voor de totale situatie van de persona en een integrale aanpak

In het nazorgtraject is er sprake van een allesomvattend behandelconcept, waarbij er sprake is van een integrale aanpak. Een voorbeeld hiervan is

Nazorg Borstkanker (zie volgende pagina). De gegeven zorg en ondersteuning wordt meer op elkaar afgestemd. Er is sprake van korte lijnen tussen de verschillende professionals. Focus ligt hierbij ook op positieve gezondheid en eigen regie. De persona heeft een coördinerend zorgverlener die haar vaste aanspreekpunt is.

Voorbeeld Minicare Home: bewaking thuis tijdens chemotherapie

Achtergrond

Philips heeft een service ontwikkeld waarbij patiënten die chemotherapie ondergaan thuis kunnen worden gemonitord. Het doel is het vroegtijdig ontdekken van complicaties en deze (van afstand) te monitoren.

Doelgroep

Patiënten in de fasen tussen het ontvangen van chemotherapie

Wat houdt het concept in?

Een zorg-op-afstand-service voor gebruik door patiënten die chemotherapie ontvangen. Patiënten kunnen thuis metingen uitvoeren (witte bloedcellen, bloedgehalte, temperatuur) en gezondheidsvragenlijsten invoeren. De uitslagen worden digitaal beveiligd naar de zorgverlener gestuurd, waarbij een signaal wordt afgegeven indien uitslagen afwijken.

Wat kost het?

Niet bekend bij KPMG.

Wat levert het op?

- Bewaking gezondheidstoestand tijdens elke fase van de chemotherapie, in de thuissituatie waar de juiste zorg op het juiste moment geleverd kan worden;
- Vroege detectie van adverse events waardoor tijdig ingegrepen kan worden en verwijzingen of opnames voorkomen kunnen worden;
- Patiënt kan thuis blijven voor monitoring, hoeft hiervoor niet naar het ziekenhuis. Dit is efficiëntere zorg en (naar verwachting voor een groot deel van de) patiënten prettiger.

Bron:

Philips, Minicare Home. Voor de website, zie [link](#)

Resultaten persona “Patiënt met kanker”

3. Transparantie over kwaliteit van zorg als keuze-informatie

Transparantie over kwaliteit van zorg, zoals patiëntervaringen, bekwaamheid, behandelresultaten/klinische uitkomsten en wachttijden helpen de vrouw een keuze te maken over waar ze zorg wil ontvangen. Meer transparantie draagt ook bij aan continue verbetering van kwaliteit van zorg, inclusief patiëntgerichtheid. Een goed voorbeeld van transparantie over de kwaliteit van zorg is het Antonie van Leeuwenhoek ziekenhuis, die hier

een webpagina aan heeft gewijd.¹

De volledige beschrijving van de gewenste patiëntreis vindt u in bijlage 5 op p. 93.

Voorbeeld Nazorg Borstkanker

Achtergrond

Nazorg Borstkanker is een sinds 2010 bestaand behandelconcept waarbij alle verschillende vormen van professionele nazorg voor borstkanker onder één dak wordt geleverd. Alle therapeuten zijn huurders en behandelen in trajectvorm. Nazorg Borstkanker is een franchiseorganisatie. De visie van Nazorg Borstkanker is: zorg voor jezelf.

Doelgroep

Patiënten met of na borstkanker.

Wat houdt het concept in?

Verschiedende vormen van professionele zorg onder één dak: fysiotherapie, huidtherapie, psychosociale zorg en diëtetiek/voedingsadvies. Cliënten doorlopen een persoonsgericht kort en allesomvattend traject, aangevuld met verschillende ondersteunende therapieën. Eens per week is er intercollegiaal overleg, daarnaast is er nauw contact met de doorverwijzend specialist en/of de oncologieverpleegkundige en de huisarts. Dit leidt tot juiste doorverwijzing tussen verschillende zorgverleners waarbij zorg op elkaar is afgestemd.

Wat kost het?

Niet bekend bij KPMG. Alle aangeboden therapieën worden nu apart vergoed door zorgverzekeraars, het wordt nog niet als één geheel traject vergoed.

Wat levert het op?

- Betere ervaren kwaliteit van zorg;
- Doelmatige zorg vanwege juiste doorverwijzingen op elkaar afgestemde zorg.

Bron:

Website van Nazorg Borstkanker, zie [link](#)

Voorbeeld Pilot CZ ‘Wondzorg’

Een ander voorbeeld van juiste zorg op de juiste plek is de pilot “Wondzorg” van CZ. Dit voorbeeld betreft wondzorg voor open beenwonden, maar kan wellicht ook ingezet worden voor vrouwen met borstkanker met een huidwond op de borst.

Achtergrond

Een pilot van CZ met thuiszorgorganisaties en zorgpartners voor goede triage van wonden, monitoring van het verloop van de wond en het vergroten van kennis over wonden bij huisarts en thuiszorgorganisaties om zo snellere genezing van complexe open beenwonden te bewerkstelligen.

Doelgroep

Mensen die in de thuissituatie wondzorg voor hun complexe open beenwond ontvangen.

Wat houdt het concept in?

Via een stepped care model worden mensen die met een complexe wond bij de huisarts of de thuiszorg komen doorverwezen naar een wondregisseur. Dit is een HBO verpleegkundige met specialisatie wondzorg/wondconsulent of een verpleegkundig specialist met specialisatie wondzorg. De wondkennis van de wondregisseur en doorverwijzers wordt bijgeschoold. Het behandelplan wordt (middels woord en beeld) bijgehouden in een digitaal zorgdossier, waarbij de vorderingen van het genezingsproces worden vergeleken met (gezamenlijk door de huisarts, specialist, wondregisseurs) opgestelde protocollen en verwachtingen. Het doorverwijzen wordt afgebakend en verbandmiddelen gezamenlijk bepaald

Wat kost het?

Niet bekend bij KPMG

Wat levert het op?

Gemiddeld 20 weken snellere sluiting van een complexe wond, waardoor:

- Verbetering van het welzijn van de patiënt en hun mantelzorgers;
- Per patiënt ongeveer €700 minder uitgave aan wondverzorging;
- CZ verwacht ook dat het aantal verwijzingen naar het ziekenhuis zal verminderen.

Bron:

CZ, voor meer informatie, zie [link](#)

¹ Website Antoni van Leeuwenhoek, kwaliteit behandeling borstkanker, zie [link](#)

Resultaten persona "Patiënt met kanker"

Wat levert de patiëntreis op?

De gewenste patiëntreis levert de volgende zaken op voor de patiënt en de maatschappij, ondersteund door de resultaten van de voorbeelden:

- Een betere ervaring van kwaliteit van zorg en ondersteuning omdat deze op elkaar is afgestemd, soepel verloopt en zoveel mogelijk dicht bij huis is;
 - Ondersteund door een persoonsgerichte aanpak op maat
- Meer eigen regie over gezondheid en welzijn (kwaliteit van leven).

Consequenties van juiste zorg op de juiste plek voor de praktijk

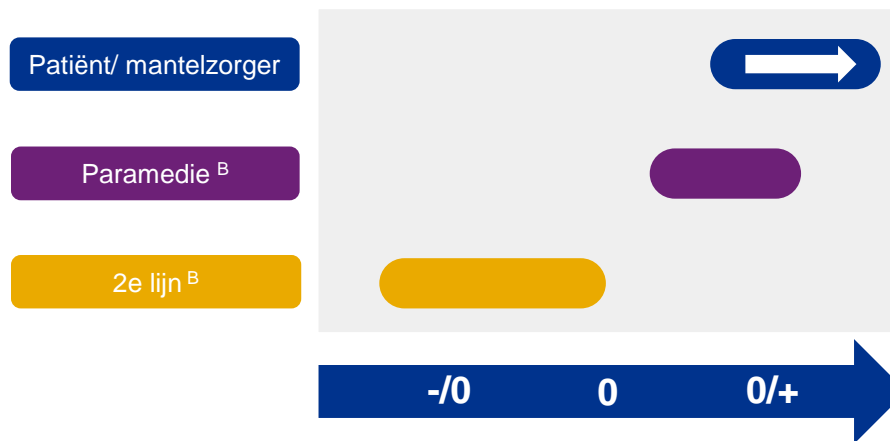
De figuur aan de rechterzijde van deze pagina geeft de beweging weer in benodigde capaciteit van de patiënt/mantelzorger en zorgprofessionals voor juiste zorg op de juiste plek.

Dit onderzoek toont dat voor de juiste zorg op de juiste plek voor patiënten met kanker meer en/of efficiëntere inzet van een aantal professionals nodig is. Dit geldt voor paramedici, zoals de diëtist, de oefen- en fysiotherapeut en de huidtherapeut. In de gewenste patiëntreis worden paramedici waarschijnlijk vaker ingezet dan in de huidige situatie om complicaties en klachten in de nazorgfase te voorkomen of te verminderen.

We verwachten dat voor paramedici technologie zeker een rol gaat spelen in hun contact met de patiënt, maar dat dit niet direct leidt tot (significant) minder benodigde tijd per patiënt omdat de nazorgfase eindig is, in tegenstelling tot de persona's met chronische aandoeningen of kwetsbaarheid door ouderdom.

Net als bij de vorige persona's zal ook hier nagedacht moeten worden over meer multi-inzetbare professionals, bijvoorbeeld een fysiotherapeut die ook dieet advies kan geven, om zo meer integraliteit te creëren.

Consequenties van gewenste patiëntreis van de persona "Patiënt met kanker" op de benodigde personele capaciteit van zorgprofessionals en de patiënt/mantelzorger^A



➡ *Verwachte invloed van investeren in technologie (naast investeren in mensen) op de benodigde personele capaciteit*

^A Personele capaciteit weergegeven in afname (-), toename (+) en geen wijziging (=) t.o.v. huidige situatie.

^B Onder paramedie vallen de diëtist, oefen- en fysiotherapeut en huidtherapeut. Onder 2^e lijn vallen medisch specialisten en 2^e-lijns verpleegkundigen.

Resultaten persona “Patiënt met kanker”

Als delen van de behandeling thuis gegeven worden (bijvoorbeeld chemotherapie en monitoring) zal er zorg fysiek uit het ziekenhuis verdwijnen. Daar tegenover staat additionele benodigde personele capaciteit door de rol van coördinerend zorgverlener door verpleegkundig specialisten tijdens de behandelfase.

Naast consequenties op het gebied van personele capaciteit, verwachten we ook de consequenties voor de rol en positie van de patiënt/ mantelzorger. De patiënt of mantelzorger zal, vooral bij meer inzet van technologie, middels zelfmanagement en technologie de regie krijgen. De patiënt heeft meer invloed op hoe en waar de zorg geleverd wordt.

Conditie om juiste zorg op de juiste plek te kunnen realiseren

De belangrijkste condities om de gewenste patiëntreis voor de persona “Patiënt met kanker” in de praktijk te faciliteren en/of te realiseren zijn:

- Burgers en voldoende professionals die goed zijn toegerust op nieuwe ontwikkelingen. Dit geldt voor deze persona met name voor mogelijkheden om chemotherapie thuis te geven;
- De juiste organisatiegraad en infrastructuur. Dit bevordert het begeleiden van de patiënt over de verschillende lijnen heen (van diagnose, naar behandeling naar nazorg);
- Transparantie over uitkomsten van zorg;
- ICT die over grenzen heen werken mogelijk maakt;
- Prikkels die op zijn minst niet hinderen om delen van de behandeling op verschillende plekken te geven (in een tertiair ziekenhuis, lokaal ziekenhuis, thuis) en niet hinderen om juiste zorg op het vlak van paramedie in te zetten.

Voor de gehele lijst met condities voor deze persona, zie bijlage 5, p. 93.

Vertaling van condities en consequenties van deze persona naar de patiëntreis “Patiënt met kanker”

Borstkanker neemt ongeveer 15% van alle kosten gemaakt voor kanker voor zijn rekening (€0,8 miljard van de in totaal ca. € 5,6 miljard).¹ Andere typen kanker, zoals bijv. darm- en longkanker, hebben ieder unieke kenmerken, en dus is een één op één vertaling vanuit de persona naar alle typen kanker niet mogelijk. Wel zien we dat de onderliggende trends van de beschreven patiëntreis ook van toepassing zijn voor andere kankersoorten:

- Zorg waar mogelijk verplaatsen naar huis met inzet van technologie en e-health;
- Meer oog voor de totale situatie van de persona en een integrale aanpak in de nazorg.^{2,3}
- Transparantie over kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven als keuze-informatie.

We gaan er daarom vanuit dat de beschreven condities en consequenties voor de persona met een zorgvraag vanwege kanker voor een groot deel transleren naar de volledige patiëntreis “patiënt met kanker”.

¹ RIVM, Kosten van Ziekten, Cijfers 2015, zie [link](#).

² KWF, behoeftepeiling bij (Ex-)kankerpatiënten 2016, zie [link](#)

³ RIVM, Een samenhangend beeld van kanker; ziekte, zorg mens en maatschappij, 2016. zie [link](#)



Persona

Patiënt met electieve zorgvraag



Resultaten persona "Patiënt met electieve zorgvraag"

Persona

De persona "Patiënt met electieve zorgvraag" is een man van 40 jaar die een hernia heeft. De uitgebreide beschrijving van de kenmerken en zorgbehoefte van de man vindt u in bijlage 6 op p. 101.

Focus van patiëntreis

De focus van de patiëntreis van deze man ligt op de behandeling en zelfmanagement van de man, met ondersteuning in het maken van een eigen keuze voor een electieve ingreep. Na analyse van goede voorbeelden van juiste zorg op de juiste plek (zie het blauwe kader en bijlage 7) in relatie tot deze persona zijn de volgende ontwikkelingen meegenomen in de uitwerking van de patiëntreis:

1. Een grote rol voor eigen regie en zelfmanagement;
2. Een integrale aanpak in de behandeling.
3. Transparantie over uitkomstmaten: bijvoorbeeld middels Patient Reported Outcome Measures (PROM's)

1. Een grote rol voor eigen regie en zelfmanagement

De rol en positie van de man verandert: middels educatie en voorlichting krijgt hij de regie in zijn eigen zorgproces. De man wordt ondersteund in het maken van eigen keuzes dankzij informatie en hierin bijgestaan door professionals. Van belang is dat de toegereikte informatie de man hier toe in staat stelt. Meer eigen regie leidt tot hogere patiënttevredenheid en betere ervaren kwaliteit van zorg.

2. Een integrale aanpak in de behandeling

Middels een nauw samenwerkingsverband tussen verschillende zorgverleners, wordt zorg op elkaar afgestemd. De doelmatigheid en

doeltreffendheid van zorg verbetert hierdoor. Een voorbeeld hiervan is het rug-netwerk (zie kader onder). Binnen dit netwerk staat het verbeteren van kwaliteit van zorg door het samenwerken in een netwerk centraal. Tevens ontwikkelt het netwerk een eigen database, om op basis van data daaruit voortvloeiende innovaties in het klinisch handelen te implementeren.

Voorbeeld Rug-netwerk

Achtergrond

Het rug-netwerk is een samenwerkingsverband van 1^e lijns oefentherapeuten (C/M) en fysiotherapeuten in de regio Noord-Kennemerland, West-Friesland en Kop van Noord-Holland. Het rug-netwerk richt zich op het leveren van kwalitatief hoogwaardige preventieve en curatieve zorg voor mensen met specifieke lage rugklachten.

Doelgroep

Mensen met specifieke rugklachten.

Wat houdt het concept in?

Een netwerk van aangesloten oefen- en fysiotherapeuten, dat nauw samen werkt met huisartsen, andere relevante 1^e lijnszorgverleners, bedrijfsartsen en de 2^e en 3^e lijn. Naast adequate behandeling van rugklachten neemt preventie van chroniciteit een belangrijke plaats in. Er wordt vanuit biopsychosociale model gewerkt en een gedragsmatige benadering toegepast. De kwaliteit wordt gewaarborgd door te werken volgens de richtlijnen en een eigen protocol, scholing, intercollegiale toetsing en visitatie. Het netwerk verzamelt data, beoordeelt de uitkomsten kritisch op waarde en implementeert daarop voortvloeiende innovaties in het klinisch handelen.

Wat kost het?

Niet bekend bij KPMG.

Wat levert het op?

- Inzicht bij de patiënt in het ontstaan van de klachten en zijn reactie daarop waardoor de patiënt meer eigen regie krijgt;
- Dankzij een betere multidisciplinaire samenwerking en communicatie (tussen 1^e en 2^e lijns- en bedrijfskundige zorg) alsmede bevorderen deskundigheid:
 - Gezondheidswinst bij patiënten;
 - Reductie van kosten;
 - Verminderen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

Bron:

Website van het rug-netwerk, zie [link](#)

Resultaten persona "Patiënt met electieve zorgvraag"

3. Transparantie over uitkomsten

Door transparantie over kwaliteit van zorg, wordt eigen regie gestimuleerd. Middels (generieke) PROM's, behandeluitkomsten vanuit het perspectief van de patiënt, kan de man bewust kiezen voor een bepaalde aanbieder voor zijn behandeling. Ook kunnen PROM's bijdragen aan de patiëntgerichtheid van de zorg en kwaliteitsverbetering.¹

De volledige beschrijving van de gewenste patiëntreis vindt u in bijlage 6 op p. 101.

Wat levert de patiëntreis op?

De gewenste patiëntreis levert de volgende zaken op voor de patiënt en de maatschappij, ondersteund door de resultaten van het voorbeeld:

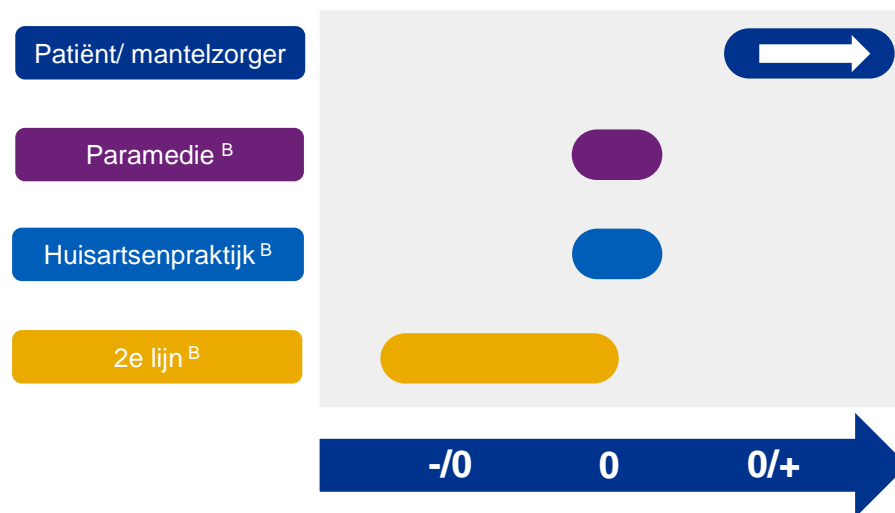
- Een betere ervaring van kwaliteit van zorg en ondersteuning omdat deze op elkaar is afgestemd en soepel verloopt;
- Meer eigen regie over gezondheid en welzijn (kwaliteit van leven);
- Doelmatigheid in de gegeven zorg;
- Continue verbetering van zorg door innovaties in het klinisch handelen gebaseerd op verzamelde data binnen een zorgnetwerk.

Consequenties van juiste zorg op de juiste plek voor de praktijk

De figuur aan de rechterzijde van deze pagina geeft de beweging weer in benodigde capaciteit van de patiënt/ mantelzorg en zorgprofessionals voor juiste zorg op de juiste plek.

Dit onderzoek toont dat de juiste zorg op de juiste plek voor een patiënt met hernia waarschijnlijk volledig binnen het huidige zorgaanbod kan worden geleverd.

Consequenties van gewenste patiëntreis van de persona "Patiënt met chronische zorgvraag" op de benodigde personele capaciteit van zorgprofessionals en de patiënt/mantelzorg^A



⇒ *Verwachte invloed van investeren in technologie (naast investeren in mensen) op de benodigde personele capaciteit*

^A Personele capaciteit weergegeven in afname (-), toename (+) en geen wijziging (=) t.o.v. huidige situatie.

^B Onder paramedie vallen de oefen- en fysiotherapeut. Onder de huisartsenpraktijk vallen de huisarts en POH. Onder 2^e lijn vallen medisch specialisten en 2^e-lijns verpleegkundigen.

¹ Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Patiëntenparticipatie bij Patient Reported Outcome Measures (PROM's), 2015, zie [link](#)

Resultaten persona “Patiënt met electieve zorgvraag”

We verwachten weinig tot geen consequenties met betrekking tot de benodigde personele capaciteit voor paramedici en huisartsen voor deze persona.

Doordat de patiënt mogelijk vaker voor een conservatieve behandeling kiest in plaats van een operatie, neemt de zorg in de 2^e lijn mogelijk af, en daarmee mogelijk ook de personele capaciteit die hieraan is gerelateerd.

De patiënt krijgt meer eigen regie en zelfmanagement, ondersteund door educatie en technologie. De rol van de patiënt wordt dus groter, hij heeft meer invloed op hoe en waar de zorg geleverd wordt.

Conditie om juiste zorg op juiste plek te kunnen realiseren

De belangrijkste condities om de gewenste patiëntreis voor de persona “Patiënt met electieve zorgvraag” in de praktijk te faciliteren en/of te realiseren zijn:

- Burgers en voldoende professionals die goed zijn toegerust op nieuwe ontwikkelingen. Het gaat hierbij met name over kennis van richtlijnen en beschikbare informatie om de persona te ondersteunen bij het maken van keuzes over zijn behandeling.
- De juiste organisatiegraad en infrastructuur. De aanwezigheid van een netwerk van professionals met kennis van lage rugklachten en de mogelijkheden tot behandeling faciliteert de gewenste patiëntreis.
- Beschikbaarheid en inzet van technologie, in dit geval een app om de pijn van de man in te monitoren en pijnbestrijding daar op aan te passen;
- Prikkel die op zijn minst niet hinderen om eerst in te zetten op een conservatieve behandeling.

Voor de gehele lijst met condities voor deze persona, zie bijlage 6, p. 101.

Vertaling van consequenties en condities voor deze persona naar de patiëntreis “Patiënt met electieve zorgvraag”

Circa 75.000 personen per jaar krijgen klachten gerelateerd aan een rughernia.¹ Dit betreft ongeveer 4% van alle mensen met nek en rugklachten.² Klachten betreffende het bewegingsapparaat (o.a. nek- en rugklachten en klachten aan ledematen) vormen een groot deel van de gehele patiëntreis electieve zorgvraag. Naast bewegingsapparaat behoren aandoeningen en/of wensen m.b.t. fertiliteit, gezicht, gehoor en plastische chirurgie tot de noemer electief.

We zien dat de onderliggende trends van de beschreven patiëntreis ook van toepassing zijn voor deze andere electieve zorgvragen:

- Een grote rol voor eigen regie en zelfmanagement;
- Een integrale aanpak in de behandeling;
- Transparantie over uitkomstmaten: bijvoorbeeld middels Patient Reported Outcome Measures (PROM's).

We gaan er daarom vanuit dat de beschreven condities en consequenties voor de persona met zorgvraag door hernia voor een groot deel transleren naar de volledige patiëntreis electieve zorgvraag. Zoals weergegeven in de figuur op de vorige pagina, heeft de gewenste patiëntreis voor hernia naar verwachting geen consequenties op de benodigde capaciteit aan zorgprofessionals. We verwachten daarom ook voor de gehele patiëntreis electieve zorgvraag geen consequenties met betrekking tot benodigde capaciteit voor professionals in de 1^e lijn.

¹ ZorgkaartNederland, rughernia 2014, zie [link](#)

² RIVM, Volksgezondheidszorg.info, zie [link](#)



Hoofdstuk 4

Gevolgen van juiste zorg op de juiste plek



Gevolgen van juiste zorg op de juiste plek

In dit hoofdstuk beschrijven we de consequenties (gevolgen) van volledige realisatie van juiste zorg op de juiste plek op de benodigde personele capaciteit en benodigde inspanning van de patiënt/mantelzorger.

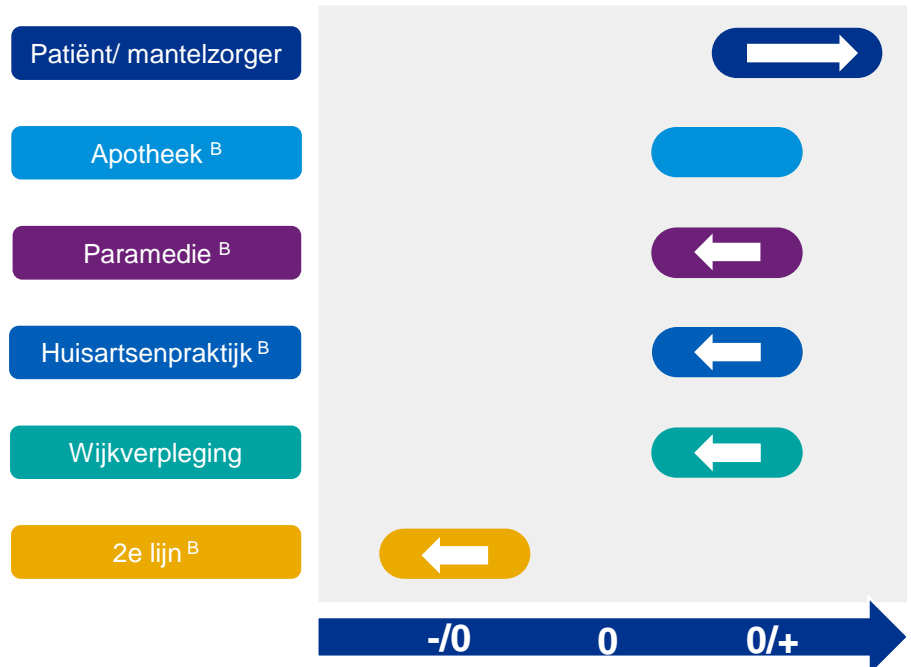
Belangrijkste gevolgen van juiste zorg op de juiste plek

De juiste zorg op de juiste plek heeft consequenties (gevolgen) voor de personele capaciteit van zorgprofessionals, de rol van de patiënt/burger en de huisvesting. De belangrijkste consequenties zijn weergegeven in de figuur rechts en verder toegelicht op de volgende pagina.

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 hebben we ervoor gekozen om de consequenties op de benodigde capaciteit semi-kwantitatief te rapporteren (op een schaal van – tot +). Deze keuze is gebaseerd op het feit dat een dergelijke doorrekening van benodigde capaciteit voor juiste zorg op de juiste plek bestaat uit meerdere stappen. Bij veel van deze stappen zit een kleine of grotere mate van onzekerheid over de realiteit van de cijfers; een onzekerheid die past bij de scope en looptijd van dit onderzoek. Het kwantitatief rapporteren van de benodigde capaciteit, bijvoorbeeld in FTE's, leidt daarmee tot een risico op schijnnaauwkeurigheid, iets wat we willen voorkomen in het traject richting de hoofdlijnaakkoorden.

In onze analyse zien we verder onzekerheid in hoeverre technologie een rol zal spelen in het ondersteunen van zelfmanagement en monitoring en daarmee een deel van de zorg richting de patiënt kan verplaatsen. Deze onzekerheid heeft niet te maken met de technologie (die heeft deze potentie nu al, en in de toekomst nog sterker), maar komt voort uit de mate waarin de zorg (en burger) technologie daadwerkelijk omarmt en onderdeel maakt van het primaire proces van zorgverlening. Ook hier willen we het risico op schijnnaauwkeurigheid vermijden. Daarom kiezen we ervoor om het potentieel van meer inzet van technologie weer te geven middels een indicatieve richting.

Consequenties van juiste zorg op de juiste plek op de benodigde personele capaciteit van zorgprofessionals en de patiënt/mantelzorger^A



Verwachte invloed van investeren in technologie (naast investeren in mensen) op de benodigde personele capaciteit. N.B. Andere drivers die personele capaciteit beïnvloeden (bijvoorbeeld demografische trends, etc.) zijn niet weergegeven in deze figuur. Deze drivers zijn buiten scope van dit onderzoek.

^A Personele capaciteit weergegeven in mogelijke afname (-/0), mogelijke toename (0/+) en geen wijziging (0) t.o.v. huidige situatie.

^B Onder apothekers vallen zowel de apotheker als apothekersassistent. Onder paramedie vallen de diëtist, oefen- en fysiotherapeut, ergotherapeut, huidtherapeut en logopedist. Onder huisartsenpraktijk vallen de huisarts en POH. Onder 2e lijn vallen medisch specialisten en 2e lijns verpleegkundigen.

Gevolgen van juiste zorg op de juiste plek

Toename personele capaciteit lijkt nodig voor apotheek, huisartsenpraktijken, paramedie en wijkverpleegkundigen

De juiste zorg op de juiste plek vereist waarschijnlijk meer en/of efficiëntere inzet van een aantal zorgprofessionals. Dit geldt voor professionals in de apotheek, huisartsenpraktijk, paramedie en wijkverpleging. Voor al deze professionals is er waarschijnlijk additionele inzet benodigd voor intensievere multidisciplinaire afstemming. Hiernaast worden paramedici bij juiste zorg op de juiste plek waarschijnlijk vaker ingezet voor secundaire / zorggerelateerde preventie en om klachten in de nazorgfase te voorkomen of te verminderen. Voor de praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen ligt een additionele oorzaak van de mogelijke toename in benodigde capaciteit voornamelijk in de taken behorende bij het coördinerend zorgverlenerschap. Verder kunnen wijkverpleegkundigen ook breder ingezet worden in het speelveld tussen care en cure.

Toename personele capaciteit paramedie, huisartsenpraktijken en wijkverpleegkundigen kan worden gedempt door inzet van technologie

Voor de huisartsen, praktijkondersteuners, paramedici en wijkverpleegkundigen zien we dat deze beweging kan worden gedempt door slimmer en meer gebruik te maken van technologie, voornamelijk bij het monitoren van patiënten. Het monitoren kan potentieel (een deel van) de reguliere fysieke controles vervangen, en ervoor zorgen dat er eerder, en dus ook minder intensief, ingegrepen kan worden. We verwachten dat voor professionals in de apotheek technologie zeker een rol gaat spelen in hun contact met de patiënt, maar dat dit niet direct leidt tot minder benodigde tijd.

Juiste zorg op de juiste plek heeft potentie om zorg in de 2^e lijn en de daarbij behorende personele capaciteit te verminderen

Voor professionals in de 2^e lijn verwachten we een mogelijke afname van de benodigde personele capaciteit, doordat juiste zorg op de juiste plek

(onnodige) opnames en doorverwijzingen voorkomt door (secundaire / zorggerelateerde) preventie, vroegtijdige signalering, voorkomen van complicaties en het (eerder) verplaatsen van zorg naar de 0^e of de 1^e lijn. Deze beweging van minder benodigde capaciteit in de 2^e lijn wordt waarschijnlijk vergroot door gebruik te maken van technologie: fysieke controles kunnen deels vervangen worden door digitale interacties, en deels wellicht (op termijn) vervangen worden door automatische monitoring op basis van artificial intelligence.

De patiënt neemt meer de regie over zijn of haar eigen zorg en welzijn

Naast consequenties op het gebied van benodigde capaciteit op zorgprofessionals, heeft juiste zorg op de juiste plek ook consequenties voor de benodigde inspanningen van patiënten en mantelzorgers. We verwachten, vooral wanneer wordt geïnvesteerd in technologie, dat de patiënt (of mantelzorger) middels zelfzorg een groter deel van de geleverde zorg op zich zal nemen en meer de regie over zijn of haar eigen zorg zal nemen. In andere sectoren zien we dat de verschuiving van passieve consument naar actieve burger goed mogelijk en haalbaar is, denk bijvoorbeeld aan internetbankieren.

Met elkaar werken op dezelfde locatie bevordert samenwerking tussen 1^e lijn, sociaal domein en 2^e lijn

Tot slot verwachten we dat juiste zorg op de juiste plek ook consequenties heeft voor de huisvesting. Zo kan het gezamenlijk huisvesten (co-locatie) van professionals in de 1^e lijn, het sociaal domein de samenwerking bevorderen en biedt dit één locatie waar de burger zorg en ondersteuning kan ontvangen. Dit kan bijvoorbeeld in een gezondheidscentrum zijn waarin ook sociaal domein is gevestigd of een loket heeft en de specialist uit de 2^e lijn regelmatig een poli draait, of op flexibele locaties dicht bij de patiënt waar de professionals naartoe komen, bijvoorbeeld een buurthuis.



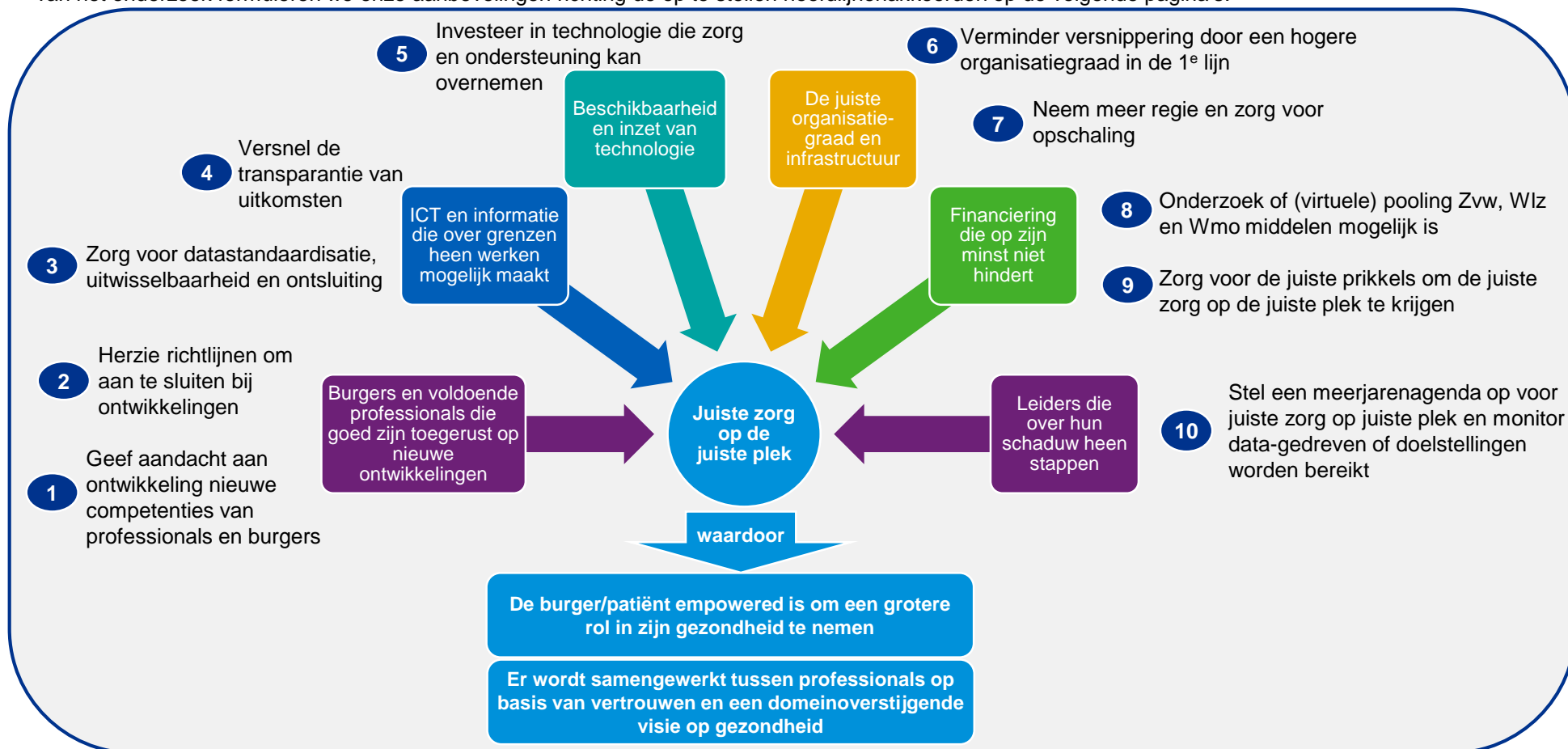
Hoofdstuk 5

Conclusies en aan- bevelingen



10 aanbevelingen voor de juiste zorg op de juiste plek

In dit onderzoek hebben we gewenste patiëntreizen geformuleerd, o.a. gebaseerd op goede voorbeelden van juiste zorg op de juiste plek. Op basis van analyse van de gewenste patiëntreizen komen we tot zes condities die de juiste zorg op de juiste plek faciliteren dan wel nodig zijn om deze te realiseren (zie figuur onder). Deze condities zijn randvoorwaardelijk en vullen elkaar aan. Dit houdt in dat alle condities ingevuld moeten worden om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen realiseren. Dit hoofdstuk beschrijft deze condities en onze aanbevelingen om deze condities in te vullen. Gelet op de vraagstelling van het onderzoek formuleren we onze aanbevelingen richting de op te stellen hoofdlijnenakkoorden op de volgende pagina's.



Algemene observaties

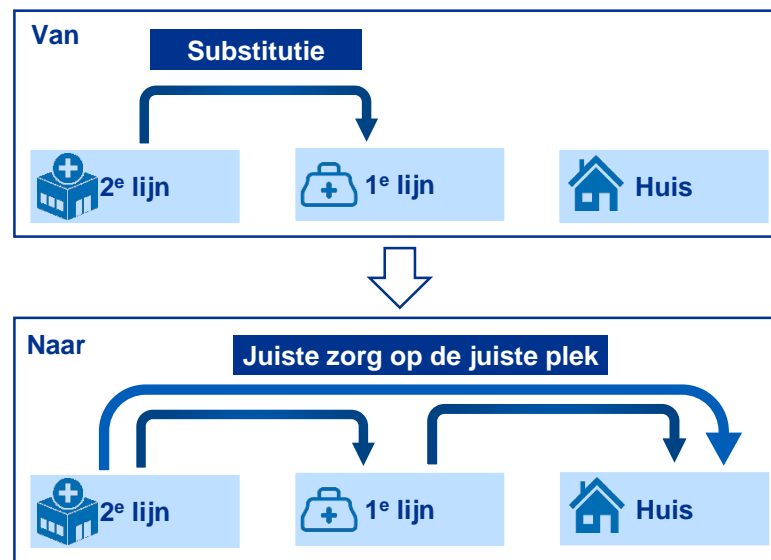
Voordat we ingaan op onze aanbevelingen starten we dit hoofdstuk met twee observaties die volgen uit dit onderzoek. Onze eerste observatie gaat over de wijze waarop de discussie rondom juiste zorg op de juiste plek gevoerd wordt. Ons valt op dat deze discussie snel verengd wordt tot substitutie van de 2^e naar de 1^e lijn, terwijl de juiste zorg op de juiste plek gaat over een bredere beweging. Bij sommige aandoeningen / doelgroepen (bijv. diabetes) zijn grote stappen gezet in het verplaatsen van zorg van de 2^e naar de 1^e lijn, maar bij veel aandoeningen is hier ook nog werk te doen. Onze observatie is dat de beweging naar de 0^e lijn, zowel vanuit de 2^e als vanuit de 1^e lijn pas net begonnen is.

Juist deze beweging leidt tot empowerment en zelfregie van patiënten en daarmee potentieel ook tot een betere kwaliteit van leven. In de komende hoofdlijnenakkoorden adviseren we om samenhangend beleid te maken om al deze bewegingen te faciliteren en is het nodig om het gesprek te verplaatsen van “substitutie” naar “juiste zorg op de juiste plek” (zie ook de figuur rechts).

Een andere observatie die we hebben is dat er soms onrealistische (financiële) verwachtingen zijn over wat de juiste zorg op de juiste plek op de korte termijn kan opleveren.

De juiste zorg op de juiste plek heeft veel potentie om de kwaliteit van de geleverde zorg en de patiënttevredenheid te verhogen, o.a. door toename van zelfregie, persoonsgerichte zorg en ondersteuning, en secundaire / zorggerelateerde preventie. Hiermee draagt juiste zorg op de juiste plek onder andere bij aan het verhogen van het aantal gezonde levensjaren en aan het voorkomen van complicaties.

Op het gebied van kostenbesparing is het resultaat van juiste zorg op de juiste plek minder duidelijk, zeker indien niets wordt gedaan aan financiële prikkels voor zorgaanbieders in zowel de 1^e als 2^e lijn. Het blijkt lastig om



Bewegingen voor “juiste zorg op juiste plek” in relatie tot “substitutie”

mogelijke besparingen door juiste zorg op de juiste plek te kwantificeren, omdat voor veel van de goede voorbeelden van juiste zorg op de juiste plek informatie over zowel kosten als opbrengsten niet of onvolledig beschikbaar is (zie de diverse voorbeelden in deze rapportage ook). Ook het waterbed effect, waarin vrijvallende capaciteit wordt ingevuld met andere zorg, speelt een rol.

Daar waar kostenbesparingen van goede voorbeelden van juiste zorg op de juiste plek zijn doorgerekend zijn de besparingen bij toepassing op de totale doelgroep in Nederland slechts een klein aandeel in het totale zorgbudget. Zo wordt bijvoorbeeld de totale besparing in Nederland bij invoering van

Algemene observaties en aanbevelingen

COPD in Beeld geschat op €6,6 miljoen.¹ Dit is een besparing van 0,4% op de €1,5 miljard euro aan jaarlijkse zorgkosten voor COPD en Astma.²

In gevallen waar wél werk wordt gemaakt van contractinnovatie (bijv. DSRIP (zie p. 60 en 62), Bernhoven (zie kader rechts), ParkinsonNet) en zorgaanbieders via o.a. shared savings anders geprikkeld worden, is er meer ruimte voor besparingen. Voor elk van deze voorbeelden moet echter de toekomst nog uitwijzen in welke mate de besparingen duurzaam blijken.

Over het algemeen komt uit de voorbeelden naar voren dat het tijd en inspanning van betrokken partijen kost om initiatieven van de grond te krijgen waarin zorg op een andere wijze wordt georganiseerd. De kans is groot dat de kosten hierbij voor de baten uitlopen, omdat er extra prikkels en investeringen nodig zijn om verandering voor elkaar te krijgen.

1

Aanbeveling: geef aandacht aan ontwikkeling nieuwe competenties van professionals en burgers

Een conditie voor juiste zorg op de juiste plek is dat er professionals zijn die goed zijn toegerust/opgeleid. Dit klinkt als een open deur, maar het is momenteel vaak wel, maar niet altijd het geval. Specifiek is het van belang dat professionals beschikken over de juiste competenties. Dit omvat enerzijds zorg- of ondersteunings specifieke bekwaamheden, zoals bijvoorbeeld de kennis en kunde om verpleegkundige handelingen uit te voeren. Daarnaast moeten de professionals zijn opgeleid in: het samenwerken met andere professionals, multi-inzetbaarheid, samen beslissen, het leveren van persoonsgerichte zorg die past binnen de gehele patiëntreis, het bevorderen van functioneren en in het gebruik van technologie, waarbij men breder leert denken dan het strik medische model.

Er lijkt aandacht te zijn voor de aanpassing van opleidingen om in te spelen op de veranderende zorgvraag. Zo is er in 2016 een opleiding tot praktijk-verpleegkundige gestart waarin verpleegkundigen worden opgeleid die protocoloverstijgend kunnen handelen bij een complexe zorgvraag.

¹ Brancherapport algemene ziekenhuizen 2017, NVZ 2017, zie [link](#)

² RIVM, 2011, zie [link](#)

Ziekenhuis Bernhoven: betere zorg door minder te doen

Bernhoven zet middels het programma Zinnige Zorg in op betere zorg door minder te doen. Hierbij zijn de belangrijkste verzekeraars in de regio (VGZ en CZ) nauw betrokken.

Enkele belangrijke pijlers in het programma Zinnige Zorg van Bernhoven zijn:

Minder opereren. Door patiënten veel nadrukkelijker te wijzen op voor- en nadelen van (electieve) operaties, is het aantal operaties aanzienlijk gedaald. Zo zijn er 15% minder galblaasoperaties en 23% minder liesbreukoperaties uitgevoerd.

Meer aandacht voor acute zorg. Het aantal ziekenhuisopnames van patiënten na een SEH-bezoek is met 14 procent gedaald door permanente inzet van SEH-artsen en door de continue beschikbaarheid van internisten, cardiologen en chirurgen voor de patiënten op de spoedeisende hulp. Verder heeft het ziekenhuis een 48-uurs regel: patiënten blijven maximaal 48 uur op de afdeling acute opname. Hierna moeten ze met een duidelijke diagnose of naar huis, of naar een andere afdeling in het ziekenhuis. Hierdoor krijgt de afdeling acute opname prioriteit.

Spreekuur houden bij de huisarts. Een goed voorbeeld hiervan is dermatologie. De dermatologen houden spreekuur bij de huisartsen in de omgeving. Zo kunnen ze op een locatie dicht bij de patiënt beoordelen of een patiënt voor behandeling naar het ziekenhuis moet, of dat de huisarts de verdere behandeling kan oppakken.

Meer zekerheid. Minder zorg leveren kan negatieve effecten hebben voor een ziekenhuis. Zo loopt bijvoorbeeld de omzet terug en is het lastig om aan bepaalde volumenormenten te voldoen. VGZ en CZ hebben met Bernhoven een 5-jarig contract afgesloten, waarin het budget ieder jaar omlaag gaat. Door het langdurige karakter van het contract heeft Bernhoven zekerheid voor een langere periode, en kan het volgens een visie gestructureerd werken aan het verminderen van zorg en het verhogen van de kwaliteit van de geleverde zorg. Hierdoor worden ad-hoc kostenbesparingsexercities voorkomen.

Bron:
NOS, klik [hier](#) voor de website

Aanbevelingen

Echter, ons inziens dient meer fundamenteel gekeken te worden naar in welke mate bovengenoemde competenties zijn verankerd in de huidige opleidingen om te borgen dat ook in de toekomst de zorg van het juiste niveau is. We adviseren daarom om de bestaande opleidingen voor beroepen in zowel de 1^e als 2^e lijn te screenen in welke mate zij deze vaardigheden reeds onderwijzen en waar nodig curricula (interdisciplinair) aan te passen. Daarnaast kunnen huidige professionals worden nageschoold in deze competenties. Ook moet voldoende capaciteit van professionals gewaarborgd blijven door bijvoorbeeld meer mensen op te leiden in bepaalde beroepsgroepen.

Verder moeten burgers in staat worden gesteld om mee te gaan in alle ontwikkelingen en gefaciliteerd worden om eigen regie te nemen. Hiervoor moet heldere, laagdrempelige educatie beschikbaar zijn voor de diverse burgers. Zo zullen burgers met een lage SES, taalbarrière of laaggeletterdheid ook in staat gesteld moeten worden om met bijvoorbeeld nieuwe technologie om te gaan.

Tot slot vragen alle ontwikkelingen om een cultuurverandering bij zowel professionals als burgers. De burger zal moeten leren hoe zelf de regie over zijn/haar zorg te nemen, terwijl professionals zich de rol van 'bijrijder' eigen moeten maken. Meer aandacht voor nieuwe competenties van zowel professionals als burger dragen bij aan deze cultuurverandering.

2 Aanbeveling: herzie richtlijnen om aan te sluiten bij ontwikkelingen

In de gewenste patiëntreizen wordt persoonsgerichte zorg geboden en wordt technologie ingezet om een deel van de zorg over te nemen. Hierdoor kan bijvoorbeeld een deel van de standaard controles ter monitoring worden vervangen door technologie, of de frequentie worden aangepast op de mate van zelfmanagement en de behoefte van de patiënt.

Een kleine steekproef van een aantal richtlijnen/standaarden binnen de zorg laat zien dat technologie nog niet prominent is verwerkt in alle zorgstandaarden.^{1,2} In de Zorgstandaard Dementie worden wel meerdere voorbeelden genoemd waarin technologie kan worden ingezet om de patiënt te ondersteunen. In de Zorgstandaard COPD wordt alleen in de bijlage verwezen naar voorbeelden van instrumenten die een bijdrage kunnen leveren aan de uitvoering van monitoring. In de Zorgstandaard voor Diabetes type II wordt inzet van technologie niet benoemd. Om juiste zorg op de juiste plek vanuit de richtlijnen te stimuleren adviseren we daarom om de richtlijnen door te lichten op de mogelijkheden tot flexibilisering van de richtlijnen in het kader van persoonsgerichte zorg en de inzet van technologie tijdens de behandeling.

Specifiek verwachten we dat (op termijn) een groot deel van de beschreven fysieke monitor en follow-up contacten vervangen kunnen worden door digitale contacten en/of geautomatiseerd kunnen worden met behulp van artificial intelligence en er alleen face-to-face contact nodig is bij eventuele afwijkingen.

Daarnaast adviseren we om het ontwerp van integrale richtlijnen te stimuleren, waarbij richtlijnen multi-inzetbaar zijn tussen diverse typen professionals. Het is belangrijk dat de Richtlijn voor Richtlijnen van Zorginstituut Nederland aansluit bij deze ontwikkelingen. Regelmatige evaluatie van richtlijnen draagt bij aan continue ontwikkeling van juiste zorg op de juiste plek.

¹ Zie ook aanbevelingen rapport *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*, Zorginstituut Nederland, april 2015

² Zorgstandaard COPD, Longallantie, 2016, zie [link](#); Zorgstandaard Diabetes Type II, zie [link](#); Vilans, Zorgstandaard dementie, zie [link](#)

Aanbevelingen

3 Aanbeveling: zorg voor datastandaardisatie, uitwisselbaarheid en ontsluiting

Met betrekking tot ICT systemen is het belangrijk dat deze tijdig en goed koppelbaar zijn om de juiste informatie uit te kunnen wisselen. Hierbij is het van belang dat de verschillende systemen waarin zorgverleners informatie in het kader van de behandeling van de patiënt registreren (HIS, ZIS, etc.) tussen aanbieders aan elkaar gekoppeld kunnen worden. Hiervoor moeten standaarden worden afgedwongen om data te uniformeren en uitwisselbaar te maken. Zoals eerder aangegeven is een diepgaande analyse hoe dit gerealiseerd kan worden geen onderdeel van dit onderzoek. We onderstrepen echter het belang om deze vraagstukken op te lossen binnen de bestaande programma's, zoals "Registratie aan de bron", "MedMij", "Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPPP)", en het programma "OPEN" dat door LHV, NHG en InEen wordt opgezet, en dit samen te brengen in het Informatieberaad Zorg.

Een voorbeeld van stap richting ontsluiting van het patiëntdossier is het mijnRadboud portaal waarin patiënten inzage in hun gegevens hebben na de bespreking met de specialist. Sinds 2017 is er ook een mijnRadboud app beschikbaar waarin patiënten nog meer kunnen dan alleen hun dossier inzien.¹ Een ander goed voorbeeld staat in het kader rechts beschreven: Clalit een Health Maintenance Organization (HMO) in Israël.

4 Aanbeveling: versnel de transparantie van uitkomsten

Transparantie over kwaliteit van zorg is belangrijk om de patiënt meer regie te geven in de keuze voor de organisatie en behandelaar waar hij door behandeld wil worden. Zorgverzekeraars en zorgverleners kunnen op basis van de informatie verbeteringen in de zorg beter aanjagen. De laatste jaren zijn veel activiteiten ingezet op het verzamelen van kwaliteitsindicatoren. Denk hierbij aan initiatieven zoals de Transparantiekalender, het Jaar van de Transparantie, het opzetten van klinische registraties (o.a. DICA), het programma kwaliteit van ZN en het initiatief om te kijken welke ICHOM indicatoren ook in Nederland gebruikt kunnen worden. Voor transparantie in de huisartsenzorg is een kwaliteitsbeleid door NHG, LHV en InEen in ontwikkeling, wat tot stand komt in overleg met stakeholders (o.a. IGZ, PFN en zorgverzekeraars).

¹ MijnRadboud, zie [link](#)

Clalit (Israël): optimaal gebruik van medische data

Het Israëlisch gezondheidssysteem is heel effectief en laat bijzondere resultaten zien. De levensverwachting is hoog, en de sterfte als gevolg van kanker en onder kinderen ligt ver onder het OESO-gemiddelde. De totale kosten zijn rond 7,5% van het bbp, lager dan de meeste andere OESO-landen.

In Israël wordt de zorg georganiseerd door vier non-profit HMO's (organisaties die zowel de zorg verzekeren als de zorg leveren). Clalit is de grootste hiervan, met meer dan 4 miljoen leden (meer dan de helft van de bevolking).

Clalit is eigenaar van 1.500 klinieken, 14 ziekenhuizen (waaronder drie geriatrisch en voor revalidatie en twee voor GGZ) en 30% van de bedden in het land. Ook heeft Clalit een aantal community care centers. De centrale rol van de huisarts als poortwachter van de medisch specialistische zorg is door Clalit stevig neergezet, zodat zoveel mogelijk zorg vanuit de 1^e lijn wordt aangeboden. De huisarts is vaak ondergebracht in klinieken waar patiënten ook laagdrempelig een specialist kunnen zien.

Al sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw wordt data van alle zorgaanbieders integraal verzameld en slim toegepast. Zo gebruikt Clalit de medische data voor voorspellende analyses op populatie- en patiëntniveau, om op basis daarvan gerichte interventies te plegen. Huisartsen en andere professionals beschikken over klinische-beslissingsondersteuning op basis van (alle) aanwezige data. Het systeem is intussen zo volwassen dat het zelf de huisarts inschakelt om actie te ondernemen als bepaalde risicoscores een te hoog niveau bereiken. Hierbij helpt de beschikbaarheid van data om de zorg zoveel mogelijk vanuit de 1^e lijn te leveren.

De data is ook voor patiënten beschikbaar. Via patiëntenportals krijgen die inzicht in en uitleg over bijvoorbeeld de beschikbare klinische opties. Mede door volledige openheid door artsen over de geleverde kwaliteit, is de patiënttevredenheid hoog.

Bron:
Wie doet het met wie; tijd voor serieuze relaties in de regio. KPMG Health 2018, zie [link](#)

Aanbevelingen

Patiëntenquêtes vormen onderdeel van het kwaliteitsbeleid, evenals een beperkt aantal indicatoren voor chronische aandoeningen.

Stuk voor stuk zij deze initiatieven te prijzen, echter het tempo van het daadwerkelijk *publiceren* van uitkomsten - toegankelijk voor patiënten - ligt te laag. Anno 2018 weet een patiënt vaak niet waar goede zorg geleverd wordt. Het merendeel van 2^e-lijns klinische registraties (denk aan de NKR, het merendeel van DICA, PRN, LCR, LROI, etc.) zijn nog steeds niet toegankelijk voor het publiek. Hierdoor is het kiezen voor de juiste zorgaanbieders onmogelijk. Goede voorbeelden zijn er ook, kijk bijvoorbeeld naar Santeon en de NFU oncologie cijfers, de IVF registratie en het Anthonie van Leeuwenhoek ziekenhuis.¹

Naast de weg van de goede voorbeelden is ook hier opschaling en versnelling vereist. Nederland loopt achter op het dossier van transparantie ten opzichte van andere OECD landen, zo blijkt uit internationaal vergelijkend onderzoek.² Daarom bevelen wij aan om in de hoofdlijnenakkoorden een verplichting tot het publiceren van uitkomsten, op een voor de patiënt begrijpelijke wijze, op te nemen voor aandoeningen / populaties waar reeds uitkomsten voor beschikbaar zijn. Tegelijkertijd is het raadzaam om de ingezette initiatieven rondom het meten van kwaliteit waar mogelijk te versnellen. Ook is het raadzaam om een generieke PROM te ontwikkelen die inzetbaar is voor verschillende populaties om zo administratieve lasten zoveel mogelijk te beperken. Ook bevelen wij aan om een generieke PREM te ontwikkelen, om ook patiënttevredenheid en patiëntervaring te monitoren en te publiceren.

Voor chronische zorg kunnen ook veel (proxy) uitkomsten (bijv. opnamen) afgeleid worden uit DIS en/of Vektis data, het is raadzaam om deze databases daarvoor toegankelijk te maken. Het slim gebruik maken van dergelijke reeds beschikbare informatie voorkomt additionele administratieve lasten.

Aanbeveling: investeer in technologie die zorg en ondersteuning kan overnemen

Technologie heeft de potentie om een deel van de zorg en ondersteuning over te nemen, bijvoorbeeld op het gebied van monitoring en preventie. Dit kan zorgen voor ontlasting van professionals en toename van de productiviteit die zeer welkom is in een vergrijzende samenleving waarin de zorgkosten toenemen en de zorgarbeidsmarkt wordt gekenmerkt door krapte. Het is daarom belangrijk om naast te investeren in (het opleiden van) mensen, ook te investeren in (de ontwikkeling van) technologie. Zo kunnen de consequenties van de juiste zorg op de juiste plek op de benodigde personele capaciteit, zoals beschreven in hoofdstuk 4, worden gedempt, en kan juiste zorg op de juiste plek op een duurzame manier worden ingericht. Zie het onderstaand kader voor een indeling van verschillende niveaus van technologische innovatie, die een kapstok kunnen vormen voor het afspreken van ambities en routekaarten in hoofdlijnenakkoorden.

Drie niveaus van technologische innovatie

Niveau 1: basis op orde

- Optimaliseren en standaardiseren EPD;
- Patiënten toegang geven tot de eigen medische data.

Niveau 2: digitale zorg

- Communiceren met de patiënt, via portals en persoonlijke gezondheidsomgevingen;
- Uitwisselen data tussen zorgaanbieders;
- Verlenen van zorg op afstand: e-consult en monitoring van patiënten;
- Toepassen van data analytics voor verbeteren kwaliteit en effectiviteit van zorg.

Niveau 3: het digitale zorgnetwerk

- Digitale zorgplatformen als standaard uitwisselmechanisme tussen zorgaanbieders;
- Geavanceerde beslisondersteuning op basis van big data en kunstmatige intelligentie.

Bron:

Wie doet het met wie; tijd voor serieuze relaties in de regio. KPMG Health 2018, zie [link](#)

¹Zorg voor uitkomst, Santeon, zie [link](#); Oncologie cijfers, NFU, zie [link](#); IVF registratie, NVOG zie [link](#); Anthonie van Leeuwenhoek ziekenhuis, zie [link](#)

²KPMG, *Goed beter best - Transparantie in de zorg: hoe scoort Nederland ten opzichte van andere zorgsystemen?*, 2017

Aanbevelingen

6 Aanbeveling: verminder versnippering door een hogere organisatiegraad in de 1^e lijn

Om de gewenste patiëntreizen zonder versnippering tussen aanbieders te realiseren is de juiste organisatiegraad en infrastructuur nodig. De juiste organisatiegraad is een veel gehoord, maar weinig gedefinieerd begrip. Reden daarvoor is dat er niet één manier is waarop zorg en professionals zouden moeten worden georganiseerd. Zo heb je bijvoorbeeld zorggroepen die o.a. ondersteunen bij de organisatie van ketenzorg. Of er zijn meer digitale netwerken waarin bijvoorbeeld professionals voor Parkinson patiënten met elkaar verbonden zijn, zoals ParkinsonNet.¹

Over het algemeen lijkt de huidige 1^e lijn niet altijd voldoende georganiseerd om de juiste zorg op de juiste plek volledig te kunnen realiseren. Zeker wanneer grotere investeringen in infrastructuur moeten worden genomen zijn veel organisaties 'sub-scale'. Een faciliterende regionale organisatie / samenwerkingsverband, en wellicht landelijke ketenvorming voor beroepsgroepen in de 1^e lijn, zoals bij apotheken al gebeurt, kunnen managementondersteuning creëren die organisatiegraad verhogen. Ook kan netwerkvorming worden aangemoedigd door beloning, zie hiervoor het voorbeeld New York State op de volgende pagina.

Alhoewel wenselijk, is het ons inziens lastig om deze aanbeveling te concretiseren in hoofdlijnenakkoorden, aangezien het hier gaat om beslissingen van private partijen die niet 'centraal' aangestuurd worden in de Nederlandse zorg.

7 Aanbeveling: neem meer regie en zorg voor opschaling

Deze rapportage staat vol met goede voorbeelden van de juiste zorg op de juiste plek, maar deze voorbeelden zijn veelal niet landelijk opgeschaald. Soms is hier een goede reden voor, bijvoorbeeld omdat de oplossing alleen

van toepassing is op een bepaalde regio. Vaak blijft het echter 'gewoon' bij een geïsoleerd goed voorbeeld. Een van de oorzaken hiervoor is de vaak matige of beperkte (data-gedreven) evaluatie. Hierdoor blijft onduidelijk wat het effect van een goed voorbeeld is op de uitkomsten en de kosten van zorg.

Om landelijke opschaling van succesvolle initiatieven mogelijk te maken is meer regie nodig. Hier is bij uitstek een rol weggelegd voor zorgverzekeraars. Succesvolle interventies in de ene regio dienen te worden ingekocht in de andere regio, waarbij zorgaanbieders dienen te worden 'verleid' tot anders werken.

Om zorgverzekeraars beter in staat te stellen dit te bewerkstelligen dient hun instrumentarium in orde te worden gebracht. Om te sturen op kwaliteit en innovatie heeft de zorgverzekeraar het instrument van selectieve inkoop. Patiënten kunnen hierdoor worden gestimuleerd om naar bepaalde zorgaanbieders te gaan, als de kwaliteit daar hoger is. Op dit moment is het echter zo dat patiënten die voor een niet-gecontracteerde aanbieder kiezen, toch een deel van de kosten vergoed krijgen. In de praktijk is dit zeventig tot tachtig procent. Dit percentage is dusdanig hoog, dat het voor zorgaanbieders kan lonen om met een zorgverzekeraar geen contract te sluiten. Dit kan leiden tot rare situaties. Bij een pilot rond de wijkverpleging in Utrecht, waar zorgverzekeraar Zilveren Kruis met een aantal aanbieders een contract sloot, leverden aanbieders zonder contract zo veel zorg dat er voor de gecontracteerde aanbieders te weinig budget overbleef. Hierdoor werd succesvolle uitrol van die pilot verhinderd. Bijkomend nadeel is dat de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg een onbeheersbare kostenpost is, omdat deze kosten niet binnen de gemaakte contracten vallen.

Daarnaast kunnen afspraken voor opschaling van reeds bewezen succesvolle voorbeelden worden gemaakt in de akkoorden.

¹ ParkinsonNet, [link](#)

Aanbevelingen

Het Delivery System Reform Incentive Payment (DSRIP) programma

Het DSRIP programma in New York State is een voorbeeld van een grote regionale transformatie, waarbij aanbieders samenwerken in een multidisciplinair netwerk.

In New York state was de zorg (ook) erg versnipperd. Om meer samenhang te creëren en onnodig zorggebruik tegen te gaan, is het DSRIP programma in het leven geroepen. Hoofddoel is een afname van het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames en SEH-bezoeken. Hiervoor was samenwerking nodig tussen grote groepen zorgaanbieders, binnen een tijdsbestek van vijf jaar. Om aanbieders tot deelname te verleiden, is gekozen voor een aanpak waarin ze werden beloofd voor elke stap in de gewenste richting. Dit zag er (versimpeld) zo uit:

– **Periode 1:** Aanbieders vormen zorgnetwerken om gezamenlijk de zorg voor bepaalde patiëntgroepen te regelen. Verschillende type aanbieders maken deel uit van “performing provider systems” (PPS), zoals ziekenhuizen, verzorgingshuizen, verpleegfaciliteiten, verzorgingshuizen en andere stakeholders. Aanbieders kregen een beloning als ze deelnamen aan een samenwerkingsverband. Zo zijn in korte tijd 25 (grote) samenwerkingsverbanden (PPS's) gevormd.

– **Periode 2:** Aanbieders kregen een beloning voor het kiezen en opstarten van verbetertrajecten, aan de hand van een keuzemenu.

– **Periode 3:** Aanbieders kregen een beloning voor het aanleveren van kwaliteitsinformatie. Of de kwaliteit van zorg goed was, speelde (nog) geen rol, alleen de aanlevering zelf telde.

– **Periode 4:** Aanbieders kregen een beloning als hun kwaliteit van zorg boven een vooraf vastgestelde norm zat. Die kwaliteit werd zo veel mogelijk vastgesteld per patiëntgroep en niet per aanbieder, om samenwerking en preventie te stimuleren.

Na de vierde periode is de transitie in principe afgerond. Tijdens de looptijd wordt ook gewerkt aan een aangepast bekostigingsmodel, zodat behaalde resultaten duurzaam zijn en aanbieders ook een blijvende prikkel houden voor samenwerking en preventie.

In Nederland kan het belonen in processtappen ook een krachtig middel bij transformatie zijn. Ook kan bij ons het ‘verleiden van aanbieders’ een sterke prikkel zijn om juiste zorg op de juiste plek aan te jagen.

Bronnen:

New York State Department of Health, zie [link](#)

KPMG Health, Wie doet het met wie; tijd voor serieuze relaties in de regio. 2018, zie [link](#).

Aanbeveling: Onderzoek of (virtuele) pooling Zvw, Wlz en Wmo

8

In de huidige situatie zijn de budgetten versnipperd over verschillende domeinen en verschillende aanbieders. Dergelijke schotten verhinderen gerichte samenwerking om de gezondheid van de populatie te bevorderen en leiden tot afwenteling van kosten tussen domeinen. De impact van schotten wordt in Nederland geschat op minimaal €1,5 miljard onnodige kosten per jaar.¹ Het (virtueel) poolen van budgetten in de Zvw, Wlz en de Wmo kan deze schotten (lokaal) wegnemen. Poolen van budgetten kan ook de uitvoering van een regiovisie ondersteunen. Het poolen van budgetten kan op twee niveaus:

1. Op het niveau van aanbieders. In Zoetermeer, bijvoorbeeld, hebben negen huisartsenpraktijken, een wijkverpleegkundige organisatie en een thuiszorgorganisatie de middelen voor zorg voor kwetsbare ouderen bij elkaar gebracht.² Van dit budget betalen ze 1^e lijns-verpleegkundigen die zowel namens de huisarts, de thuiszorgorganisatie als de wijkverpleegkundige organisatie zorg en ondersteuning aan een populatie van kwetsbare ouderen biedt en daardoor korte linkjes in het hele professionele netwerk heeft.
2. Poolen van budgetten van bekostigers, namelijk gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars. Gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars kunnen een deel van hun budgetten samenbrengen om samenhangende zorg en ondersteuning te (laten) leveren voor hun populatie. Hierdoor wordt een belang van primaire en secundaire / zorggerelateerde preventie samengebracht en kunnen beide partijen voordeel behalen. Het kader op de volgende pagina licht een voorbeeld toe uit het Verenigd Koninkrijk waarin dit wordt toegepast.

¹ Next level gezondheidszorg: Hoe de zorg efficiënter en beter kan, SiRM, 2016, zie [link](#)

² Zie deze [link](#)

Aanbevelingen

Poolen van budgetten van bekostigers: een voorbeeld uit het Verenigd Koninkrijk

In Engeland worden in toenemende mate budgetten van gemeenten en zorginkopers gebundeld om zoveel mogelijk schotten, beheers- en administratiekosten te voorkomen. Clinical Commissioning Groups (CCG's - de inkopers van curatieve zorg) fuseren hun budget met de inkopers in het sociaal domein (de gemeenten).

Een dergelijke aanpak is ook geschikt voor Nederland. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat het Nederlandse systeem, met meerdere zorgverzekeraars per gemeente, maakt dat een dergelijke aanpak afspraken tussen meer dan twee partijen vereist. Het opzetten van een regionale financieringscoöperatie kan hiervoor tot de mogelijkheid behoren. Hiermee is deze oplossingsrichting uitdagender voor ons dan voor de Britten.

Bron:
Zie bijvoorbeeld deze [link](#)

9

Aanbeveling: Zorg voor de juiste prikkels voor juiste zorg op de juiste plek

Financiering vormt een belangrijke prikkel om de juiste zorg op de juiste plek te organiseren en te leveren. Hierbij is het dus belangrijk dat dit op zijn minst niet hindert.

In tegenstelling tot wat soms gedacht wordt, zijn er binnen de huidige bekostigingsstructuur in zowel de 1^e als 2^e lijn verschillende betaaltitels voor technologie, organisatie (bijv. O&I) en teleconsultatie.¹ Als zorg die op afstand geleverd wordt vergelijkbaar is met de fysieke zorg dan kan dat vanuit de bestaande prestaties worden gedeclareerd.

Echter, ondanks de aanwezigheid van deze betaaltitels hebben aanbieders vaak nog geen financieel belang voor het investeren in de juiste zorg op de juiste plek. De investering kan op dit moment namelijk vaak niet worden 'terugverdiend'. Dit komt doordat zorg in 2^e en 1^e lijn grotendeel op basis van productie wordt bekostigd.

¹ NZa, *Wegwijzer bekostiging e-health*, september 2017; Menzis en FocusCura, *Playbook, de toekomst van de zorg vraagt om actie*, 2018; NZa *Tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg*, juli 2017

Op het moment dat investering in zorg op de juiste plek (bijv. door technologie) leidt tot minder contacten met de 1^e en 2^e lijn (lees productie) worden de inkomsten voor de aanbieders ook minder. Dit vormt een negatieve prikkel om te investeren in juiste zorg op de juiste plek.

De praktijk in binnen- en buitenland wijst uit dat contractinnovatie (met shared savings) de weg vooruit is (zie voorbeeld New York State op volgende pagina). Van deze contractinnovaties zijn diverse voorbeelden in Nederland (o.a. Bernhoven, ParkinsonNet, etc.), maar de opschaling gaat langzaam.

Taakstellende afspraken over de innovatieve contractvormen kan een middel zijn om in de hoofdlijnenakkoorden afspraken te maken over opschaling. Ook fasering in de opschaling (zie kader DSRIP op p. 60) is van belang voor het draagvlak van deze verandering.

Een andere oplossingsrichting is het verminderen of elimineren van productieprikkels door meer te belonen op uitkomsten op populatieniveau. Denk hierbij bijvoorbeeld aan additionele inkomsten bij een laag percentage COPD-patiënten met exacerbaties of bij een laag percentage van SEH-bezoeken dat tot ziekenhuisopnames leidt. Deze contractinnovaties dienen plaats te vinden tussen zorgverzekeraars en aanbieders en in zowel de 2^e als 1^e lijn, maar ook binnen het ziekenhuis naar medisch specialisten en MSB's wil dit tot resultaat leiden.

Voor de 1^e lijn is een verschuiving naar meer betalingen voor de populatie via abonnementstarieven en minder betalingen per minuut / consult raadzaam. Ook dit kan veelal binnen de bestaande bekostiging via contractinnovaties.

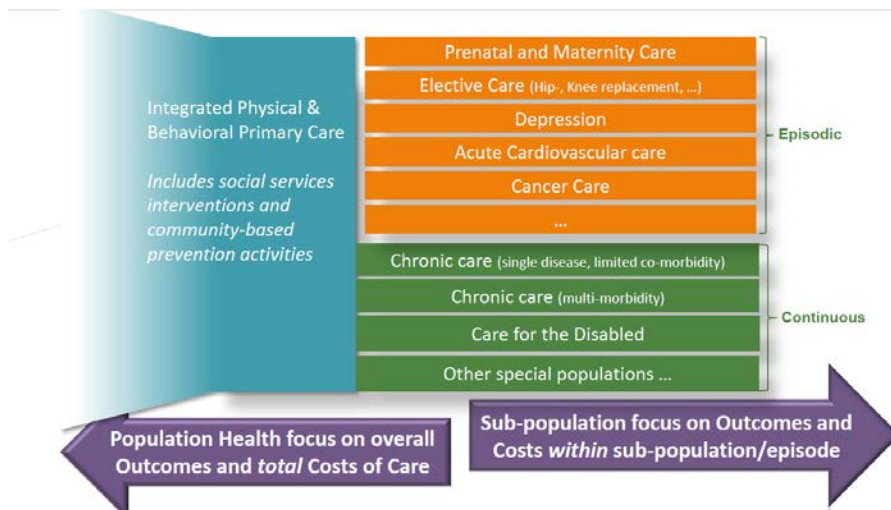
Indien deze contractinnovaties in gang worden gezet, zal dit (geleidelijk) leiden tot activiteit en omzetsdaling van sommige zorgaanbieders. Deels kan dit opgevangen worden met een stijgende zorgvraag van andere doelgroepen, maar soms zullen hier ook transitiearrangementen moeten worden opgesteld om afschaling financieel mogelijk te maken.

Aanbevelingen

Meerjarige shared savings contracten, waarbij de vermindering van omzet/mindere stijging voor de zorgaanbieder met enige vertraging ingaat zijn bewezen goede vehikels om dit te doen.

Om voortgang te boeken op dit dossier adviseren wij taakstellende afspraken te maken met zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de 1^e en 2^e lijn over het percentage van de gecontracteerde zorg in 2021 waarop contractinnovatie van toepassing is.

Passende bekostiging in New York State



Passende bekostiging in New York State

In New York State (NYS) is de afgelopen jaren hard gewerkt aan invoeren van bekostiging op basis van geleverde waarde. Hierbij zijn verschillende bekostigingsvormen gecombineerd, om het hele continuüm van zorg te bestrijken. Om preventie te ondersteunen, is op een aantal plekken gekozen voor populatiebekostiging. Aanbieders die hun populatie gezond houden, houden meer geld over.

De zorg in de 2^e lijn is verdeeld in drie categorieën (zie ook figuur links):

1. Zorg die normaal gesproken van korte duur is. Denk aan geboortezorg of zorg bij een gebroken been.
2. Zorg die over langere tijd geleverd wordt, maar waarbij de aandoening (redelijk) op zichzelf staat.
3. Zorg die over langere tijd geleverd wordt en waarbij de aandoening breed impact heeft op gezondheid en welbevinden.

Voor zorg van korte duur (eerste categorie) maakt NYS gebruik van bundled payments: een eenmalig bedrag voor de zorg, per patiënt, rondom een aandoening. Een mooi voorbeeld is geboortezorg. Daar is één bedrag voor beschikbaar, waar ook eventuele complicaties uit betaald worden.

Ook voor de tweede categorie zijn bundled payments een optie, maar dan met een jaarlijks bedrag per patiënt. Bij chronische aandoeningen zoals diabetes zorgt dit voor meer focus op het voorkomen van complicaties. Voor het jaar van ontdekking, dat bij dit soort aandoeningen vaak relatief duur is vanwege de diagnostiek, is soms een extra bedrag beschikbaar.

In de derde categorie zijn ernstige psychiatrische aandoeningen een goed voorbeeld. Bij deze aandoeningen is het meestal ondoenlijk om de zorg hiervoor te scheiden van de overige zorg. Voor deze patiënten kiest NYS daarom voor een vast bedrag per patiënt per jaar voor alle zorg samen. Een soort populatiebekostiging, maar dan voor een groep patiënten met een specifieke aandoening.

Bron:
New York State department of Health, DSRIP, Shared Savings, and the Path towards Value Based Payment, zie [link](#)

Aanbevelingen

10

Aanbeveling: Stel een meerjarenagenda op voor juiste zorg op juiste plek en monitor data-gedreven of doelstellingen worden bereikt

Leiderschap is een voor de hand liggende conditie, en uit ons onderzoek blijkt leiderschap inderdaad belangrijk te zijn voor vernieuwing richting juiste zorg op de juiste plek. Veel van de voorbeelden van juiste zorg op de juiste plek komen voort uit initiatieven van een kleine groep van gemotiveerde mensen, die van de leiding van hun organisatie (of op eigen titel) de vrijheid krijgen om nieuwe concepten te ontwikkelen.

Om dit type leiderschap ook via de hoofdlijnenakkoorden te stimuleren adviseren wij het opstellen van een meerjarenagenda voor doelgroepen/aandoeningen waarvoor juiste zorg op de juiste plek wordt nagestreefd, de voortgang data-gedreven te monitoren en afspraken te maken over hoe de condities voor zorg op de juiste plek voor deze doelgroepen worden ingevuld.

De afgelopen jaren is de substitutiebeweging van ziekenhuizen naar huisartsen en ketenzorg middels een afsprakenmonitor in kaart gebracht.^{1,2} Deze monitor gaf een prospectief beeld van de financiële omvang van de gemaakte substitutieafspraken. Doordat zowel de realisatie van de gemaakte afspraken als een breder perspectief van de gemaakte voortgang ten opzichte van het totale potentieel ontbrak in deze monitor, was het verkregen inzicht, en de consensus hierover, suboptimaal.

We pleiten er daarom voor om:

- Een kanteling te maken van schattingen op basis van afspraken naar data-gedreven monitoring van realisatie;
- De monitor te verbreden van substitutie naar juiste zorg op de juiste plek;
- De resultaten van de monitor af te zetten tegen een gezamenlijk geformuleerde meerjarenagenda.

¹ Afsprakenmonitor 2015, KPMG, zie [link](#)

² Afsprakenmonitor 2016, KPMG, zie [link](#)

Om dit te kunnen realiseren is het belangrijk om focus aan te brengen. We pleiten daarom voor identificatie van een top 10 van doelgroepen waarvoor juiste zorg op de juiste plek de grootste impact op patiënt en maatschappij kan hebben.

Het kader hieronder beschrijft een mogelijk stappenplan om tot een meerjarenagenda en een dergelijke data-gedreven monitor te komen.

Stappenplan om te komen tot een meerjarenagenda en data-gedreven monitor voor juiste zorg op de juiste plek:

1. Bepaal gezamenlijk de top 10 (of top 5, top 20, top 30) van doelgroepen waarbij juiste zorg op de juiste plek het meeste impact kan maken voor de patiënt en maatschappij door herstructurering van het Nederlandse zorglandschap.
2. Druk voor deze top 10 de huidige situatie concreet uit (bijvoorbeeld specifieke doelstellingen voor DOT producten en/of 1^e lijns activiteiten die digitaal in plaats van fysiek of op de juiste plek (1^e of 0^e lijn) geleverd moeten worden. Maak specifiek hoeveel de verandering op macroniveau moet zijn).
3. Formuleer gezamenlijk een ambitie voor de juiste zorg op de juiste plek voor deze top 10. Maak deze ambitie concreet (zie ook stap 2) en stel gezamenlijk een meerjarenagenda op. Maak hierin afspraken over de fasering en hoe de condities kunnen worden ingevuld om op korte termijn en op langere termijn zorg op de juiste plek te organiseren. Houd hierbij rekening met eventuele extra prikkels en investeringen om de uitvoering van de agenda aan te jagen.
4. Maak gezamenlijk afspraken over hoe de juiste zorg op de juiste plek op een data-gedreven manier gemonitord dient te worden en neem waar nodig actie om een dergelijke data-gedreven monitor te kunnen bewerkstelligen. Zorg dat de data-gedreven aanpak dusdanig is ingericht dat de monitor de vraag kan beantwoorden of juiste zorg op de juiste plek daadwerkelijk gerealiseerd is.

Tot slot

Via het invoeren van de genoemde aanbevelingen kan de Nederlandse zorg in de periode 2018-2021 weer een flinke stap vooruit zetten in het realiseren van de juiste zorg op de juiste plek. Dit kan alleen met de inzet en energie van alle betrokken partijen.

Uit de vele gesprekken die we gevoerd hebben blijkt dat iedereen achter het beoogde resultaat staat:

- Een burger/patiënt die in staat is om een grotere rol in zijn gezondheid te nemen;
- Er wordt samengewerkt tussen professionals op basis van meer vertrouwen en een meer domein overstijgende visie op gezondheid.
- We verduurzamen onze zorg door inzet op ICT en technologie, waardoor we ook in een vergrijzende samenleving de oplopende zorgvraag aankunnen.

Op basis van bovenstaande hebben we dan ook alle vertrouwen in een set goede afspraken in de hoofdlijnakoorden en gaan ervan uit met deze rapportage een bijdrage hieraan te leveren. We danken alle betrokken partijen voor hun input en medewerking.

KPMG Health, Maart 2018



Bijlagen





1

Aanpak
consequenties



Semi-kwantitatieve aanpak consequenties benodigde personele capaciteit

Semi-kwantitatieve aanpak consequenties benodigde personele capaciteit

We hebben voor iedere persona een identieke aanpak gevolgd om de consequenties van juiste zorg op de juiste plek op de benodigde personele capaciteit te duiden. Zoals beschreven in hoofdstuk 2 rapporteren we de consequenties op benodigde capaciteit semi-kwantitatief om schijnnaauwkeurigheid te voorkomen.

Om tot deze semi-kwantitatieve bevindingen te komen, brengen we zowel voor de huidige situatie als voor de gewenste situatie de benodigde personele capaciteit in kaart.

Hiervoor gebruiken we per persona en per beroepsgroep het volgende stappenplan:

1. Bepalen van aantal patiënten
 - *Op basis van openbare bronnen zoals Vektis, CBS, SCP, IKNL en RIVM*
2. Bepalen van het gemiddeld aantal patiëntgebonden minuten per jaar per FTE zorgprofessional
 - *Op basis van openbare bronnen zoals CAO's en openbare ziekteverzuimcijfers en productiviteitscijfers, en op basis van input vanuit projectgroep*
3. Bepalen van gemiddelde contactduur per patiënt per jaar in huidige situatie
 - *Op basis van openbare bronnen zoals het Nivel en Vektis, interviews met professionals en input vanuit projectgroep*
4. Bepalen van gemiddelde contactduur per patiënt per jaar in gewenste situatie (juiste zorg op de juiste plek)
 - *Op basis van beschrijving van de gewenste patiëntreis, interviews met professionals en input vanuit projectgroep*
5. Bepalen van de delta in gemiddelde contactduur per patiënt door juiste

zorg op de juiste plek

- *Gemiddelde contactduur per patiënt in gewenste situatie (4) minus huidige situatie (3)*

6. Bepalen van totale delta in contactduur voor alle patiënten door juiste zorg op de juiste plek
 - *Vermenigvuldigen van de delta in gemiddelde contactduur per patiënt (5) met het aantal patiënten (1)*
7. Bepalen van totale delta in benodigde personele capaciteit door juiste zorg op de juiste plek
 - *Delen van de totale delta in contactduur voor alle patiënten (6) door het aantal patiëntgebonden minuten per FTE (2)*

Extrapolatie van consequenties per persona naar de totale set aan consequenties door juiste zorg op de juiste plek

Bovenstaand stappenplan beschrijft de stappen om per persona de consequenties te bepalen van juiste zorg op de juiste plek. Deze consequenties zijn semi-kwalitatief per persona weergegeven in hoofdstuk 3.

Om van deze consequenties per persona naar de overkoepelende consequenties van juiste zorg op de juiste plek te komen, zoals gerapporteerd in hoofdstuk 4, zijn twee additionele stappen nodig:

- **Extrapoleren van consequenties persona's naar patiëntreizen.** Dit doen we op basis van zorgkosten. Bijvoorbeeld: de zorg voor mensen met beroerte (persona) kost ca. 2,3 miljard euro. Alle acute zorg (de volledige patiëntreis) kost ca. 7,6 miljoen euro. Dit betekent dat de consequenties met een factor 3,3 vermenigvuldigd worden om de extrapolatie naar de patiëntreis te maken.
- **Sommeren van de verschillende consequenties van de vijf patiëntreizen.** De overkoepelende consequenties verkrijgen we vervolgens door de consequenties van de vijf patiëntreizen te sommeren.

Uitwerking

Patiënt met chronische zorgvraag



Beschrijving persona

Op basis van beschikbare informatie¹ hebben we een veelvoorkomend profiel voor de persona "Patiënt met chronische zorgvraag" geschetst.

PATIENTKENMERKEN

ZORGBEHOEFTE

<p>Karakteristieken</p> <ul style="list-style-type: none"> - Man, 65 jaar - Werkloos - BMI is 31 - Lage gezondheidsvaardigheden: • Rookt (al meer dan 20 pack years) 	<ul style="list-style-type: none"> • Voldoet niet aan beweegnorm • Ongezonde voeding - Niet westerse komaf - Taalbarrière, de man kan weinig Nederlands spreken en lezen - Kan wel lezen in moedertaal - Schulden
<p>Sociale en emotionele context</p> <ul style="list-style-type: none"> - Woont zelfstandig met partner - Sociaal netwerk in de directe omgeving - Twee kinderen, wonen aan andere kant van Nederland. Deze spreken en 	<p>Welzijnsdoelen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wil graag 10 kilo afvallen en stoppen met roken zodat hij bij inspanning minder benauwd is en zelfstandig twee keer per week naar het koffiehuis kan lopen (1 km) en dagelijks naar de moskee (om de hoek) - Wil in staat zijn om zijn kinderen te blijven bezoeken
<p>Professionele context</p> <ul style="list-style-type: none"> - Werkloos, geen uitzicht op werk vanwege zijn leeftijd - Hoogst gehaalde opleiding is een praktijkopleiding in land van herkomst - Heeft in verleden wisselende banen 	<p>Preferente wijze om zorg te consumeren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dicht bij huis - Wil het liefst zoveel mogelijk (directief) gecoacht worden - Behoeft aan extra aandacht voor uitleg medicatie en adviezen - 1 helder aanspreekpunt voor alle vragen
<p>Medische context</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabiele situatie van COPD, lichte ziektelast - Eenmalige exacerbatie in voorgeschiedenis 	<p>Huidige beperkingen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er is sprake van lage gezondheidsvaardigheden - Wordt vaak door sociale netwerk weer teruggehaald naar ongezond gedrag - Foutief medicijngebruik - Zit slecht in zijn vel: ervaart gezondheid en functioneren als slecht - Taalbarrière is een beperking in het ontvangen van zorg en ondersteuning <p><small>¹Bronnen gebruikt voor samenstelling van deze persona:</small></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zorgregistraties eerste lijn voor COPD en diabetes, Nivel zie link en link - Zelfmanagement vanuit het perspectief van mensen met astma of COPD, Nivel 2012, zie link - Pakketscan COPD, Zorginstituut Nederland 2013, zie link - Diabetes in Nederland, RIVM 2007, zie link - Transparante ketenzorg, Ineen 2017, zie link - Diabetes en feiten en cijfers astma en COPD, Pharos 2016, zie link en link - NHG-standaard diabetes - NHG-standaard COPD - Zorgstandaard diabetes type 2, NDF zie link - Zorgprismapubliek, 2013 - Gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend, Nivel 2014, zie link

Beschrijving gewenste patiëntreis - (start) behandeling (1/4)

De man is reeds in beeld door meerdere bezoeken aan de huisarts vanwege zijn COPD en diabetes mellitus type II (DM II). De huisarts heeft de coördinatie van de zorg via de coördinerend zorgverlener¹ in gang gezet volgens lokale samenwerkingsafspraken. De aandacht binnen de gewenste patiëntreis ligt op behandeling, zelfmanagement en monitoring. Op deze en de volgende pagina's vindt u de gewenste patiëntreis van deze man na diagnose van zijn chronische aandoeningen en bij (start van) behandeling. Hierbij is rekening gehouden met bestaande richtlijnen.

Wat en waar?	Hoe vindt de gewenste patiëntreis in de praktijk plaats? <i>Onderstaand beschrijft <u>niet</u> de huidige situatie</i>
<p>1 Voorlichting en educatie <i>Thuis/Dicht bij huis</i></p> <p>N.B. Zelfmanagement is weergegeven op slide 66 en 67</p>	<p>De coördinerend zorgverlener informeert de man (eventueel met zijn dochter als tolk) over het bestaan van het voorlichtings- en educatiemateriaal. Dit (online) voorlichtings- en educatiemateriaal (gericht op patiënten-perspectief) is beschikbaar voor de man over zowel COPD als diabetes. Dit is beschikbaar in verschillende vormen (filmpjes, tekst, audiofragmenten). De man maakt gebruik van video's waarbij er in de moedertaal van de man uitleg wordt gegeven. Bij openstaande vragen kan de man digitaal contact opnemen voor (Turkse) hulp, waarbij een fysieke afspraak met de coördinerend hulpverlener plaats vindt indien nodig geacht. Hierbij is het digitale communicatiemiddel in verschillende talen beschikbaar en ook zo opgesteld dat laaggeletterden gemakkelijk kunnen communiceren (bijvoorbeeld in beelden). Voorlichting is ook voor zijn partner en kinderen beschikbaar. De man kan zich ook inschrijven voor groepseducatie die ingesteld is op mensen met dezelfde taal, cultuurhistorische en sociale gelijkheid.</p>

¹ De coördinerend zorgverlener is het eerste aanspreekpunt voor de patiënt en heeft overzicht over de (diverse typen) zorg die aan de patiënt geleverd wordt of kan worden. Indien nodig betreft de coördinerend zorgverlener de huisarts, paramedici, wijkverpleging of het sociaal domein. De coördinerend zorgverlener is samen met de patiënt verantwoordelijk voor het persoonlijk zorg- en welzijnsplan van de patiënt.

De rol van coördinerend zorgverlener kan door verschillende professionals worden ingevuld, waarbij minimaal een zorggerelateerde HBO opleiding nodig is om een deel van de zorg zelf te kunnen leveren en een goede inschatting te maken wanneer doorverwijzing nodig is. Concreet kan hierbij worden gedacht aan een praktijkverpleegkundige of een (eventueel bijgeschoolde) praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk of een wijkverpleegkundige. Wie de rol van coördinerend zorgverlener op zich neemt is afhankelijk van hoe de zorg lokaal reeds is georganiseerd en georganiseerd gaat worden.

Beschrijving gewenste patiëntreis - (start) behandeling (2/4)

Wat en waar?	Hoe vindt de gewenste patiëntreis in de praktijk plaats? <i>Onderstaand beschrijft <u>niet</u> de huidige situatie</i>
<p>2 Vaststellen gezondheids- en welzijnsdoelen <i>Thuis/Dicht bij huis</i></p> <p>Herijking van de doelen vindt plaats in stap 8 "3-tot 6 maandelijks controles"</p>	<p>De coördinerend zorgverlener bespreekt de gezondheids- en welzijnsdoelen met de man, waarbij hulp geboden kan worden middels een tolk of mantelzorger. Dit bevat zowel de mentale, fysieke, sociaal-emotionele als zingevingsdoelen. Deze doelen kunnen ook digitaal zelfstandig ingevuld worden, maar de man kiest er voor om dit in het gesprek met de coördinerend zorgverlener en zijn dochter (die vertaalt) te doen. De zorgcoördinator gaat hier mee aan de slag en neemt indien nodig nog aanvullende meetinstrumenten (zoals een risicoanalyse) af. De welzijnsdoelen inclusief bijbehorende zorgbehoeften van de man worden opgenomen in een persoonlijk digitaal plan. Dit digitaal dossier is inzichtelijk voor zowel de man zelf, de familieleden waarvoor hij toestemming geeft en alle (toekomstige) betrokken zorgverleners. De coördinerend zorgverlener heeft een multidisciplinair netwerk dat aan de hand van zowel de gezondheids- en welzijnsdoelen als een uitgevoerde risicoanalyse kan worden ingeschakeld. De coördinerend zorgverlener bespreekt vervolgens met de man en zijn dochter wat er nodig is om zijn doelen te behalen.</p>

Beschrijving gewenste patiëntreis - (start) behandeling (3/4)

Wat en waar?	Hoe vindt de gewenste patiëntreis in de praktijk plaats? <i>Onderstaand beschrijft <u>niet</u> de huidige situatie</i>
<p>3 Niet medicamenteuze adviezen en/of behandeling in relatie tot doelen <i>Thuis/Dicht bij huis</i></p>	<p>Op basis van de gezondheids- en welzijnsdoelen bespreekt de coördinerend zorgverlener wat de man (met zijn vrouw, kinderen en/of sociaal netwerk) zelf kan oppakken en hoe hij dat zou kunnen doen. De man geeft aan voor bepaalde elementen graag geholpen te worden. Hiervoor verwijst de coördinerend zorgverlener door naar online hulp en/of fysieke hulpverleners. Algemene adviezen betreffen onder andere beweging, voeding en roken. Digitale adviezen zijn beschikbaar voor verschillende culturen/talen/opleidingsniveaus.</p> <p>De man wordt doorverwezen naar de diëtist, de oefen- en fysiotherapeut en het sociaal domein. Hierbij zorgt de coördinerend zorgverlener voor een telefonische overdracht en houdt hij het overzicht over alle betrokken zorgverleners. De verschillende zorgverleners kunnen allen het persoonlijk digitaal elektronisch dossier van de man inzien en aanvullen. Het is voor alle professionals duidelijk wat de bijzonderheden van de man zijn en welke professionals betrokken zijn. De man kan voor de ondersteuning op gebied van leefstijl terecht op één locatie in de buurt, waar oefen- en fysiotherapeut en diëtist nauw met elkaar samenwerken in het opstellen van een programma en adviezen aansluitend bij de doelen van de man. Hier wordt de man persoonlijk door de diëtist begeleid en krijgt de man ondersteuning door middel van beweegzorg bij de oefen- en fysiotherapeut. De man wordt volgens zijn motivatie en hulpvraag, gerelateerd aan beweging en participatie, in een subgroep ingedeeld. Voor het stoppen met roken gebruikt de man nicotinepleisters. Met de gemeente worden afspraken gemaakt en doelen opgesteld ten aanzien van zijn schulden en wordt hij ondersteund door de schuldhulpverlening.</p> <p>De professionals bepalen op hun vakgebied met de man wanneer de doelen behaald zijn (dat doet niet de coördinerend zorgverlener). Alle afspraken, doelen en voortgang worden in het digitale dossier vastgelegd. De professionals kunnen onderling snel overleggen via het digitale forum. Dit is allemaal inzichtelijk voor de man. De coördinerend zorgverlener kan dit bespreken met hem (met tolk en/of dochter).</p>
<p>4 Preventie van complicaties <i>Thuis/ Dicht bij huis</i></p>	<p>Aan de hand van de opgestelde risicoanalyse (zie 2) is een verwijzing voor advies (ter preventie) en behandeling door een huidtherapeut op zijn plaats. De huid- en oedeemtherapeut geeft advies (eventueel digitaal) met betrekking tot zelfmanagement en verzorging van de huid.</p>

Beschrijving gewenste patiëntreis - (start) behandeling (4/4)

Wat en waar?	Hoe vindt de gewenste patiëntreis in de praktijk plaats? <i>Onderstaand beschrijft <u>niet</u> de huidige situatie</i>
<p>5 Medicamenteuze behandeling <i>Dicht bij huis</i></p>	<p>De huisarts¹ en de man (en zijn dochter) bepalen de medicamenteuze behandeling met diabetes medicatie en/of inhalatiemedicatie. Hierbij is er, indien nodig, ruimte voor langere consulttijd. Ook betreft de huisarts de resultaten van de door de coördinerend zorgverlener opgestelde risicoanalyse op complicaties in het gesprek over medicamenteuze behandeling.</p> <p>In de huisartsenpraktijk van de man is een apotheker werkzaam. Deze zorgt ervoor dat de medicatie van de man voldoende is afgestemd op zijn eigen kenmerken en bijzonderheden. Indien de man daar behoefte aan heeft, geeft de apotheker extra toelichting en uitleg over de te nemen medicatie. Deze is gericht op patiënteducatie en zelfmanagement. Ook monitort en controleert de apotheker de farmacotherapie van de man en schakelt waar nodig met de huisarts. Bij de keuze voor inhalatortype gaat de apotheker na of de patiënt bewust kan inhaleren en een adequate hand-longcoördinatie heeft. Afhankelijk van de mate van coördinatie en de inademingsstroom wordt door de apotheker het meest geschikte inhalatortype gekozen. Bij gebruik van verschillende middelen wordt gestreefd naar uniformiteit in toedieningsvorm en – systeem.</p> <p>Ook krijgt de man een digitaal programma waar zijn persoonlijke medicatieplan op is 'geïnstalleerd'. De man kan instellen of hij wilt dat dit programma hem alarmeert wanneer hij welk medicijn moet nemen.</p>

¹ De huisarts is verantwoordelijk voor de medicamenteuze behandeling en voert de uiteindelijke regie over eventuele doorverwijzing richting de medisch specialist (bijv. longarts, internist). Hierbij raadpleegt de huisarts telefonisch of via videoconsult zijn 2^e-lijns collega, alvorens (indien nodig) door te verwijzen naar de medisch specialist.

Beschrijving gewenste patiëntreis - zelfmanagement en monitoring (1/2)

Naast de (start) van behandeling wordt de man betrokken bij zijn zelfmanagement en monitoring om de man meer regie over zijn welzijn te geven. Hieronder vindt u de gewenste patiëntreis voor ondersteuning van de man bij zelfmanagement en monitoring.

Wat en waar?	Hoe vindt de gewenste patiëntreis in de praktijk plaats? <i>Onderstaand beschrijft <u>niet</u> de huidige situatie</i>
<p>6 Zelfmanagement <i>Thuis</i></p>	<p>Zelfmanagement wordt met de man en coördinerend zorgverlener afgestemd. Er wordt besproken wat minimaal haalbaar is en wat de prioriteiten van de man zijn. De man (en echtgenote) volgen een zelfmanagement programma. Dit is groepseducatie die gegeven wordt in de moedertaal van de man. Daarbinnen valt informatievoorziening, doelen stellen, oplossen van problemen, rolmanagement en bevorderen van self-efficacy. Volgens het principe van positieve gezondheid wordt er gekeken naar het vermogen om met fysieke, emotionele en sociale uitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren.</p> <p>De coördinerend zorgverlener instrueert de man over thuismetingen (gewicht, glucose, bloeddruk, registreren van benauwdheid aan de hand van Borgscores) en voorziet de man van de technologie om thuismetingen uit te voeren. Afspraken over frequentie van thuismetingen en aanvullende vragenlijsten (in te vullen door man met de dochter) worden vastgelegd in het digitaal persoonlijk plan. De inspanningscapaciteit, kracht en beweeggedrag worden gemeten, bijvoorbeeld door het gebruik van een bewegemeter (zoals een smartband). Technologie ondersteunt de interpretatie van resultaten tot automatische adviezen. Ook staat in het persoonlijk plan wanneer de man contact opneemt met zijn coördinerend zorgverlener. Bij zorgen kan de man ook 24/7 contact opnemen met een Medisch Service Center. Hierbij is er sprake van standaardisering en data-uitwisseling.</p>
<p>7 Monitoring <i>Op afstand</i></p>	<p>Resultaten van thuismetingen worden op afstand gemonitord door coördinerend zorgverlener en/of huisarts, ondersteund door technologie die de resultaten interpreteert op risico's en de coördinerend zorgverlener en/of huisarts alarmeert wanneer nodig. Hierdoor is er ook sprake van zorg op <i>het juiste moment</i>. Indien nodig neemt de coördinerend zorgverlener en/of huisarts (video)contact op met de man om benodigde zorg en ondersteuning (zowel in (para)medisch als in sociaal domein) te bepalen en te organiseren.</p>

Beschrijving gewenste patiëntreis - zelfmanagement en monitoring (2/2)

Wat en waar?	Hoe vindt de gewenste patiëntreis in de praktijk plaats? <i>Onderstaand beschrijft <u>niet</u> de huidige situatie</i>
<p>8 3- tot 6- maandelijkse controles <i>Thuis/Dicht bij huis</i></p>	<p>De coördinerend zorgverlener voert elke 3 tot 6 maanden (volgens afspraak met de huisarts) controles bij de man (thuis) uit o.b.v. lichamelijk onderzoek (BMI, bloeddruk, spirometrie, glucose) en de door de man (en dochter) ingevulde vragenlijsten. De man ontvangt digitale vragenlijsten die (in beeld/tekening) zijn welzijn uitvragen (onder andere gebruik makend van welzijn PROM's/PREM's).</p> <p>De coördinerend zorgverlener monitort bovenstaande en de informatie van paramedici over het behalen van de doelen. Op basis hiervan bepaalt de coördinerend zorgverlener of aanpassing nodig is van het niet-medicamenteuze deel van het persoonlijk plan.</p> <p>Tijdens deze controles worden ook de gezondheids- en welzijnsdoelen geëvalueerd in gesprek met de man (en dochter die als tolk optreedt).</p>
<p>9 Jaarlijkse controle <i>Dicht bij huis</i></p>	<p>Jaarlijks wordt het behandelplan (onderdeel van het persoonlijk plan) besproken tussen huisarts en de man. Huisarts kan alle gegevens uit het persoonlijk plan inzien middels een dashboard, waarin ook de toelichting van de coördinerend zorgverlener, paramedici en gemeente structureel is opgenomen.</p>

Bronnen gebruikt voor samenstelling van deze patiëntreis:

- NHG-standaard COPD
- NHG-Standaard Diabetes
- Zorgstandaard diabetes type 2, NDF zie [link](#)
- KNGF richtlijnen, beweginginterventies 2009, zie [link](#)
- Diabetes tot 2025, RIVM 2009, zie [link](#)
- Landelijke transmurale afspraak Diabetes Mellitus type 2, 2012, zie [link](#)
- Zorgprismapubliek, 213
- Protocol gestructureerde zorg, Diabetes Mellitus type 2, LHV, zie [link](#)
- Veilig en gezond thuis, Digizine Sensire, zie [link](#)
- Playbook, de toekomst van de zorg vraagt om actie, Menzis en FocusCura, 2018, zie [link](#)
- No place like home, Gupta 2017, zie [link](#)
- Stichting Overvecht Gezond en Buurteamorganisatie Sociaal Utrecht, Brochure Krachtige zorg, mei 2017, zie [link](#)
- MedMij website, zie [link](#)
- Samenwerking tussen huisarts en apotheker, Nivel 2016, zie [link](#)
- KNMP richtlijn, ter hand stellen, 2013, zie [link](#)
- KNMP richtlijn, COPD, 2014, zie [link](#)
- KNMP richtlijn medicatiebewaking, 2016, zie [link](#)
- KNMP richtlijn medicatiebeoordeling, 2013, zie [link](#)
- Nivel website, PREM's en PROM's, zie [link](#)
- Aanbod huisartsgeneeskundige zorg, LHV 2015, zie [link](#)

Conditie om de gewenste patiëntreis te realiseren

Onderstaand beschrijven we condities die de patiëntreis voor persona "Patiënt met chronische zorgvraag" faciliteren, danwel nodig zijn om deze te realiseren.

1. De patiënt is empowered om een rol (op maat) te nemen in het stellen van zijn eigen doelen en zijn zelfmanagement;
2. De coördinerend zorgverlener beschikt over de juiste competenties (incl. houding/gedrag) om de patiënt persoonsgericht te begeleiden bij zijn ziekte en gezondheid;
3. Er wordt gewerkt vanuit een gezamenlijke visie op gezondheid (in de wijk) en hoe persoonsgerichte zorg en ondersteuning lokaal te organiseren;
4. Er zijn duidelijke afspraken over de wijze van samenwerking (incl. rollen en verantwoordelijkheden) tussen verschillende zorgverleners en gemeente (sociaal domein) rondom deze patiënt, waarbij de coördinerend zorgverlener als centraal aanspreekpunt fungeert;
5. Er zijn duidelijke protocollen ten aanzien van signalering, triage en doorverwijzing aanwezig voor de zorgverleners in het netwerk;
6. Er is een gezamenlijke taal en wederzijds begrip onder zorgverleners die effectieve samenwerking bevordert;
7. Er is landelijke consensus over wat juiste zorg is gevat in richtlijnen, waarin flexibiliteit is opgenomen om persoonsgerichte zorg te leveren;
8. Er is een faciliterende regionale organisatie, regionale ondersteuning en managementondersteuning;
9. Tijd en middelen zijn beschikbaar om afspraken voor condities 3, 4 en 5 te maken en de organisatie van zorg en ondersteuning aan te passen;
10. Betaaltitels zijn beschikbaar voor tijd van professionals voor multidisciplinair overleg, teleconsultatie, inzet van digitale technologie en organisatie van zorg;
11. Adequate, niet-conflicterende, financiering voor de inzet van verschillende professionals is beschikbaar;
12. (Digitale) technologie is beschikbaar bij zowel patiënt/mantelzorger/professional in het kader van zelfmanagement en monitoring van de patiënt en communicatie;
13. Professional en patiënt staan open voor technologie en zijn in staat om met de digitale technologie te werken (patiënt eventueel ondersteund vanuit netwerk). Intuïtieve technologie ondersteunt dit;
14. Patiënt, mantelzorgers en zorgverleners hebben toegang tot een gezamenlijk digitaal persoonlijk plan voor de patiënt;
15. Patiëntgegevens zijn deelbaar tussen professionals, er zijn afspraken over wie waarin inzicht krijgt in het persoonlijk dossier en wat voor wijzigingen patiënt en zorgverleners kunnen aanbrengen in het persoonlijk plan. De patiënt heeft regie over de gegevens;
16. Er zijn voldoende goed opgeleide professionals op alle niveaus beschikbaar;
17. Wijze van huisvesting bevordert de samenwerking tussen professionals en locatie is in de buurt van de patiënt. Bij voorkeur zijn regelmatig samenwerkende professionals ook regelmatig bij elkaar op een gezamenlijke locatie (dit kan een flexibele locatie zijn);
18. Er is vertrouwen tussen patiënt, professionals en bekostigers (zorgverzekeraars/gemeente);
19. Wet- en regelgeving ondersteunt de samenwerking van professionals.

Uitwerking

Kwetsbare
oudere



Beschrijving persona

Op basis van beschikbare informatie¹ hebben we een veelvoorkomend profiel voor de persona "Kwetsbare oudere"² geschetst.

PATIENTKENMERKEN

Karakteristieken

- Rookt niet
- Vrouw, 85 jaar
- BMI 18, stabiel
- Slaat maaltijden over, heeft verminderde eetlust
- Beweegt onvoldoende

Sociale en emotionele context

- Doet nog zelf boodschappen
- Woont zelfstandig in een gelijkvloerse woning
- Veel van haar vrienden zijn al overleden
- Alleenstaand, echtgenoot is 2 jaar geleden overleden
- Voelt zich eenzaam
- 3 kinderen, goede band maar wonen elders. Is oma.
- Begint vergeetachtig te worden
- Hobby's zijn schilderen en breien

Professionele context

- werd zodat zij meer tijd had om voor hem te zorgen. Haar man is inmiddels overleden
- Gepensioneerd, voormalig lerares op de basisschool
- Gedurende haar pensioen een tijdje tekenles gegeven, daar is ze mee gestopt toen haar man ziek

Medische context

- Verminderd mobiel; loopt met rollator
- Polyfarmacie vanwege multimorbiditeit (bloeddrukverlagers, antistolling, cholesterolverlagers, maagmiddelen, bètablokkers, diuretica, oogdruppels)
- Licht beperkt in algemene dagelijkse levensverrichtingen zoals schoonmaken en koken
- Recidiverend opnames in het ziekenhuis

Welzijnsdoelen

- Leuke uitjes doen met haar kleinkinderen, zoals met ze door de dierentuin wandelen
- In contact blijven met andere mensen
- Graag thuis blijven wonen
- Zelfstandig boodschappen blijven doen

Preferente wijze om zorg te consumeren

- Thuis
- Eén aanspreekpunt voor multiproblematiek
- Hulp bij polyfarmacie
- Graag zoveel mogelijk menselijk contact
- Regie graag bij een ander in plaats van bij zichzelf

Huidige beperkingen

- Moeite met medicijngebruik vanwege hoeveelheid en wisselende tijden
- Vanwege verminderde mobiliteit lastig om zelfstandig ergens te komen
- Vergeetachtigheid bemoeilijkt haar bij dagelijkse bezigheden
- Eenzaamheid beïnvloedt haar psychisch welzijn negatief

ZORGBEHOEFTE

¹ Bronnen gebruikt voor samenstelling van deze persona:

- Zorgprisma publiek 2014, zie [link](#)
- Ouderenfondus, zie [link](#)
- CBS, zie [link](#)
- RIVM, volksgezondheidszorg.info
- Kwetsbare ouderen, SCP, 2011, zie [link](#)
- NHG visie huisartszorg voor ouderen, 2017, zie [link](#)
- Zorg voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn, Vilans, 2014, zie [link](#)
- Overzichtsstudies, ouderen van de toekomst, Nivel, 2014, zie [link](#)

² "Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)". Bron: Kwetsbare ouderen, SCP, 2011, zie [link](#)

Beschrijving gewenste patiëntreis - gezondheidsbevordering en preventie

De vrouw is reeds in beeld bij de huisarts vanwege haar multimorbiditeit. Middels casefinding is de vrouw als kwetsbaar geïdentificeerd en is door de huisarts een coördinerend zorgverlener ingesteld. De wijkverpleging komt tweemaal daags langs om te helpen met haar steunkousen en oogdruppels. We onderscheiden vier fasen rondom kwetsbaarheid waarop de patiëntreis voor de vrouw is gebaseerd¹: gezondheidsbevordering en preventie, uitstellen van kwetsbaarheid, verminderen van kwetsbaarheid en voorkomen/uitstellen van ongewenste uitkomsten. Op deze en volgende pagina's vindt u een beschrijving van de gewenste patiëntreis voor de vrouw. Hieronder vindt u de gewenste patiëntreis voor de fase gezondheidsbevordering en preventie.

Wat en waar?	Hoe vindt de gewenste patiëntreis in de praktijk plaats?
<p>1 Gezondheidsbevordering en preventie <i>Thuis</i></p>	<p>De vrouw wordt (al sinds haar 65^e) actief door de gemeente per post/mail uitgenodigd voor bijeenkomsten waar voorlichting gegeven wordt over gebeurtenissen waarbij veelal draaglast en draagkracht uit balans kunnen raken. Hierbij krijgt zij handreikingen voor wat zij zelf kan doen om kwetsbaarheid te voorkomen of hoe zij er mee om kan gaan en hoe en waar zij om hulp kan vragen (gemeente, wijkverpleegkundige, praktijkondersteuner). De vrouw is 5 jaar geleden een keer naar zo'n bijeenkomst geweest. Per gemeente is er voor de inwoners bekend waar zij het digitaal kunnen melden als zij signaleren dat iemand mogelijk hulp nodig heeft of deze mogelijk kwetsbaar is (zo kan de kapper, postbode of vaste medewerker supermarkt een signaleringsfunctie hebben). Indien dat gebeurd wordt er contact opgenomen met de persoon door de gemeente. De vrouw wordt jaarlijks gescreend op kwetsbaarheid d.m.v. een instrument dat kwetsbaarheid kan voorspellen. Dit instrument kan gebaseerd zijn op bijv. vragenlijsten (Groningen Frailty Index) of voorspellers van kwetsbaarheid (bijv. medicatiegebruik en verlies partner). Hierdoor heeft de praktijkondersteuner een instrument in handen om eenvoudig en vroegtijdig vast te stellen of de vrouw kwetsbaar is of wordt. Middels casefinding heeft de huisarts gesignaleerd dat de vrouw kwetsbaar is en heeft een coördinerend zorgverlener ingeschakeld. De coördinerend zorgverlener schakelt de ouderenadviseur van de gemeente in voor een keukentafelgesprek. Er wordt vanuit de gemeente een woonscan voor de vrouw aangevraagd, waarbij gekeken wordt of en in welke woningaanpassingen of domotica geïnvesteerd moet worden om te zorgen dat de vrouw zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen. Ook bespreekt de ouderenadviseur welke initiatieven er vanuit de gemeente zijn georganiseerd voor ouderen om samen dingen te kunnen ondernemen. De vrouw doet graag mee aan verschillende groepsessies in het buurthuis. De ouderenadviseur bespreekt met de vrouw ook andere Wmo-voorzieningen zoals hulp bij huishouden en regiovervoer. De vrouw geeft aan dat ze aan de laatste twee geen behoefte heeft. De ouderenadviseur koppelt de uitkomsten van het gesprek terug richting de coördinerend zorgverlener, via het digitale persoonlijk plan van de vrouw.</p>

¹ Kwetsbare ouderen, SCP, 2011, zie [link](#)

Beschrijving gewenste patiëntreis - voorkomen/uitstellen van kwetsbaarheid

Hieronder vindt u de gewenste patiëntreis voor de fase voorkomen/uitstellen van kwetsbaarheid.

Wat en waar?	Hoe vindt de gewenste patiëntreis in de praktijk plaats?
<p>2 Voorkomen/uitstellen van kwetsbaarheid <i>Thuis</i></p>	<p>De coördinerend zorgverlener¹ is ingeschakeld. De coördinerend zorgverlener stelt met de vrouw een multidomein analyse op, waarbij de mentale, fysieke, sociaal-emotionele en zingevingsdoelen van de vrouw in kaart worden gebracht. De multidomein-analyse met haar persoonlijke doelen en behoeften zijn opgeslagen in een gezamenlijk digitaal dossier, waar de vrouw zelf en de verschillende zorgverleners toegang tot hebben. Het is voor alle professionals duidelijk wat de bijzonderheden van de vrouw zijn en welke professionals betrokken zijn. Ook wordt het sociale netwerk (mantelzorgers/familie/vrienden) van de vrouw hierin vastgelegd. Op basis van de analyse kijkt de vrouw met de coördinerend zorgverlener wat zij zelf (samen met mantelzorgers) kan/zal oppakken en welke professionals/organisaties met welk doel ingeschakeld kunnen worden (zie ook punt 3). Deze zorgverleners ontvangen via het digitale systeem een uitnodiging en registreren vervolgens ook de voortgang van de zorgverlening in dit systeem (signalering, terugkoppeling en afstemming).</p> <p>De vrouw heeft besloten dat ze graag mee doet aan een programma door oefen-/fysiotherapeuten, waarbij zij in een groep voorlichting krijgt en een beweegprogramma volgt om balans, mobiliteit, conditie en zelfvertrouwen te verbeteren. Ze wordt hier bewust gemaakt van haar valrisico, ze leert hoe ze een val kan voorkomen. Ook heeft deze groepsessie een sociale versterkende factor.</p>

¹ De coördinerend zorgverlener is het eerste aanspreekpunt voor de vrouw en heeft overzicht over de (diverse typen) zorg en ondersteuning die aan de vrouw geleverd wordt of kan worden. Indien nodig betreft de coördinerend zorgverlener de huisarts, de wijkverpleegkundige, paramedici of het sociaal domein. De coördinerend zorgverlener is samen met de vrouw verantwoordelijk voor het persoonlijk zorg- en welzijnsplan van de vrouw.

De rol van coördinerend zorgverlener kan door verschillende professionals worden ingevuld. In dit geval is kennis van zorg en ondersteuning van kwetsbare ouderen gewenst en moet er de mogelijkheid zijn om de vrouw thuis te ondersteunen. Concreet kan bij de coördinerend zorgverlener worden gedacht aan een praktijkondersteuner die geschoold is in ondersteuning bij kwetsbare ouderen, een wijkverpleegkundige of iemand van de lokale thuiszorgorganisatie. Wie de rol van coördinerend zorgverlener op zich neemt is afhankelijk van hoe de zorg lokaal reeds is georganiseerd en georganiseerd gaat worden.

Beschrijving gewenste patiëntreis - verminderen van kwetsbaarheid

Hieronder vindt u de gewenste patiëntreis voor de fase verminderen van kwetsbaarheid.

Wat en waar?	Hoe vindt de gewenste patiëntreis in de praktijk plaats?
<p>3 Verminderen van kwetsbaarheid <i>Thuis/ Dicht bij huis</i></p>	<p>Op basis van de aangegeven doelen en behoeften van de vrouw (volgend uit de multidomein-analyse) wordt er met de coördinerend zorgverlener in overleg afspraken gemaakt over passende zorg en ondersteuning. Algemene adviezen betreffen o.a. beweging en voeding. De coördinerend zorgverlener verwijst aan de hand van de gemaakte afspraken en risicoanalyse door naar hulpverleners (zie 2). De hulpverleners zijn voor hun consulten in het buurthuis van de wijk aanwezig om dichtbij elkaar hulp te kunnen bieden aan ouderen. Zij kunnen snel schakelen binnen het digitale dossier van de vrouw, maar zijn ook fysiek in hetzelfde gebouw aanwezig en kunnen makkelijk overleggen en snel hun behandelingen/adviezen op elkaar afstemmen. De diëtist screent en begeleidt de vrouw om te zorgen dat de voedselinname van de vrouw verhoogt en het gewicht en voedingstoestand verbeteren en ook initieert zij dat vijfmaal per week een avondmaaltijd wordt bezorgd om de voedingsstatus van de vrouw te verbeteren. De coördinerend zorgverlener organiseert dat zij twee keer per week dineert in het buurthuis om goed eten en sociale contacten samen te brengen. Een ergotherapeut komt thuis langs om de mogelijkheden en beperkingen in het dagelijks handelen in betekenisvolle activiteiten en de wooncontext in kaart te brengen. De vrouw en de ergotherapeut stellen samen specifieke doelen op voor verbetering en hier zet de ergotherapeut interventie op in, in samenwerking met de betrokken wijkverpleegkundige en betrokken mantelzorg. De verschillende hulpverleners kunnen laagdrempelig overleggen met de specialist ouderengeneeskunde. Ook krijgt de vrouw handvatten om langer zelfstandig thuis te kunnen wonen en/of wordt in beeld gebracht waar extra hulp in de algemene dagelijkse bezigheden ingezet moet worden, zoals hulp bij huishouden. De coördinerend zorgverlener bespreekt met de vrouw zelf en de zoon en dochters van de vrouw de mogelijke rol van de kinderen in de ondersteuning. De dochter zal eenmaal per week haar moeder helpen met de uitgebreidere huishoudelijke taken.</p>

Bronnen gebruikt voor samenstelling van de patiëntreis:

- Kwetsbare ouderen, SCP, 2011, zie [link](#)
- NHG-standpunt, huisartsgeneeskunde voor ouderen, 2016, zie [link](#)
- Veiligheid.nl, in balans, zie [link](#)
- LHV, huisartsspreekuur beweegklachten van start in Ede
- Ergotherapie doet er toe, SEO economisch onderzoek in opdracht van ergotherapie Nederland, 2014
- Krachtige basiszorg, Utrecht Overvecht
- Beteroud, vroegsignalering, zie [link](#)
- Elisabethbreda, aanmeldportaal ELV-bedden, zie [link](#)
- Samenwerking huisarts en apothekers, Nivel 2016, zie [link](#)
- Wonen met gemak, Breda, zie [link](#)
- De waarde van diëtetiek bij ondervoede patiënten in het ziekenhuis, 2015, zie [link](#)
- TNO, Better in, Better out
- Gemeente Rotterdam, langer thuis, zie [link](#)
- LESA, zorg voor kwetsbare ouderen, 2017, zie [link](#)
- Laego, visiedocument 2014, eerstelijngeneeskunde voor ouderen, zie [link](#)
- EMC, Nivel, Radboud UMC en PHARMO, Eindrapport vervolgonderzoek medicatieveiligheid, 2017, zie [link](#)
- Institute for positive health, zie [link](#)
- Onderzoek naar duurzame inrichting spoedzorg keten voor ouderen, Actiz 2017, zie [link](#)
- Meandergroep, wijkverpleging en het ziekenhuis, zie [link](#)
- KNMP richtlijn geïndividualiseerde distributievorm, 2013, zie [link](#)
- Aanbod huisartsgeneeskundige zorg, LHV 2015, zie [link](#)
- KNMP richtlijn medicatiebewaking, 2016, zie [link](#)
- KNMP richtlijn medicatiebeoordeling, 2013, zie [link](#)

Beschrijving gewenste patiëntreis - voorkomen/uitstellen ongewenste uitkomsten (1/2)

Hieronder vindt u de gewenste patiëntreis voor de voorkomen/uitstellen van ongewenste uitkomsten.

Wat en waar?	Hoe vindt de gewenste patiëntreis in de praktijk plaats?
<p>4 Monitoring <i>Thuis/Dicht bij huis</i></p>	<p>De wijkverpleging die dagelijks bij de vrouw langskomt heeft een belangrijke signaleringsfunctie. Er zijn duidelijke afspraken gemaakt tussen de coördinerend zorgverlener en de thuiszorgorganisatie over wanneer er gemonitord en gesignaleerd moet worden in relatie tot haar doelen. Dit wordt gewaarborgd in het digitale systeem. Bij twijfel neemt de wijkverpleegkundige altijd contact op met de coördinerend zorgverlener.</p> <p>Naast deze signaleringsfunctie van de wijkverpleging gaat de coördinerend zorgverlener elke drie maanden op bezoek om met de vrouw te bespreken hoe het gaat in relatie tot haar doelen zoals vastgesteld in de multidomein analyse. Ter voorbereiding op deze bezoeken ontvangt de vrouw (met kinderen in kopie na nadrukkelijke toestemming van de vrouw) een (online) vragenlijst.</p> <p>De coördinerend zorgverlener houdt het overzicht over de verschillende betrokken zorgverleners in het persoonlijk dossier. De (para)medici bepalen met de vrouw wanneer haar doelen zijn behaald en leggen dat ook vast.</p> <p>In de huisartsenpraktijk van de vrouw is een apotheker werkzaam. Door het uitvoeren van een medicatiebeoordeling optimaliseert de apotheker met de arts de farmacotherapie van de patiënt en verminderen zij de mogelijke risico's van problemen bij de vrouw. Maatstaf bij de beoordeling zijn de individuele behoeften van de vrouw ten aanzien van haar behandeling. In samenspraak met de vrouw en huisarts spoort de apotheker mogelijke verbeterpunten op.</p> <p>Ook waarborgt de apotheker medicatiebewaking, checkt hij de nierfunctie en bewaakt en bevordert hij de therapietrouw. Hierover kan hij ook in het digitaal dossier zien wat de opmerkingen van de wijkverpleegkundige zijn over welke medicijnen de vrouw wel/niet neemt. Indien nodig geeft de apotheker toelichting en uitleg over de te nemen medicatie. Hierbij krijgt de vrouw van de apotheker haar geneesmiddelen in een geïndividualiseerde distributievorm (GDV), namelijk een medicatierol. Haar medicatie ontvangt de vrouw van haar eigen wijkverpleegkundige. De apotheker heeft het aanreiken van de medicatie, na op naamstelling in een GDV, overdragen aan de thuiszorgorganisatie van de vrouw. De apotheker maakt met de thuiszorgorganisatie afspraken over de taken en verantwoordelijkheden van beide partijen in het medicatieproces. Deze afspraken zijn vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst.</p> <p>Ook krijgt de vrouw een digitaal programma waar haar persoonlijke medicatieplan op is 'geïnstalleerd'. Deze alarmeert de vrouw wanneer ze welk medicijn moet nemen en kan haar 24/7 doorverbinden naar hulp. De apotheker zorgt ervoor dat de medicatie van de vrouw voldoende is afgestemd op haar eigen kenmerken en bijzonderheden om een geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopname te voorkomen.</p>

Beschrijving gewenste patiëntreis - voorkomen/uitstellen ongewenste uitkomsten (2/2)

Wat en waar?	Hoe vindt de gewenste patiëntreis in de praktijk plaats?
<p>5 Activiteiten bij mogelijke escalatie <i>Thuis/Dicht bij huis</i></p>	<p>Indien de vrouw bij de (kader)huisarts (ouderengeneeskunde) komt, is er, indien nodig, ruimte voor langere consulttijd. De huisarts neemt hierbij tijd voor integrale probleemverheldering. De huisarts legt alles vast in het persoonlijk dossier, met aanbevelingen voor de paramedici naar wie de vrouw doorverwezen wordt. De paramedicus ontvangt automatisch een signaal/verwijzing van de huisarts indien zorgverlening nodig is. De coördinerend zorgverlener krijgt automatisch een signaal als de vrouw de huisarts heeft bezocht. De huisarts initieert een afspraak met de POH-GGZ met differentiatie ouderen/ouderenspsycholoog i.v.m. de droefheid van de vrouw.</p> <p>De huisarts kan voor de vrouw snel schakelen met de wijkspecialist (2^e lijn, bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde) middels teleconsulting, mail of gezamenlijk multidisciplinair overleg. De controles bij zowel haar oogarts als dermatoloog vinden plaats in de huisartsenpraktijk, waar de betreffende specialist eenmaal per maand poli loopt. Ook wordt er gezamenlijk gekeken waar mogelijk de zorg gesubstitueerd kan worden (bijvoorbeeld huidtherapeut of huisarts in plaats van de dermatoloog).</p> <p>Indien de vrouw (tijdelijk) niet zonder zorg thuis kan blijven, en tijdelijke opschaling van wijkverpleging geen oplossing kan bieden, kan de huisarts/HAP/SEH/coördinerend zorgverlener de vrouw aanmelden voor een ELV-bed, om te voorkomen dat de vrouw in het ziekenhuis moet worden opgenomen. Ook is er op de HAP en SEH een (care-cure) wijkverpleegkundige aanwezig die kan helpen inschatten welke zorg thuis (tijdelijk) aanvullend nodig is om een opname te vermijden en die de juiste contacten heeft om hierbij te kunnen helpen.</p> <p>Bij een geplande operatie wordt preoperatief de voedingstoestand in kaart gebracht en zo nodig verbeterd met als doel de kans op postoperatieve morbiditeit te verkleinen en ook krijgt de vrouw vooraf fysiotherapie om fitter de operatie in te gaan en zo de kans om sneller herstel te bevorderen. Ook wordt vooraf met de vrouw en wijkverpleegkundige besproken welke zorg na opname tijdelijk nodig is en of dit thuis of elders geboden kan worden. Na een eventuele operatie kan de vrouw in een ELV-bed opgenomen worden, om de overgang richting thuis te verbeteren en heropnames te voorkomen. Hierbij worden de ELV-bedden centraal gecoördineerd. Omdat de kwetsbaarheid van de vrouw regelmatig wordt beoordeeld, kan het eventuele beloop richting zorginstelling door de coördinerend zorgverlener gemonitord worden.</p>

Conditie om de gewenste patiëntreis te realiseren

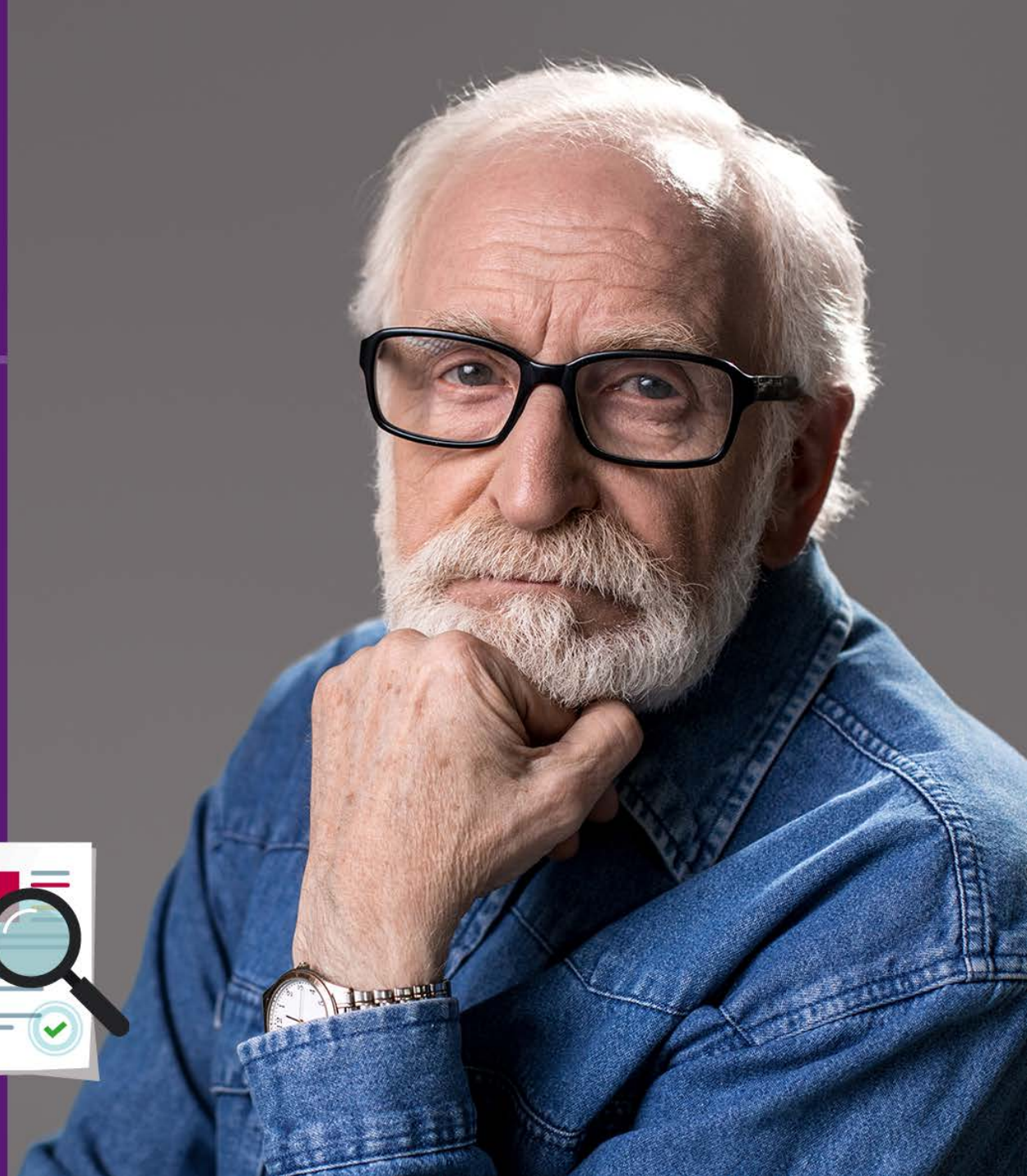
Onderstaand beschrijven we condities die de patiëntreis voor persona “Kwetsbare oudere” faciliteren, danwel nodig zijn om deze te realiseren.

1. De patiënt is empowered om een rol (op maat) te nemen in het stellen van zijn eigen doelen en zijn zelfmanagement;
2. De coördinerend zorgverlener beschikt over de juiste competenties (incl. houding/gedrag) om de patiënt persoonsgericht te begeleiden bij zijn ziekte en gezondheid;
3. Er wordt gewerkt vanuit een gezamenlijke visie op gezondheid (in de wijk) en hoe persoonsgerichte zorg en ondersteuning lokaal te organiseren;
4. Er zijn duidelijke afspraken over de wijze van samenwerking (incl. rollen en verantwoordelijkheden) tussen verschillende zorgverleners, thuiszorg en de gemeente (sociaal domein) in het lokale netwerk rondom deze patiënt, waarbij de coördinerend zorgverlener als centraal aanspreekpunt fungeert;
5. Er zijn duidelijke protocollen ten aanzien van signalering, triage en doorverwijzing aanwezig voor de zorgverleners, medewerkers van de thuiszorg, van de gemeente en van de langdurige zorg;
6. Er is een gezamenlijke taal en wederzijds begrip onder professionals die effectieve samenwerking bevordert;
7. Er is landelijke consensus over wat juiste zorg is gevat in richtlijnen, waarin flexibiliteit is opgenomen om persoonsgerichte zorg te leveren;
8. Er is een faciliterende regionale organisatie, regionale ondersteuning en managementondersteuning;
9. Tijd en middelen zijn beschikbaar om afspraken voor condities 3, 4, en 5 te maken en de organisatie van zorg en ondersteuning aan te passen;
10. Betaaltitels zijn beschikbaar voor tijd van professionals voor multidisciplinair overleg, teleconsultatie, eventuele inzet van digitale technologie (bijv. domotica) en organisatie van zorg;
11. Adequate, niet-conflicterende, financiering voor de inzet van verschillende professionals is beschikbaar, rekening houdend met de extra aandacht die de groep kwetsbare ouderen nodig heeft;
12. (Digitale) technologie is beschikbaar bij zowel patiënt/mantelzorger/professional in het kader van monitoring van de patiënt;
13. Professional, patiënt en/of mantelzorger staan open voor technologie en zijn in staat om met de digitale technologie te werken. Intuïtieve technologie ondersteunt dit;
14. Patiënt, mantelzorgers en professionals hebben toegang tot een gezamenlijk digitaal persoonlijk plan voor de patiënt;
15. Patiëntgegevens zijn deelbaar tussen professionals, er zijn afspraken over wie waarin inzicht krijgt in het persoonlijk dossier en wat voor wijzigingen patiënt en zorgverleners kunnen aanbrengen in het persoonlijk plan. De patiënt heeft regie over de gegevens;
16. Er zijn voldoende goed opgeleide professionals op alle niveaus beschikbaar;
17. Er zijn ELV-bedden beschikbaar voor tijdelijke opname van de patiënt;
18. Er is vertrouwen tussen patiënt, professionals en bekostigers (zorgverzekeraars/gemeente);
19. Wet- en regelgeving ondersteunt de samenwerking van professionals.

4

Uitwerking

Patiënt
met acute
zorgvraag
en nazorg



Beschrijving persona

Op basis van beschikbare informatie¹ hebben we een veel voorkomend profiel voor de persona "Patiënt met acute zorgvraag en nazorg" geschetst.

PATIENTKENMERKEN

ZORGBEHOEFTE

<p>Karakteristieken</p> <ul style="list-style-type: none"> - Man, 74 jaar - BMI 28, gewicht stabiel afgelopen jaren - Eet ongezond - Beweegt onvoldoende 	<p>Welzijnsdoelen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herstel functionaliteit - Zelfredzaam blijven - Graag met vrouw thuis blijven wonen - Wil op stap met zijn kleinzoons
<p>Sociale en emotionele context</p> <ul style="list-style-type: none"> - Woont zelfstandig met partner - 2 kinderen, goede band, wonen in de buurt - Is net voor de derde keer opa geworden 	<p>Preferente wijze om zorg te consumeren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thuis - Vindt het prettig als vrouw en kinderen nauw betrokken zijn bij proces - Wil zelf de regie houden, maar wordt daarbij graag ondersteund
<p>Professionele context</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gepensioneerd, voormalig politieagent - De laatste jaren is hij als vrijwilliger bij de brandweer en de voetbalclub actief geweest 	<p>Huidige beperkingen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heeft al een aantal maal geprobeerd zelfstandig te stoppen met roken en af te vallen, maar valt toch altijd al snel weer terug in oude gewoontes - Nog niet goed kunnen omgaan met de gevolgen van het CVA; mag niet meer autorijden, ziet minder goed, beweegproblemen, vermoeidheid, minder kracht, minder goed contact leggen.
<p>Medische context</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heeft een beroerte (CVA) gekregen - De man was voor de beroerte bekend met hoge bloeddruk en hoog cholesterol waarvoor hij medicatie kreeg 	<p>¹ Bronnen gebruikt voor samenstelling van deze persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hartstichting Nederland, hart- en vaatziekten in Nederland 2016, zie link - Volksgezondheidszorg.info, zie link - NHG-standaard Beroerte - Zorgstandaard CVA/TIA, Kennisnetwerk CVA Nederland 2012, zie link - VRA, behandelkader CVA, 2016, zie link - Vereniging Hersenletsel.nl, zie link

Beschrijving gewenste patiëntreis - acute fase

De gewenste patiëntreis is onderverdeeld in drie fasen van CVA zorg: acute fase, revalidatiefase en chronische fase. De acute klachten van de man betroffen een verlamming van zijn rechterarm en rechterbeen en moeite met spreken. Na trombolysie verbetert de kracht wel enigszins, maar de man blijft verminderde kracht houden en slecht verstaanbaar praten. Hieronder vindt u de gewenste patiëntreis voor de acute fase. We gaan hierbij niet in op de inhoudelijke (para)medische stappen die in het ziekenhuis plaatsvinden, en gaan er vanuit dat daar de beschikbare protocollen gevolgd worden.

Wat en waar?	Hoe vindt de gewenste patiëntreis in de praktijk plaats?
<p>1 Acute fase <i>Ambulance en in het ziekenhuis</i></p>	<p>Bij het ontstaan van de klachten belt de echtgenote van de man direct naar 112. Zij is bekend met de campagnes over beroerte en herkent de symptomen (<i>mond, spraak, arm</i>). Door het ambulancepersoneel vindt een eenduidige snelle, zorgvuldige triage plaats, waarna de man direct samen met zijn vrouw in de ambulance vervoerd wordt naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis dat de juiste behandeling voor de beroerte van de man kan bieden. Het CVA-team is ingeseind en staat klaar voor overdracht. Diagnostiek, complicatiepreventie en eerste behandeling staan centraal in dit stadium. Na een zorgvuldige overdracht van ambulance naar CVA-team en diagnostiek ontvangt de man trombolysie. Uit aanvullend onderzoek volgt dat hij niet in aanmerking komt voor intra-arteriële trombectomie (IAT). De man wordt opgenomen op de stroke-unit van het betreffende ziekenhuis. Hier wordt de man behandeld door een gespecialiseerd interdisciplinair CVA-team. Aanvullend onderzoek naar mogelijke oorzaken vindt plaats. De man ontvangt medicamenteuze behandeling. Alle verzamelde informatie wordt door het multidisciplinaire CVA-team in het ziekenhuis ingevoerd in een applicatie (zoals de Applicatie Beslischulp Beroerte) die doorlaadt in het digitale persoonlijke dossier. De revalidatiearts beoordeelt de ernst en samenhang van de problemen en bespreekt met de man en zijn echtgenote het plan van aanpak in de acute fase en de ontslagbestemming. Hierbij is er aandacht voor de draagkracht van de echtgenote en kinderen. Gedurende de opname is het persoonlijke digitale dossier inzichtelijk voor zowel de man als zijn vrouw en kinderen. Daarnaast wordt vanuit het ziekenhuis een care-cure CVA-(wijk)verpleegkundige uit de omgeving ingeschakeld die (evt. via beeldbellen) extra uitleg en toelichting geeft over het traject thuis en die ook al kijkt welke zorg er in de care gestart kan worden. Deze verpleegkundige zal fungeren als de coördinerend zorgverlener¹ tijdens de revalidatiefase. Tijdens dit gesprek met de man wordt een multidomein analyse opgesteld, waarbij de mentale, fysieke, sociaal-emotionele en zingevingsdoelen van de man in kaart worden gebracht. De welzijnsdoelen inclusief bijbehorende zorgbehoeften van de man worden opgenomen in het digitale dossier. Afgesproken wordt dat de man en zijn echtgenote zelf de regie nemen en kijken wat zij zelf kunnen oppakken. De coördinerend zorgverlener houdt het overzicht in het zorgproces richting de revalidatiefase voor de man en legt de verschillende contacten. Deze bespreekt ook met de man of de afspraken aansluiten op zijn behoeften.</p>

¹ De coördinerend zorgverlener is het eerste aanspreekpunt voor de man en heeft overzicht over de (diverse typen) zorg en ondersteuning die aan de man geleverd kunnen worden. Indien nodig betreft de coördinerend zorgverlener de huisarts, paramedici of het sociaal domein. De coördinerend zorgverlener is samen met de patiënt verantwoordelijk voor het persoonlijk zorg- en welzijnsplan van de patiënt. In dit geval zien we deze rol voor een verpleegkundige met specialisatie in CVA zorg die in de omgeving van de patiënt werkt (care-cure CVA- (wijk)verpleegkundige).

Beschrijving gewenste patiëntreis - revalidatiefase (1/3)

Fysiek is de man nog steeds matig/ernstig verzwakt in zijn rechterarm en rechterbeen. Hij kan niet zonder rollator lopen en kan geen dingen oppakken met zijn rechterarm. Hij is traag in zijn handelingen en de vaardigheid is verminderd. Ook ondervindt hij cognitieve problemen in aandacht en geheugen en heeft hij emotionele problemen. Op deze en volgende pagina vindt u de gewenste patiëntreis voor de revalidatiefase. *N.B. Alle (zorg)inhoudelijke activiteiten van de verschillende betrokken (para)medici zijn niet uitgeschreven in deze patiëntreis (bijv. ADL/HDL training, oefenen transfers in en uit bed, ondersteuning tafeldekken, cognitietraining etc.). Zij handelen allen volgens hun richtlijnen en geven hun specifieke behandeling passend bij de persoon.*

Wat en waar?	Hoe vindt de gewenste patiëntreis in de praktijk plaats?
<p>2 Revalidatie <i>Dichtbij huis/thuis</i></p>	<p>De man wordt na drie dagen, nadat hij van de stroke-unit af mag, ontslagen uit het ziekenhuis naar huis. Revalidatiearts en man hebben hiervoor gekozen, rekening houdend met de eenduidige randvoorwaarden/criteria voor overdracht naar zorg thuis, geriatrische revalidatiezorg (intramuraal) of een revalidatiecentrum. Hierbij is het inzicht in de neurologische en functionele prognose vastgelegd in het digitale dossier. Alle informatie (inclusief nieuw gestarte medicatie zoals antistollingsmedicatie) uit het ziekenhuis is voor alle zorgaanbieders inzichtelijk in het digitale persoonlijke dossier waarmee transitie tussen de 2^e en 1^e lijn wordt gefaciliteerd. In die drie dagen zijn aanpassingen in huis (o.a. bed naar beneden) gedaan. Indien dit nog niet gelukt is (bijvoorbeeld in verband met weekend) kan de man overbruggen in een ELV-bed tot hij naar huis kan.</p> <p>De revalidatiearts bespreekt met de man de optie om te starten met ambulante geriatrische revalidatiezorg. De man en zijn echtgenote stellen met de revalidatiearts en coördinerend zorgverlener een integraal en interprofessioneel plan hiervoor op. De man en zijn vrouw hebben volgens afspraak zoveel mogelijk eigen regie over de behandeling. De huisarts wordt geïnformeerd over het ontslag en het geplande beleid. De voortgang van de revalidatie wordt eenmaal per week besproken in een multidisciplinair overleg (MDO), waarna wordt bepaald of het zorgplan aangepast dient te worden. De betrokken zorgverleners betreffen onder andere de revalidatiearts of specialist ouderengeneeskunde, de oefen- en fysiotherapeut (met specifieke competenties voor de revalidatiefase CVA), de ergotherapeut, de logopedist en de diëtist. De te behalen doelen (op korte en lange termijn) worden met de (para)medici opgesteld en vastgelegd in het persoonlijke digitale dossier. De (para)medici bepalen met de man wanneer de doelen behaald zijn. Hierbij kan de behandeling ook uitgevoerd worden middels telerevalidatie/-consultatie via een digitaal platform. Het digitale platform kan onder andere worden gebruikt voor het monitoren van de voortgang en de te behalen doelen (bijvoorbeeld aantal gelopen meters of kleinzoon vasthouden), voor educatie, lotgenotencontact en het begeleiden van de echtgenote als mantelzorger. De man maakt ook gebruik van een digitale revalidatieomgeving thuis, die bestaat uit een geïntegreerd aanbod van relevantie e-health interventies (games, e-coaching, draagbare technologie). Enkele malen komt de coördinerende zorgverlener op een nazorgbezoek om de voortgang van de man ten opzichte van zijn doelen te bespreken. De coördinerend zorgverlener houdt dit met de man bij in het digitale dossier. Dit wordt automatisch teruggekoppeld naar de huisarts, revalidatiearts/specialist ouderengeneeskunde, neuroloog en overig betrokken (para)medici. De coördinerend zorgverlener organiseert een keukentafelgesprek met de Wmo-deskundige van de gemeente en de man om te inventariseren of, en zo ja welke, hulp vanuit het sociaal domein geboden kan worden.</p>

Beschrijving gewenste patiëntreis - revalidatiefase (2/3)

Wat en waar?	Hoe vindt de gewenste patiëntreis in de praktijk plaats?
<p>3 Behandeling, zowel medicamenteus als niet-medicamenteus <i>Thuis/Dicht bij huis</i></p>	<p>Op basis van het cardiovasculaire risicoprofiel dat in het ziekenhuis is opgesteld worden niet-medicamenteuze adviezen gegeven door de coördinerend zorgverlener met betrekking tot roken, alcohol, voeding en beweging. Omdat het de man in het verleden niet lukte om zijn leefstijl aan te passen en vanwege zijn cognitieve problemen, besluiten de man en zijn echtgenote met de coördinerend zorgverlener om diverse paramedici in te schakelen. Hieronder vallen onder andere de (neuro)psycholoog, fysiotherapeut en diëtist. Met hun expertise begeleiden zij de man en zijn echtgenote. Hierbij is er veel aandacht voor positieve gezondheid. Met de (para)medici worden de verschillende doelen opgesteld, de voortgang besproken en bepaald wanneer doelen zijn behaald en/of kunnen worden aangepast. Alles wordt vastgelegd in het digitale zorgdossier.</p> <p>Indien nodig kan de coördinerend zorgverlener voor de man snel schakelen met de wijkspecialist (bijv. de neuroloog of revalidatiearts) middels teleconsultatie, mail of gezamenlijk multidisciplinair overleg. Daarnaast heeft de revalidatiearts meerdere medicijnen voorgeschreven aan de man. De apotheker monitort en bewaakt de (poly)farmacie en schakelt waar nodig met de revalidatiearts/specialist ouderengeneeskunde over het aanpassen van de medicatie. Indien nodig geeft de apothekersassistente toelichting en uitleg over de te nemen medicatie. De man heeft een digitaal programma waar zijn persoonlijke medicatieplan op is 'geïnstalleerd'. Hij kan zelf instellen of hij wil worden gealarmeerd wanneer hij zijn medicijnen moet nemen.</p>
<p>4 Monitoring <i>Thuis/Dicht bij huis</i></p>	<p>De coördinerend zorgverlener instrueert de man over thuismetingen (gewicht, bloeddruk, beweging) en voorziet de man en zijn echtgenote van de technologie om thuismetingen uit te voeren. Afspraken over frequentie van thuismetingen en aanvullende vragenlijsten worden vastgelegd in het digitaal persoonlijk plan. Afgesproken wordt dat de thuismetingen tijdelijk zijn, hierdoor hoeft de man in deze fase minder naar de revalidatiearts/specialist ouderengeneeskunde en/of coördinerend zorgverlener. In de chronische fase kan dit worden stopgezet. Er wordt afgesproken dat er eenmaal daags iemand van de wijkverpleging langskomt om de man te helpen met douchen en aankleden. De wijkverpleegkundige heeft daarbij een signaleringsfunctie als deze merkt dat het mantelzorgen (even) te veel wordt voor de echtgenote. De coördinerend zorgverlener bekijkt regelmatig met de man en zijn echtgenote of hij zijn wensen en doelen op de verschillende domeinen kan behalen, wat hen zelf lukt en of de geboden zorg en ondersteuning nog passend is aan hun doelen en behoeften. Resultaten van thuismetingen worden op afstand gemonitord door coördinerend zorgverlener, paramedici en/of revalidatiearts/specialist ouderenzorg, ondersteund door technologie die de resultaten interpreteert op risico's en alarmeert wanneer nodig. Indien nodig neemt de coördinerend zorgverlener en/of revalidatiearts (video-) contact op met de man om benodigde zorg en ondersteuning zowel in (para)medisch als in sociaal domein te bepalen en te organiseren.</p>

Beschrijving gewenste patiëntreis - revalidatiefase (3/3)

Wat en waar?	Hoe vindt de gewenste patiëntreis in de praktijk plaats?
<p>5 Zelfmanagement <i>Thuis</i></p>	<p>Zelfmanagement wordt gedurende het gehele traject door de verschillende zorgverleners en de man (en coördinerend zorgverlener) geoefend. De man (en echtgenote) leren omgaan met de gevolgen van de aandoening op fysiek, psychologisch, communicatief en sociaal vlak, alsmede op het gebied van leefstijl. Zij schakelen ook een leefstijlcoach in. In het begin lag de regie nog wel vooral bij de zorgverleners, maar de man en zijn echtgenote nemen deze rol gaandeweg over. De man en zijn echtgenote hebben hier ook een zelfmanagementprogramma met lotgenoten voor gevolgd. Daarbinnen valt informatievoorziening, doelen stellen, oplossen van problemen en bevorderen van self-efficacy. De man leert zelf om de gevolgen te compenseren, te monitoren en om te gaan met de (para)medische behandeling. Daarnaast wil de echtgenote graag een cursus mantelondersteuning volgen en lotgenotencontact met mede mantelzorgers. De man houdt wel last van vermoeidheid ('hersensmotheid'), voornamelijk bij auditieve prikkels. De man sluit aan bij een lotgenotengroep, de herkenning maakt voor hem zijn situatie draaglijker en meer acceptabel.</p>

Beschrijving gewenste patiëntreis - chronische fase

Hieronder vindt u de gewenste patiëntreis voor de chronische fase.

Wat en waar?	Hoe vindt de gewenste patiëntreis in de praktijk plaats?
<p>6 Overdracht en zelfmanagement <i>Thuis</i></p>	<p>De revalidatiefase wordt afgerond op het moment dat er geen vooruitgang meer wordt geboekt ten aanzien van de doelen van de man en/of de doelen zijn behaald, en de man en echtgenote hebben geleerd om met de situatie om te gaan. De coördinerend zorgverlener komt langs voor een afsluitend gesprek en draagt de man over naar de huisarts van de man. Vanaf dat moment ligt de regie voor de patiënt weer bij de huisarts. De leefstijlcoach blijft het stel begeleiden.</p> <p>Omdat er periodieke momenten van terugval kunnen zijn, wordt er wel afgesproken om periodieke toetsing (bijvoorbeeld na 3 maanden en na 6 maanden) door wijkverpleegkundige, huisarts of POH te doen om interventies gericht op voorkomen terugval of behandeling van aanvankelijk minder zichtbare kenmerken te ondernemen.</p> <p>De echtgenote merkt na een half jaar op dat de man emotionele problemen heeft; hij is emotioneel labiel, toont verminderd initiatief, is vermoeid en prikkelbaar. Dit valt de echtgenote ook zwaar. De huisarts geeft aan dat de vrouw vanuit de gemeente mantelzorgondersteuning kan ontvangen. Ondanks het stevige sociale netwerk van het koppel, geeft de man zelf aan dat hij graag meedoet aan dagbesteding. De huisarts schakelt het wijkteam in dat met de man zoekt naar dagbesteding binnen de gemeente die past bij de behoefte van de man. De huisarts overlegt met de man of hij doorverwezen wil worden naar een gespecialiseerde poli voor neuropsychologische/psychosociale problemen. De man geeft aan dat hij dat graag wil.</p>

Bronnen gebruikt voor samenstelling van deze patiëntreis:

- Campagne hartstichting m.b.t. herkenning beroerte, zie [link](#)
- Kennisnetwerk CVA Nederland, Zorgstandaard CVA/TIA, 2012, zie [link](#)
- Raamwerk individueel zorgplan, 2012, zie [link](#)
- Meandergroep, care-cure verpleegkundigen, zie [link](#)
- Beslishulp beroerte, 2010, zie [link](#)
- Inventariserend onderzoek geriatrische revalidatiezorg, Actiz 2013, zie [link](#)
- Factsheet geriatrische revalidatiezorg, Actiz, zie [link](#)
- Academische werkplaats ouderenzorg, zorgpad geriatrische revalidatiezorg, 2015, zie [link](#)
- KNGF richtlijn beroerte, 2017, zie [link](#)
- KNGF richtlijn cognitieve revalidatie, zie [link](#)
- Institute for positive health, zie [link](#)
- CVA-verenging, samen verder, zie [link](#)
- Expertisecentrum mantelzorg, zie [link](#)
- Overzicht van apps voor mensen met dementie en hun mantelzorgers, zie [link](#)
- Hersenstichting, FAST@HOME, zie [link](#)
- Cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van het CVA, Vilans 2009, zie [link](#)
- Vereniging Hersenletsel.nl, zie [link](#)

Conditie om de gewenste patiëntreis te realiseren

Onderstaand beschrijven we condities die de patiëntreis voor persona “Patiënt met acute zorgvraag en nazorg” faciliteren, danwel nodig zijn om deze te realiseren.

1. De patiënt is empowered om een rol (op maat) te nemen in het stellen van zijn eigen doelen en zijn zelfmanagement;
2. De coördinerend zorgverlener beschikt over de juiste competenties (incl. houding/gedrag) om de patiënt persoonsgericht te begeleiden bij zijn ziekte en gezondheid;
3. Er wordt gewerkt vanuit een gezamenlijke visie op gezondheid (in de wijk) en hoe persoonsgerichte zorg en ondersteuning lokaal te organiseren;
4. Er zijn duidelijke afspraken over de wijze van samenwerking (incl. rollen en verantwoordelijkheden) tussen verschillende zorgverleners, thuiszorg en de gemeente (sociaal domein) in het lokale netwerk rondom deze patiënt, waarbij de coördinerend zorgverlener als centraal aanspreekpunt fungeert;
5. Er zijn duidelijke protocollen ten aanzien van signalering, triage en doorverwijzing aanwezig voor de zorgverleners, medewerkers van de thuiszorg, van de gemeente en van de langdurige zorg;
6. Er is een gezamenlijke taal en wederzijds begrip onder professionals die effectieve samenwerking bevordert;
7. Er is landelijke consensus over wat juiste zorg is gevat in richtlijnen, waarin flexibiliteit is opgenomen om persoonsgerichte zorg te leveren;
8. Er is een faciliterende regionale organisatie, regionale ondersteuning en managementondersteuning;
9. Tijd en middelen zijn beschikbaar om afspraken voor condities 3, 4, en 5 te maken en de organisatie van zorg en ondersteuning aan te passen;
10. Betaaltitels zijn beschikbaar voor tijd van professionals voor multidisciplinair overleg, teleconsultatie, eventuele inzet van digitale technologie en organisatie van zorg;
11. Adequate, niet-conflicterende, financiering voor de inzet van verschillende professionals is beschikbaar;
12. (Digitale) technologie is beschikbaar bij zowel patiënt/mantelzorger/professional in het kader van zelfmanagement en monitoring van de patiënt en communicatie;
13. Professional, patiënt en/of mantelzorger staan open voor technologie en zijn in staat om met de digitale technologie te werken. Intuïtieve technologie ondersteunt dit;
14. Patiënt, mantelzorgers en professionals hebben toegang tot een gezamenlijk digitaal persoonlijk plan voor de patiënt;
15. Patiëntgegevens zijn deelbaar tussen professionals, er zijn afspraken over wie waarin inzicht krijgt in het persoonlijk dossier en wat voor wijzigingen patiënt en zorgverleners kunnen aanbrengen in het persoonlijk plan. De patiënt heeft regie over de gegevens;
16. Er zijn voldoende goed opgeleide professionals op alle niveaus beschikbaar;
17. Er zijn ELV-bedden beschikbaar voor tijdelijke opname van de patiënt;
18. Er is vertrouwen tussen patiënt, professionals en bekostigers (zorgverzekeraars/gemeente);
19. Wet- en regelgeving ondersteunt de samenwerking van professionals.

Uitwerking

Patiënt
met kanker



Beschrijving persona

Op basis van beschikbare informatie¹ hebben we een veel voorkomend profiel voor de persona “Patiënt met kanker” geschetst.

PATIENTKENMERKEN

ZORGBEHOEFTE

Karakteristieken

- Vrouw, 55 jaar
- BMI 27
- Rookt niet
- Tennist driemaal in de week
- Eet gezond

- Drinkt met haar man 1-2 glazen alcohol per dag

Welzijnsdoelen

- Genezen van haar borstkanker
- Ze wil haar leven zoveel mogelijk normaal voortzetten. Dat houdt in dat ze er voor haar man en kinderen wil zijn en 24 uur in de

- week wil blijven werken
- Ook zou ze graag blijven tennissen

Sociale en emotionele context

- Woont zelfstandig met partner
- 3 kinderen, waarvan er twee (18 en 20 jaar) nog thuis wonen en de oudste (23 jaar) uit huis is
- Heeft sterk sociaal netwerk. Ze is

goed bevriend met haar buurvrouw en vriendinnen van de tennis

Preferente wijze om zorg te consumeren

- Zo min mogelijk tijd kwijt zijn met reizen naar het ziekenhuis voor haar behandelingen
- Wat thuis kan, thuis. Hierbij staat zij open voor gebruik van nieuwe communicatiemiddelen
- Voor de operatie wil ze wel verder reizen om geopereerd te worden door een specialist die volledig toegewijd is aan borstkanker

Professionele context

- Is al vele jaren werkzaam als doktersassistente bij de huisarts in de stad waar ze leeft
- Ze heeft veel plezier in haar werk
- Ze werkt parttime, 24 uur in de

week

Huidige beperkingen

- Voelt zich vermoeid, waardoor het haar soms extra zwaar valt om alles positief te bekijken
- De vrouw is rechtshandig, de klachten n.a.v. haar behandeling aan haar rechterborst en oksel beperken haar in haar algemene dagelijkse levensverrichtingen

Medische context

- Er is borstkanker in haar rechterborst gediagnosticeerd. Een borstsparende operatie met schildwachtprocedure in combinatie met adjuvante

radiotherapie en chemotherapie is nodig om haar te kunnen genezen

- De vrouw krijgt geen hormoonbehandeling
- De borstkanker is ontdekt via het bevolkingsonderzoek

¹ Bronnen gebruikt voor samenstelling van deze persona:

- RIVM, borstkanker, zie [link](#)
- Borstkanker vereniging Nederland
- Oncoline, richtlijn borstkanker, zie [link](#)
- B-optimaal, 10 uitgangspunten, zie [link](#)
- Oncoline, richtlijn borstkanker, zie [link](#)
- NHG-standaard Borstkanker, zie [link](#)

Beschrijving gewenste patiëntreis - diagnosestelling

De gewenste patiëntreis is onderverdeeld in drie fasen: diagnosestelling, behandeling en nazorg. Hieronder vindt u de gewenste patiëntreis voor de fase rondom de diagnosestelling. De vrouw heeft meegedaan aan het bevolkingsonderzoek voor borstkanker, daar is haar borstkanker opgespoord. We gaan hierbij niet in op de inhoudelijke (para)medische stappen die in het ziekenhuis plaatsvinden, en gaan er vanuit dat daar de beschikbare protocollen gevolgd worden.

Wat en waar?	Hoe vindt de gewenste patiëntreis in de praktijk plaats?
<p>1 Diagnosestelling <i>Ziekenhuis</i></p>	<p>Door het bevolkingsonderzoek is bij de vrouw haar borstkanker opgespoord. De vrouw wordt doorgestuurd naar een mammateam in het ziekenhuis, waarbij alle professionals volledig zijn toegewijd aan borstkanker. De vrouw en haar gezin krijgen zeer snel de uitslag en diagnosestelling van alle onderzoeken. Al het onderzoek vindt op één dag plaats en ook de (voorlopige) uitslag wordt nog dezelfde dag of de dag erna gecommuniceerd door de medisch specialist. De vrouw en haar gezin weten waar ze aan toe zijn met betrekking tot tumor(-kenmerken) en behandelopties. De vrouw krijgt te horen wie haar aanspreekpunt is tijdens het behandeltraject, dit is een verpleegkundig specialist (de coördinerend zorgverlener¹). Alles wordt vastgelegd in het digitale dossier, waar alle zorgverleners en de vrouw zelf toegang tot hebben. De vrouw geeft toestemming dat haar man ook in haar digitale dossier kan kijken. De huisarts wordt via het digitale dossier ‘gealarmeerd’ over de diagnose van de vrouw. Deze belt de vrouw om te bespreken of zij het wenselijk vindt om contact te houden tijdens het diagnostische en behandeltraject. Hij bespreekt of ze alle informatie begrepen heeft en geeft aan desgewenst ondersteuning te bieden bij eventuele keuzes die gemaakt moeten worden.</p>
<p>2 Educatie en voorlichting <i>Thuis</i></p>	<p>De vrouw ontvangt van de verpleegkundig specialist educatie en voorlichting over haar borstkanker. Ook krijgt ze informatie over de mogelijke behandelingen en (late) bijwerkingen die kunnen optreden, hoe ze deze zelf kan monitoren en met wie zij dan kan contact op kan nemen. Ook ontvangt ze informatie over haar verwachte zorgpad en welke rollen verschillende zorgverleners daarin hebben, om te zorgen dat de vrouw de regie binnen haar zorgproces krijgt. De voorlichting is, vanuit patiëntperspectief, digitaal beschikbaar voor de vrouw. De vrouw bereidt (via videocall) met de verpleegkundig specialist de gesprekken met de zorgprofessionals voor, waardoor zij in het gesprek met de zorgverlener(s) weet welke vragen ze wil stellen. Er is sprake van ‘shared decision-making’.</p>
<p>3 Vaststellen welzijnsdoelen <i>Thuis</i></p>	<p>De vrouw legt met de verpleegkundig specialist haar verschillende doelen, voor de korte en lange termijn, op verschillende domeinen vast in haar digitale dossier. Hieronder vallen de mentale, fysieke, sociaal-emotionele en zingevingsdoelen van de vrouw. Deze doelen kunnen altijd met haar behandelaren aangepast of uitgebreid worden. Aan de hand van deze analyse kan de vrouw (en haar gezin) ook monitoren of haar zorg en ondersteuning past bij haar wensen, behoefte, mogelijkheden en motivatie.</p>

¹ De coördinerend zorgverlener is het eerste aanspreekpunt voor de vrouw en heeft overzicht over de (diverse typen) zorg en ondersteuning die aan de vrouw geleverd kunnen worden. Indien nodig betreft de deze de medisch specialist, de huisarts, paramedici of het sociaal domein. De coördinerend zorgverlener kijkt hierbij naar de het totale welzijn van de vrouw. In de fase van diagnose en behandeling is de verpleegkundig specialist de coördinerend zorgverlener. In de nazorg fase neemt een zorgverlener binnen het nazorg (borst)kanker centrum deze rol over.

Beschrijving gewenste patiëntreis - behandeling

De vrouw heeft met haar behandelend arts, op basis van alle kenmerken van de tumor, de wensen, motivatie en behoeften van de vrouw gekozen voor een operatie en chemotherapie om te kunnen genezen. Hieronder is de fase ‘behandeling’ beschreven. N.B. We gaan hier wederom niet verder in op de inhoudelijke behandeling van de (para)medici, maar gaan er vanuit dat ‘juiste zorg’ wordt geleverd door bestaande protocollen, richtlijnen etc.

Wat en waar?	Hoe vindt de gewenste patiëntreis in de praktijk plaats?
<p>4 Operatie <i>Verder weg</i></p>	<p>De vrouw heeft aangegeven dat ze wel verder wilt reizen zodat de borstsparende operatie inclusief okselkliertoilet gedaan kan worden door een chirurg die volledige gespecialiseerd is in (haar type) borstkanker. Bij haar keuze heeft de vrouw inzicht in openbare uitkomstindicatoren, zoals overleving, heroperaties, complicaties, PREM's en PROM's. De vrouw wordt voor vier dagen opgenomen in het ziekenhuis. De operatie voorloopt voorspoedig, er zijn geen complicaties. Van tevoren is met de vrouw alles doorgesproken, achteraf kan zij ook alle ondernomen stappen teruglezen in haar digitale dossier. Bij het eerste contactmoment met de verpleegkundig specialist oncologie bleek uit de screening (SNAQ+BMI) een risico op ondervoeding waardoor er protocollaire verwijzing naar de ziekenhuis-diëtist was voor behandeling vóór en tijdens de oncologische behandeling met als doel verkrijgen/behouden van een optimale voedingstoestand ter optimale ondersteuning aan de medische behandeling. In overleg met de diëtist werd gestart met drinkvoeding, waardoor haar gewicht tijdens de behandeling stabiel blijft. De vrouw kan tijdens haar behandelingen thuis videocalls hebben met de 1^e lijns-diëtist ter controle en voor vragen.</p>
<p>5 Chemotherapie <i>Thuis</i></p>	<p>De vrouw krijgt indien mogelijk en indien gewenst haar chemotherapie thuis. De verpleegkundig specialist komt bij haar thuis om de chemotherapie per infuus te geven. Gedurende de behandeling heeft de verpleegkundig specialist beveiligde videoverbinding met de specialist waardoor er direct overleg en controlemomenten plaatsvinden. Behoud van fysieke fitheid tijdens de chemotherapie kan middels beweegadvies en monitoring via e-health of gesuperviseerde groepstraining met lotgenoten. De paramedische (na)zorg gedurende het gehele traject wordt besproken in 7.</p>
<p>6 Monitoring <i>Thuis/Dichtbij Huis</i></p>	<p>De vrouw kiest voor een ‘zorg-op-afstand’ service thuis middels technologie waarmee er bewaking thuis voor ondersteuning van de vrouw tijdens de chemotherapie is. De vrouw kan contact hebben met haar verpleegkundig specialist of medisch specialist. De vrouw wordt door de coördinerend zorgverlener getraind voor de verschillende thuismetingen en gezondheidsvragenlijsten. De vrouw plant met de coördinerend zorgverlener/arts de tests in en stelt waarschuwinginstellingen in. De vrouw is hierdoor zelf actief betrokken bij de bewaking van de eigen gezondheid.</p>

Beschrijving gewenste patiëntreis - nazorg (1/2)

De vrouw heeft diverse klachten na haar behandeling. Ze is beperkt in haar bewegingen met haar rechterarm (met alle gevolgen van dien) en zij heeft veel pijn. Daarnaast heeft ze een complexe wond op haar rechterborst. Ook heeft de vrouw (en haar gezin) het psychisch zwaar. Onderstaand wordt het nazorgtraject beschreven.

Wat en waar?	Hoe vindt de gewenste patiëntreis in de praktijk plaats?
<p>7 (Niet-) medicamenteuze behandeling <i>Thuis/Dichtbij huis</i></p>	<p>Om het gehele (na)zorgtraject integraal aan te bieden, verwijst de verpleegkundig specialist de vrouw door naar het (na)zorg-(borst)kanker netwerk in de stad van de vrouw. Hierbij draagt de verpleegkundig specialist de vrouw over naar een coördinerend zorgverlener binnen het netwerk dat het vaste aanspreekpunt voor de vrouw tijdens de (na)zorg vormt. (Na)zorg omvat alle zorg tijdens en na de behandeling van borstkanker (hieronder valt ook herstellende zorg). Binnen dit concept van (na)zorg-borstkanker worden verschillende vormen van professionele zorg gecombineerd binnen één netwerk: (oedeem of oncologie) oefen- en fysiotherapie, huidtherapie, psychosociale zorg en diëtetiek/voedingsadvies. Deze werken voor de vrouw samen of apart om haar bij te staan. Hierbij werken zij in hetzelfde digitale dossier, waardoor overdracht gefaciliteerd wordt. De huisarts heeft hier ook inzicht in en wordt gealarmeerd bij opvallendheden.</p> <p>Bij de intake met de coördinerend zorgverlener vertelt de vrouw haar verhaal en geeft zij aan waar zij behoefte aan heeft. Het nazorgtraject wordt volledig aangepast aan de vraag van de vrouw.</p> <p>De oefen- en fysiotherapeut geeft de vrouw voorlichting en beweegadvies. Ook behandelt hij haar stoornis in mobiliteit, spierkracht en de pijn die de vrouw heeft na de operatie. Hij bekijkt met de vrouw waar zij beperkingen heeft in haar algemene dagelijkse levensverrichtingen en hoe deze kunnen worden behandeld. Tevens krijgt zij oncologische revalidatietraining. De vrouw wordt door de oedeem-fysiotherapeut behandeld voor haar lymfoedeem. De huidtherapeut geeft de vrouw ook litteken therapie en helpt zij met het aanmeten van bijv. een therapeutisch elastische kous, een thoraxbandage, een prothese en lingerie. Ook behandelt en adviseert zij bij huidproblemen na chemotherapie. De diëtist optimaliseert de voeding van de vrouw, waarbij er voldoende aandacht is voor eiwit in de voeding om de lichaamssamenstelling positief te beïnvloeden. Verder ontvangt de vrouw samen met haar hele gezin psychosociale zorg. De behandeling van de paramedici vindt waar mogelijk via videocalls plaats of bij de vrouw thuis. De lijntjes tussen de verschillende paramedici zijn kort. Waar nodig wordt de wijkverpleegkundige ingezet.</p> <p>Binnen het (na)zorgnetwerk vindt eenmaal per week een multidisciplinair overleg plaats, waarbij de vrouw wordt besproken. Hier is de huisarts ook aanwezig. De coördinerend zorgverlener noteert de uitkomsten van dit overleg in het dossier van de vrouw, dat voor de vrouw inzichtelijk is en indien nodig neemt de coördinerend zorgverlener contact met de vrouw op.</p>

Beschrijving gewenste patiëntreis - nazorg (1/2)

De vrouw heeft diverse klachten na haar behandeling. Ze is beperkt in haar bewegingen met haar rechterarm (met alle gevolgen van dien) en zij heeft veel pijn. Daarnaast heeft ze een complexe wond op haar rechterborst. Ook heeft de vrouw (en haar gezin) het psychisch zwaar. Onderstaand wordt het nazorg-traject beschreven.

Wat en waar?	Hoe vindt de gewenste patiëntreis in de praktijk plaats?
<p>7 (Niet-) medicamenteuze behandeling (vervolg) <i>Thuis/Dichtbij huis</i></p>	<p>De huidtherapeut verwijst de vrouw in verband met de wond op haar rechterborst door naar de wond-wijkverpleegkundige die werkt bij de thuiszorgorganisatie in de wijk van de vrouw. Deze houdt de vorderingen van het genezingsproces bij in de wondmonitor (gekoppeld aan het digitale dossier). Hierbij is er registratie mogelijk in woord en beeld (foto's van de wond) zodat de wond-wijkverpleegkundige digitaal kennis kan nemen van het herstel en indien nodig het behandelplan kan bijstellen en kan doorverwijzen naar een medisch specialist.</p> <p>De vrouw komt volgens protocol op controle bij haar medisch specialist. De vrouw bereidt dit gesprek voor door haar zorgdossier door te nemen met de coördinerend zorgverlener.</p> <p>De vrouw krijgt medicijnen voor haar bijwerkingen van de chemotherapie, namelijk misselijkheid, braken en een maagzweer. De vrouw haalt haar medicijnen op bij de apotheker die gebonden is aan haar huisartsenpraktijk. De apothekersassistente geeft toelichting en uitleg over de te nemen medicatie. Hij bewaakt en monitort de (poly)farmacie. Hij schakelt zo nodig met de oncoloog of huisarts over het aanpassen van de medicatie. Hij verstrekt de informatie die nodig is om veilig om te gaan met de middelen en wat de vrouw kan doen als er per ongeluk iets niet goed gaat. De vrouw heeft een digitaal programma waar haar persoonlijke medicatieplan op is 'geïnstalleerd'. Ze kan zelf instellen of ze wil worden gealarmeerd wanneer ze haar medicijnen moet nemen.</p>

Beschrijving gewenste patiëntreis - nazorg (2/2)

Wat en waar?	Hoe vindt de gewenste patiëntreis in de praktijk plaats?
<p>8 Zelfmanagement <i>Thuis</i></p>	<p>Zelfmanagement wordt door de verschillende zorgverleners en de vrouw (en coördinerend zorgverlener) gedurende het gehele traject besproken en geoefend. Hier bij is er ook het hele traject veel aandacht voor positieve gezondheid. De vrouw (en haar gezin) leren omgaan met de gevolgen van de aandoening op fysiek, psychologisch en sociaal vlak. De vrouw houdt regie in het proces. Zij heeft een breed sociaal netwerk dat haar steunt. Wel merkt zij dat zij behoefte heeft aan lotgenotencontact. Hiervoor sluit zij aan bij een platform.</p> <p>Zij maakt bij haar werk afspraken over de tijden die zij werkt. Ze komt op consult bij de bedrijfsarts. Omdat ze in een huisartsenpraktijk werkt, heeft de vrouw het gevoel dat haar werkomgeving goed inzicht heeft en snapt wat zij doormaakt.</p> <p>Indien de vrouw en de zorgverleners samen tot de conclusies komen dat de doelen zijn behaald of dat verdere nazorg (nu) niet meer nodig is, wordt het nazorg traject gestopt. De betrokken zorgverleners en ook de huisarts worden hiervan door de coördinerend zorgverlener op de hoogte gebracht. De coördinerend zorgverlener bespreekt met de vrouw de jaarlijkse controles (bijvoorbeeld vervanging therapeutisch elastische kous voor lymfoedeem) en mogelijke late bijwerkingen die kunnen optreden. De vrouw weet met wie zij dan contact kan zoeken.</p>

Bronnen gebruikt voor samenstelling van deze patiëntreis:

- KNGF, richtlijn borstkanker, zie [link](#)
- KNGF-standaard beweeginterventie oncologie, zie [link](#)
- Monitor borstkankers, zie [link](#)
- B-bewust, beter voorbereid, zie [link](#)
- Care4homecare, zie [link](#)
- RIVM, borstkanker, zie [link](#)
- Borstkanker vereniging Nederland
- Oncoline, richtlijn borstkanker, zie [link](#)
- NHG-standaard Borstkanker, zie [link](#)
- Pilot CZ, opvallende versnelling in genezing complexe wond door andere werkwijze, 2018, zie [link](#)

- Spot on! Huidzorg 2020, Ecorys, 2015, zie [link](#)
- NZBK, Nazorg borstkanker, zie [link](#)
- Samenwerking tussen huisarts en apotheker, Nivel 2016, zie [link](#)
- KNMP richtlijn, ter hand stellen, 2013, zie [link](#)
- Nivel website, PREM's en PROM's, zie [link](#)
- Website oncokompas, zie [link](#)
- Institute for positive health, zie [link](#)
- IKNL Richtlijn herstel na kanker, 2011, zie [link](#)
- Philips, Minicare Home, zie [link](#)
- NHG-standpunt, oncologische zorg in de huisartsenpraktijk, zie [link](#)

Conditie om de gewenste patiëntreis te realiseren

Onderstaand beschrijven we condities die de patiëntreis voor persona ‘Patiënt met kanker’ faciliteren, danwel nodig zijn om deze te realiseren.

1. De patiënt is empowered om een rol (op maat) te nemen in het stellen van zijn eigen doelen en zijn zelfmanagement;
2. De coördinerend zorgverlener beschikt over de juiste competenties (incl. houding/gedrag) om de patiënt persoonsgericht te begeleiden bij zijn ziekte en gezondheid;
3. Er wordt gewerkt vanuit een gezamenlijke visie op gezondheid (in de wijk) en hoe persoonsgerichte zorg en ondersteuning lokaal te organiseren;
4. Er zijn duidelijke afspraken over de wijze van samenwerking (incl. rollen en verantwoordelijkheden) tussen verschillende zorgverleners en thuiszorg in het lokale netwerk rondom deze patiënt, waarbij de coördinerend zorgverlener als centraal aanspreekpunt fungeert;
5. Er zijn duidelijke protocollen ten aanzien van signalering, triage en doorverwijzing aanwezig voor de zorgverleners, medewerkers van de thuiszorg, van de gemeente en van de langdurige zorg;
6. Er is een gezamenlijke taal en wederzijds begrip onder professionals die effectieve samenwerking bevordert;
7. Er is landelijke consensus over wat juiste zorg is gevat in richtlijnen, waarin flexibiliteit is opgenomen om persoonsgerichte zorg te leveren;
8. Er is een faciliterende regionale organisatie, regionale ondersteuning en managementondersteuning;
9. Tijd en middelen zijn beschikbaar om afspraken voor condities 3, 4, en 5 te maken en de organisatie van zorg en ondersteuning aan te passen;
10. Betaaltitels zijn beschikbaar voor tijd van professionals voor multidisciplinair overleg, teleconsultatie, eventuele inzet van digitale technologie en organisatie van zorg;
11. Adequate, niet-conflicterende, financiering voor de inzet van verschillende professionals is beschikbaar;
12. (Digitale) technologie is beschikbaar bij zowel patiënt/mantelzorger/professional in het kader van zelfmanagement en monitoring van de patiënt en communicatie;
13. Professional, patiënt en/of mantelzorger staan open voor technologie en zijn in staat om met de digitale technologie te werken.
14. Patiënt, mantelzorgers en professionals hebben toegang tot een gezamenlijk digitaal persoonlijk plan voor de patiënt;
15. Patiëntgegevens zijn deelbaar tussen professionals, er zijn afspraken over wie waarin inzicht krijgt in het persoonlijk dossier en wat voor wijzigingen patiënt en zorgverleners kunnen aanbrengen in het persoonlijk plan. De patiënt heeft regie over de gegevens;
16. Er zijn voldoende goed opgeleide professionals op alle niveaus beschikbaar;
17. Er is vertrouwen tussen patiënt, professionals en bekostigers (zorgverzekeraars/gemeente);
18. Wet- en regelgeving ondersteunt de samenwerking van professionals.



6

Uitwerking

Patiënt
met electieve
zorgvraag



Beschrijving persona

Op basis van beschikbare informatie¹ hebben we een veel voorkomend profiel voor de persona “Patiënt met electieve zorgvraag” geschetst.

PATIENTKENMERKEN

ZORGBEHOEFTE

Karakteristieken

- Man, 40 jaar
- BMI 26, gewicht stabiel
- Rookt niet
- Eet doordeweeks gezond, in weekend vaak niet
- Drinkt maximaal 1 glas alcohol per dag doordeweeks, in het weekend 3-4 glazen
- Beweegt onvoldoende; sport niet en gaat met de auto naar zijn werk

Welzijnsdoelen

- Wil zich eigenlijk blijven voelen en zijn leven leiden zoals hij dat tot vier week terug deed
- Dat houdt in blijven werken, zijn hobby's uitvoeren en er zijn voor zijn gezin
- Hij wil dat de rugpijn zo snel mogelijk geheel over is

Sociale en emotionele context

- Woont zelfstandig met partner
- 2 kinderen, twee zoons van 12 en 14
- Heeft een goed sociaal netwerk. Is lid van de bridgeclub en heeft ook tuinieren en darten als hobby

Preferente wijze om zorg te consumeren

- Liefst dichtbij huis en buiten kantooruren zodat hij geen vrij van werk hoeft te nemen hiervoor
- Neemt graag eigen regie
- Snelle zorg (snelle diagnostiek en behandeling)

Professionele context

- Is werkzaam als administratief medewerker bij een groot bedrijf
- Hij werkt fulltime
- Werkt in het weekend als vrijwilliger achter de bar bij voetbalclub van zijn zoons

Huidige beperkingen

- Door rugpijn slaapt hij slecht, waardoor hij vermoeid en sneller geïrriteerd is
- Lang zitten lukt niet, wat hem beperkt bij zijn baan, het tuinieren en het bridgen
- De constante pijn maakt hem prikkelbaar naar zijn omgeving

Medische context

- Altijd gezond geweest
- Al 4 weken heftige pijn in de onderrug, uitstralend naar zijn linkerbeen. Er is geen sprake van krachtsverlies
- De man slikt hier paracetamol voor

¹ Bronnen gebruikt voor samenstelling van deze persona:

- ZorgkaartNederland, rughernia 2014, zie [link](#)
- NHG-standaard lumbosacraal radiculair syndroom, zie [link](#)
- KNGF richtlijn, lage rugpijn, 2017, zie [link](#)

Beschrijving gewenste patiëntreis - diagnosestelling

De gewenste patiëntreis is onderverdeeld in twee fasen: diagnosestelling en zelfmanagement. Hieronder vindt u de gewenste patiëntreis voor de fase rondom de diagnosestelling. De man heeft zo'n pijn in zijn rug dat hij besluit de huisarts te bezoeken. We gaan hierbij niet in op de inhoudelijke (para)medische stappen die plaatsvinden, en gaan er vanuit dat de beschikbare protocollen en richtlijnen gevolgd worden.

Wat en waar?	Hoe vindt de gewenste patiëntreis in de praktijk plaats?
<p>1 Diagnosestelling <i>Dichtbij huis</i></p>	<p>De man bezoekt zijn huisarts vanwege de pijn in zijn rug en been. De huisarts vraagt de klachten van de man uit, inclusief de impact op mentale, fysieke en sociaal-emotioneel welzijn. De huisarts voert lichamelijk onderzoek uit. De huisarts vertelt de man dat zijn klachten komen doordat er hij waarschijnlijk een hernia heeft.</p> <p>De huisarts geeft de man voorlichting en educatie over de aandoening. De huisarts bespreekt met de man dat het doen van aanvullend onderzoek nu geen toegevoegde waarde heeft omdat dit geen verandering van het beleid heeft.</p> <p>Ze overleggen het plan van aanpak. Ook bespreken ze wat de man zelf zou kunnen doen om met zijn pijn in alle dagelijkse bezigheden om te gaan. De huisarts en de man stellen een plan van aanpak voor pijnbestrijding op. De man kan zijn pijnscore bijhouden op een app die is gekoppeld aan zijn persoonlijke digitale dossier. De huisarts wordt automatisch gealarmeerd wanneer de pijn (te lang) boven een bepaalde score ligt. De man kan dan telefonisch (of via beeldbellen) met de huisarts en de apotheker overleggen over de pijnbestrijding. De man kan ook eerder zelf contact opnemen indien het onhoudbaar wordt. Ook leert hij de alarmsymptomen en wanneer hij contact moet opnemen. De huisarts verwijst de man door naar een fysiotherapeut. Tot slot licht de huisarts de man in over het bestaan van helder voorlichtings- en educatiemateriaal over rugpijn en hernia. Daarnaast brengt hij de man op de hoogte van het rug-netwerk in hun regio en het bestaan van verenigingen van rugpatiënten.</p> <p>In de huisartsenpraktijk van de man is een apotheker werkzaam. Deze monitort, bewaakt en controleert de farmacie van de man en schakelt waar nodig met de huisarts. Indien nodig geeft de apotheker toelichting en uitleg over de te nemen medicatie. Ook krijgt de man een digitaal programma waar zijn persoonlijke medicatieplan op is 'geïnstalleerd'. Hij kan kiezen of hij wil worden gealarmeerd over wanneer hij medicijnen moet nemen. De apotheker zorgt ervoor dat de medicatie van de man is afgestemd op zijn kenmerken en behoeften.</p>
<p>2 Educatie en voorlichting <i>Thuis</i></p>	<p>De man leest zich middels het digitale voorlichtings- en educatiemateriaal vanuit patiëntperspectief in over rugpijn en hernia. Hij leert over de zin van het wel of niet doen van aanvullend onderzoek en een operatie. Hij krijgt handvatten voor het omgaan met de pijn. Er is een digitale hulplijn beschikbaar die hij kan contacteren voor vragen.</p>

Beschrijving gewenste patiëntreis - zelfmanagement

Hieronder beschrijven we de patiëntreis ten aanzien van zelfmanagement door de man, hierbij ondersteund door professionals. We gaan hier niet in op de inhoudelijke behandeling van (para)medici, wij gaan er van uit dat deze hun richtlijnen volgen, gericht op de persoon.

Wat en waar?	Hoe vindt de gewenste patiëntreis in de praktijk plaats?
<p>3 Zelfmanagement <i>Thuis/Dichtbij huis</i></p>	<p>De rugpijn blijft (ondanks pijnbestrijding en de fysiotherapeut) aanwezig. In het digitale voorlichtingsmateriaal wordt het rug-netwerk in de regio geagendeerd. De man besluit om zich hier aan te melden. Het rug-netwerk is een samenwerkingsverband van 1^e lijns oefen- en fysiotherapeuten, ergotherapeut, een pijnteam en psychotherapeut. Er is een nauwe samenwerking met huisartsen, andere relevante 1^e lijnszorgverleners, bedrijfsartsen en de 2^e lijn. Het rug-netwerk kan in het digitale dossier, waar de man zelf en alle zorgprofessionals toegang tot hebben, ook alle aantekeningen van de huisarts zien. Zij kunnen laagdrempelig contact met elkaar opnemen. De huisarts is ook onderdeel van het netwerk. De kwaliteit wordt gewaarborgd door te werken volgens de richtlijnen, protocollen, scholing, intercollegiale toetsing en visitatie. Er wordt in het rug-netwerk gewerkt vanuit het biopsychosociale model waarbij er een gedragsmatige benadering is. De behandeling is primair gericht op het verminderen van beperking in algemene dagelijkse levensfuncties en participatieproblemen en secundair op het verminderen van de pijn. Er kan door het eerste aanspreekpunt van de man binnen het rug-netwerk (in dit geval zijn oefentherapeut) laagdrempelig via teleconsultatie overlegd worden met de huisarts, bedrijfsarts of neuroloog.</p> <p>De man krijgt inzicht in zijn reactie op pijn, adviezen ten aanzien van zijn dagelijks bewegingen en begeleiding bij het volledig hervatten van zijn werkzaamheden en hobby's, en oefentherapie. Hij bespreekt met zijn baas op het werk hoe de werkomstandigheden zo aangepast kunnen worden, dat de man volledig als de oude kan werken. Hierbij maakt hij gebruik van een arbeidsparticipatietool, die helpt om problemen bespreekbaar te maken en met collega's naar oplossingen te zoeken. Indien nodig weet hij dat hij de bedrijfsarts kan bereiken. De man leert zo omgaan met de klachten op lichamelijk, sociaal en psychisch gebied.</p>
<p>4 Keuze electieve ingreep <i>Dichtbij Huis</i></p>	<p>Na 3,5 maand zijn de klachten nog steeds aanwezig, hierbij krijgt hij ook krachtsverlies in zijn linkerbeen. De man voelt zich zodanig belemmerd in zijn dagelijkse bezigheden, dat hij besluit weer met zijn huisarts het gesprek aan te gaan over het ondergaan van een operatie. De huisarts verwijst de man door naar de neuroloog. Deze bespreekt de kans op spontaan herstel en voors en tegens van een operatie. Hij begeleidt de man in het zelf maken van een keuze voor afwachtende behandeling of operatie. Hierbij verwijst hij ook naar digitale ondersteuning die hier specifiek meer informatie over geeft. De man spreekt via een 'hernia-platform' met lotgenoten, zowel die lotgenoten die niet als wel voor operatie hebben gekozen na 3 maanden. Na 4,5 maand blijven de klachten toenemen, zowel qua pijn als krachtsverlies. De man voelt zich zodanig beperkt in het zijn dagelijkse bezigheden en het werk, dat hij besluit een operatie te ondergaan in een zelfstandig behandelcentrum die hij heeft uitgekozen op basis van de hoge kwaliteitcijfers die online zijn gepubliceerd en de korte wachttijd.</p>

Beschrijving gewenste patiëntreis – Bronnen

Bronnen gebruikt voor samenstelling van deze patiëntreis:

- NHG-standaard lumbosacraal radiculair syndroom, zie [link](#)
- NHG-standaard aspecifieke lage rugpijn, zie [link](#)
- ZorgkaartNederland, rughernia 2014, zie [link](#)
- Het rugcentrum, zie [link](#)
- Website Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie, zie [link](#)
- Rug-netwerk website, zie [link](#)
- Dossier persoonsgerichte zorg, NHG, zie [link](#)
- Audiovisuele keuzehulp voor patiënten met een hernia in de onderrug, ZonMW, zie [link](#)
- Nederlandse Vereniging van rugpatiënten 'de Wervelkolom', zie [link](#)
- KNMP richtlijn, ter hand stellen, 2013, zie [link](#)
- Patiëntenfederatie Nederland, het belang van goede zorg dichtbij mensen, 2016, zie [link](#)
- Arbeidsparticipatietool chronisch zieken, zie [link](#)

Conditie om de gewenste patiëntreis te realiseren

Onderstaand beschrijven we condities die de patiëntreis voor persona ‘Patiënt met electieve zorgvraag’ faciliteren, danwel nodig zijn om deze te realiseren.

1. De patiënt is empowered om een rol (op maat) te nemen in het stellen van zijn eigen doelen en zijn zelfmanagement;
2. Er wordt gewerkt vanuit een gezamenlijke visie op gezondheid (in de wijk) en hoe persoonsgerichte zorg en ondersteuning lokaal te organiseren;
3. Er zijn duidelijke afspraken over de wijze van samenwerking (incl. rollen en verantwoordelijkheden) tussen verschillende zorgverleners in het lokale netwerk rondom deze patiënt;
4. Er zijn duidelijke protocollen ten aanzien van doorverwijzing aanwezig voor de zorgverleners;
5. Er is een gezamenlijke taal en wederzijds begrip onder professionals die effectieve samenwerking bevordert;
6. Er is landelijke consensus over wat juiste zorg is gevat in richtlijnen, waarin flexibiliteit is opgenomen om persoonsgerichte zorg te leveren;
7. Er is een faciliterende regionale organisatie, regionale ondersteuning en managementondersteuning;
8. Tijd en middelen zijn beschikbaar om afspraken voor condities 3, 4, en 5 te maken en de organisatie van zorg en ondersteuning aan te passen;
9. Betaaltitels zijn beschikbaar voor tijd van professionals voor multidisciplinair overleg, teleconsultatie, eventuele inzet van digitale technologie en organisatie van zorg;
10. Adequate, niet-conflicterende, financiering voor de inzet van verschillende professionals is beschikbaar;
11. (Digitale) technologie is beschikbaar bij zowel patiënt/professional in het kader van zelfmanagement en monitoring van de patiënt en communicatie;
12. Professional en patiënt staan open voor technologie en zijn in staat om met de digitale technologie te werken.
13. Patiënt, mantelzorgers en professionals hebben toegang tot een gezamenlijk digitaal persoonlijk plan voor de patiënt;
14. Patiëntgegevens zijn deelbaar tussen professionals, er zijn afspraken over wie waarin inzicht krijgt in het persoonlijk dossier en wat voor wijzigingen patiënt en zorgverleners kunnen aanbrengen in het persoonlijk plan. De patiënt heeft regie over de gegevens;
15. Er zijn voldoende goed opgeleide professionals op alle niveaus beschikbaar;
16. Er is vertrouwen tussen patiënt, professionals en bekostigers (zorgverzekeraars/gemeente);
17. Wet- en regelgeving ondersteunt de samenwerking van professionals.

7

Totaallijst
ontvangen "goede
voorbeelden"
juiste zorg op de
juiste plek



Totaal lijst ontvangen “goede voorbeelden” (1/3)

De projectgroep heeft diverse goede praktijkvoorbeelden aangeleverd voor juiste zorg op de juiste plek. Hieronder staat de lijst van alle aangeleverde voorbeelden en waar meer informatie over deze voorbeelden te vinden is. Al deze voorbeelden zijn gebruikt als inspiratie voor de gewenste patiëntreizen. Na deze opsomming volgen tabellen waarin wordt aangegeven voor welke patiëntreizen de voorbeelden zijn gebruikt.

Ontvangen “goede voorbeelden” juiste zorg op de juiste plek	
Goed voorbeeld	Bron
Transvaal apotheek Den Haag	Voor de website, klik hier
Ketenzorg COPD GOLD 3/4 ziekenhuizen Rotterdam en zorgorganisatie Laurens	Voor meer informatie, klik hier
Sensire, COPD en hartfalen via E-health	Voor meer informatie klik hier
Transmurale zorgbrug	Voor meer informatie, klik hier
Samen oud project	Voor meer informatie, klik hier
Avoord, Elisabeth en Surplus (VVT) en Amphia ziekenhuis, optimaliseren keten ouderenzorg rondom spoedopname en uitstroom na ziekenhuisopname	Voor de link naar het document, klik hier
De zorgcirkel	Voor de website, klik hier
Kwaliteitsvenster Meandergroep	Voor de website, klik hier
Yn e buorren, Friesland	Voor meer informatie, klik hier
Pilot eerstelijnsverpleegkundigen, Zoetermeer	Voor meer informatie, klik hier
Long Alliantie Nederland “Zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname”	Voor meer informatie, klik hier en hier

Totaal lijst ontvangen “goede voorbeelden” (2/3)

De projectgroep heeft diverse goede praktijkvoorbeelden aangeleverd voor juiste zorg op de juiste plek. Hieronder staat de lijst van alle aangeleverde voorbeelden en waar meer informatie over deze voorbeelden te vinden is. Al deze voorbeelden zijn gebruikt als inspiratie voor de gewenste patiëntreizen. Na deze opsomming volgen tabellen waarin wordt aangegeven voor welke patiëntreizen de voorbeelden zijn gebruikt.

Ontvangen “goede voorbeelden” juiste zorg op de juiste plek	
Goed voorbeeld	Bron
VGZ; meer tijd voor de patiënt	Voor meer informatie, klik hier
VGZ en Bernhoven: ‘Droom’	Voor meer informatie, klik hier
ParkinsonNet	Voor de website, klik hier
MS Zorg Nederland	Voor de website, klik hier
Nazorg Borstkanker	Voor de website, klik hier
Oncologische (na)zorg in de eerste lijn, Gezondheidscentrum Nijkerkerveen	Voor het projectplan, klik hier
Huisartsspreekuur beweegklachten, Ede	Voor meer informatie, klik hier
Teleconsultatie voor minder doorverwijzingen van 2 ^e naar 1 ^e lijn, regio Nijmegen en Omstreken	Voor het plan van aanpak, klik hier en voor een artikel m.b.t. tot de resultaten klik hier
Tandemconsult fysiotherapie en huisarts, Zwolle en Den Haag	--
Plato Project, Twente	--
Project ‘Better in;Better out’	Voor meer informatie, klik hier
Claudicationet	Voor de website, klik hier
Leertuin Gorinchem	Voor meer informatie, klik hier

Totaallijst ontvangen “goede voorbeelden” (3/3)

De projectgroep heeft diverse goede praktijkvoorbeelden aangeleverd voor juiste zorg op de juiste plek. Hieronder staat de lijst van alle aangeleverde voorbeelden en waar meer informatie over deze voorbeelden te vinden is. Al deze voorbeelden zijn gebruikt als inspiratie voor de gewenste patiëntreizen. Na deze opsomming volgen tabellen waarin wordt aangegeven voor welke patiëntreizen de voorbeelden zijn gebruikt.

Ontvangen “goede voorbeelden” juiste zorg op de juiste plek	
Goed voorbeeld	Bron
Schoudernetwerk Nederland	Voor de website, klik hier
Nationale Diabetes Challenge	Voor de website, klik hier
Cool project, UMC Maastricht en CZ	Voor meer informatie, klik hier
Bewegen naar Beter, Rotterdam	Voor meer informatie, klik hier
Valpreventie In Balans, veiligheid.nl	Voor meer informatie, klik hier
Longzorg, Nijkerk	Voor meer informatie, klik hier
Krachtige basiszorg Utrecht	Voor meer informatie, klik hier en de brochure klik hier
Reload programma, regio Drechtstreden, Barendrecht, Albrandswaard en Ridderkerk	Voor meer informatie, klik hier
Protocol los, regio Haaglanden	Voor meer informatie, klik hier
Blauwe zorg, Maastricht Heuvelland	Voor de website, klik hier
‘Mijnzorg’, regio Oostelijk Zuid-Limburg	Voor de website, klik hier
Anders beter, regio Westelijke Mijnstreek	Voor de website, klik hier
Voedingsbeleid in het Flevoziekenhuis	Voor meer informatie, klik hier
Huisartsenzorg Drenthe	Voor de website, klik hier

Goede voorbeelden verwerkt in patiëntreizen (1/3)

Alle voorbeelden hebben als input en inspiratie gediend voor de gewenste patiëntreizen. Hieronder staat per goed voorbeeld weergegeven voor welke patiëntreis deze als input heeft gediend.

Ontvangen “goede voorbeelden” juiste zorg op de juiste plek					
Goed voorbeeld	‘Chronisch’	‘Kwetsbare oudere’	‘Acuut en nazorg’	‘Kanker’	‘Electief’
Transvaal apotheek Den Haag	●	●			
Ketenzorg COPD GOLD 3/4 ziekenhuizen Rotterdam en zorgorganisatie Laurens	●		●		
Sensire, COPD en hartfalen via E-health	●		●		
Transmurale zorgbrug		●	●		
Samen oud project		●			
Avoord, Elisabeth en Surplus (VVT) en Amphia ziekenhuis, optimaliseren keten ouderenzorg rondom spoedopname en uitstroom na ziekenhuisopname		●			
De zorgcirkel		●	●		
Kwaliteitsvenster Meandergroep				●	●
Yn e buorren, Friesland	●	●		●	
Pilot eerstelijnsverpleegkundigen, Zoetermeer		●	●		
Long Alliantie Nederland “Zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname”	●				

Goede voorbeelden verwerkt in patiëntreizen (2/3)

Alle voorbeelden hebben als input en inspiratie gediend voor de gewenste patiëntreizen. Hieronder staat per goed voorbeeld weergegeven voor welke patiëntreis deze als input heeft gediend.

Ontvangen “goede voorbeelden” juiste zorg op de juiste plek					
Goed voorbeeld	‘Chronisch’	‘Kwetsbare oudere’	‘Acuut en nazorg’	‘Kanker’	‘Electief’
VGZ; meer tijd voor de patiënt	●	●			
VGZ en Bernhoven: ‘Droom’	●	●			●
ParkinsonNet	●	●	●	●	●
MS Zorg Nederland	●	●	●	●	●
Nazorg Borstkanker				●	
Oncologische (na)zorg in de eerste lijn, Gezondheidscentrum Nijkerkerveen				●	
Huisartsspreekuur beweegklachten, Ede		●			
Teleconsultatie voor minder doorverwijzingen van 2 ^e naar 1 ^e lijn, regio Nijmegen en Omstreken	●	●	●	●	
Project ‘Better in;Better out’		●			
Claudicationet	●	●			●
Leertuin Gorinchem					●

Goede voorbeelden verwerkt in patiëntreizen (3/3)

Alle voorbeelden hebben als input en inspiratie gediend voor de gewenste patiëntreizen. Hieronder staat per goed voorbeeld weergegeven voor welke patiëntreis deze als input heeft gediend.

Ontvangen “goede voorbeelden” juiste zorg op de juiste plek					
Goed voorbeeld	‘Chronisch’	‘Kwetsbare oudere’	‘Acuut en nazorg’	‘Kanker’	‘Electief’
Schoudernetwerk Nederland	●			●	●
Nationale Diabetes Challenge	●				
Cool project, UMC Maastricht en CZ	●		●		
Bewegen naar Beter, Rotterdam	●	●			
Valpreventie In Balans, veiligheid.nl		●	●		
Longzorg, Nijkerk	●	●	●	●	
Krachtige basiszorg Utrecht	●	●	●		
Reload programma, regio Drechtstreden, Barendrecht, Albrandswaard en Ridderkerk	●	●		●	
Protocol los, regio Haaglanden	●		●		
Blauwe zorg, Maastricht Heuvelland	●	●	●	●	●
‘Mijnzorg’, regio Oostelijk Zuid-Limburg	●	●			
Anders beter, regio Westelijke Mijnstreek		●		●	●
Voedingsbeleid in het Flevoziekenhuis				●	
Huisartsenzorg Drenthe	●	●			

Conditie voortkomend uit goede voorbeelden beschreven in hoofdstuk 3

Een aantal voorbeelden is nader uitgewerkt in blauwe kaders in hoofdstuk 3. Deze voorbeelden zijn gekozen op basis van hun concreetheid en de relevantie voor de patiëntreis. In onderstaande tabel is weergegeven welke condities voortkomen uit deze goede voorbeelden.

Burgers en (voldoende) professionals die goed zijn toegerust	ICT en informatie die over grenzen heen werken mogelijk maakt	Beschikbaarheid en inzet van technologie	De juiste organisatiegraad en infrastructuur	Financiering die op zijn minst niet hindert	Leiders die over hun schaduw heen stappen
--	---	--	--	---	---

Uitgewerkt voorbeeld	Burgers en (voldoende) professionals die goed zijn toegerust	ICT en informatie die over grenzen heen werken mogelijk maakt	Beschikbaarheid en inzet van technologie	De juiste organisatiegraad en infrastructuur	Financiering die op zijn minst niet hindert	Leiders die over hun schaduw heen stappen
Krachtige basiszorg in Overvecht	●			●		●
COPD InBeeld	●		●	●	●	●
Meer tijd voor de patiënt in Afferden	●			●	●	●
Samen in de Stad in Utrecht	●			●		●
VerzorgingsThuis	●	●	●			
Wijkverpleging en het ziekenhuis	●	●		●	●	●
Fast@Home	●	●	●	●		
Minicare Home	●	●	●			
Nazorg Borstkanker	●			●		
Pilot CZ Wondzorg	●	●	●	●	●	

KPMG

8

Geïnterviewde
personen



Geïnterviewde personen

De projectgroep heeft diverse personen aangedragen om te interviewen. Deze interviews dienden ter toetsing van de opgestelde concept patiëntreizen en als extra input op deze reizen. Alle patiëntreizen zijn daarnaast nog per mail getoetst bij de achterban van de projectgroep. In onderstaande lijst staan de namen van de personen die telefonisch zijn geïnterviewd.

Geïnterviewde personen	
Naam	Functie
Monique Slee-Valentijn	Internist-ouderengeneeskunde, leider expertisecentrum GRZ
Marc Roosenboom	Co owner bij Gezonde Focus
Petra van Wezel	Manager bij stichting Overvecht Gezond
Monique van Bekkum	Verenigingsmanager NVH
Norma Klarenbeek	Oefentherapeut
Ellen Toet	Gespecialiseerd hart-vaat- en longfysiotherapeut
Marga Schrieks	Programmanager borstkanker vereniging
Han Schnitzler	Lid bestuur hersenletsel.nl (ontstaan uit fusie 3 patiëntverenigingen)
Roelie Postma	Wijkverpleegkundige Kwadrant groep
Arnold Romeijnders	Huisarts en medisch directeur PoZoB



KPMG on social media



KPMG app

© 2018 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken van KPMG International.