

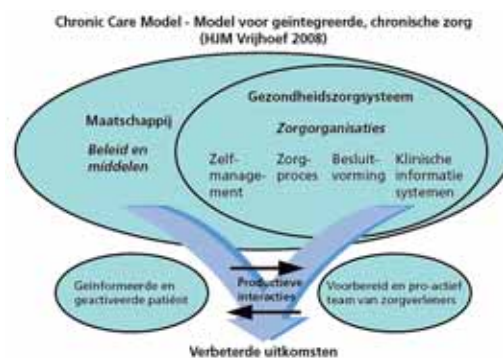
Opschrijven maakt het verschil

ERVARINGEN MET HET INDIVIDUEEL ZORGPLAN

Het individueel zorgplan wordt in de zorg aan mensen met een chronische ziekte steeds meer gezien als de spil van het individueel vraaggestuurde proces. Zo benadrukte het Coördinatieplatform Zorgstandaarden in zijn rapport 'Zorgstandaarden in Model' (ZonMw, 2010) het belang van een individueel zorgplan in de zorg voor chronisch zieken. Ook in de zorgstandaarden voor Diabetes, Vitale Vaten en COPD krijgt het individueel zorgplan veel aandacht. Hierin staat beschreven dat elke patiënt een individueel zorgplan zou moeten hebben. Maar wat betekent het voor zorgverleners en patiënten om samen een zorgplan op te stellen en uit te voeren? Wat zijn de huidige ontwikkelingen en eerste ervaringen met het werken met een individueel zorgplan? Welke discussiepunten zijn actueel en welke randvoorwaarden vragen om aandacht om het individueel zorgplan een vaste plek te kunnen geven in de zorg voor chronisch zieken?

Door: M. Rebel, J. Engels en D. Boshuizen

Iedere chronisch zieke een eigen individueel zorgplan? Een mooie ambitie, maar geen doel op zich. Een individueel zorgplan is een hulpmiddel voor zowel patiënten als zorgverleners. Het opstellen en uitvoeren ervan maakt het werken volgens zorgstandaarden concreet en geeft de patiënt een belangrijke rol in de inrichting van zijn eigen zorgproces. En dat draagt direct bij aan het zelfmanagement van de patiënt. Zelfmanagement is het vermogen van een patiënt om goed om te gaan met de symptomen, behandeling, lichamelijke, psychische en sociale consequenties van zijn ziekte en leefstijlveranderingen die horen bij leven met een chronische aandoening. Volgens het Chronic Care Model (Wagner, 1996) is zelfmanagement een van de onmisbare pijlers in de zorg voor chronisch zieken (figuur 1). Cruciaal daarbij is de productieve interactie tussen een proactief team van zorgverleners en een goed geïnformeerde patiënt. Het werken met een individueel zorgplan stimuleert die productieve interactie.



Figuur 1. Het Chronic Care Model

Veranderende rollen voor zorgverlener en patiënt

Werken met een individueel zorgplan betekent dat zorgverleners met elke individuele patiënt in gesprek gaan over wat voor hem belangrijk is in zijn leven met zijn chronische ziekte(n). Wat motiveert hem echt om tot gedragsverandering te komen, welke doelen wil hij bereiken en welke steun of welk advies heeft hij daarbij nodig? Het individueel zorgplan draagt bij aan

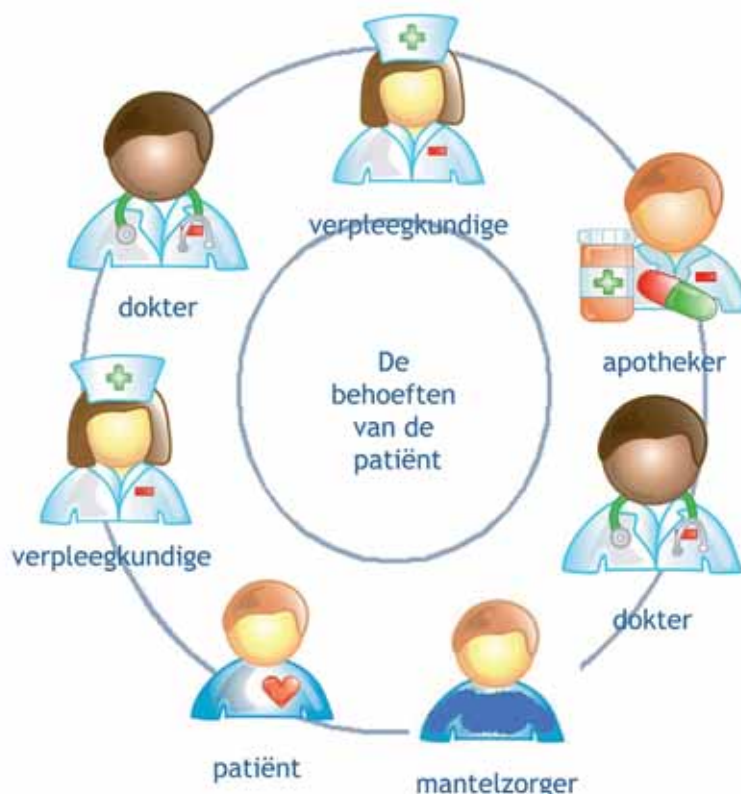
een andere manier van werken en dat vraagt van patiënten en zorgverleners een andere rol. Voor zorgverleners is het wennen om patiënten de ruimte te geven en te motiveren om hun eigen prioriteiten te stellen. De prioriteiten van de patiënt zijn niet altijd dezelfde als die van de zorgverlener. Het werken met een individueel zorgplan maakt dat inzichtelijk en geeft handvatten om daarover in gesprek te gaan. Ook voor patiënten is de nieuwe manier van werken wennen. Patiënten reageerden heel verschillend, variërend van 'Doelen opschrijven in het zorgplan benauwt me, dan moet ik er ook echt iets mee gaan doen' tot 'Door doelen op te stellen heb ik een goede stok achter de deur en dat werkt beter'. Beide uitspraken maken duidelijk dat het opschrijven van doelen en afspraken verschil maakt.

Niet alleen medisch zelfmanagement

Bij het werken met een individueel zorgplan gaat het nadrukkelijk niet alleen om medisch zelfmanagement (medicijngebruik, leefstijl, meten en monitoren van bloedsuikerwaarden), maar ook om sociaal en emotioneel zelfmanagement (Engels en Kistemaker, 2009). Oftewel, over het inpassen van de chronische ziekte(n) in het dagelijks leven (werk, sociale relaties) en het omgaan met emotionele gevolgen. Deze holistische insteek, die meer aandacht heeft in de begeleiding van mensen met diabetes, is het uitgangspunt. Door mensen met een chronische ziekte te begeleiden vanuit hun vragen over hun leven met deze ziekte, sluiten zorgverleners beter aan bij de motivatie van de individuele patiënt. Hiervoor is het individueel zorgplan een hulpmiddel.

Wat staat centraal? De patiënt of zijn behoefte?

Voor echte zorg op maat is meer nodig dan het centraal stellen van de patiënt. Ook dat komt terug in het werken met een individueel zorg-



Figuur 2. Inspiratiebron presentatie van het Centre for eHealth Sweden, Architectural Board

plan. Het gaat niet zozeer om de 'patiënt' centraal, maar om het centraal stellen van zijn individuele behoeften. Juist dan kunnen zorgverleners aansluiten bij de persoonlijke situatie waarin iemand verkeert. Door de behoefte als uitgangspunt te nemen, wordt de patiënt iemand waar niet 'over' wordt beslist, maar iemand die als teamlid samen met zorgverleners nadenkt over het invullen van zijn behoeften. Hij heeft een actieve rol in zijn eigen gezondheid en gedrag. De patiënt maakt onderdeel uit van het team van zorgverleners om zijn behoefte heen (figuur 2).

Ontwikkeling en implementatie van individuele zorgplannen

- Met de introductie van het individueel zorgplan in zorgstandaarden ontstond onder zorgverleners de behoefte aan concrete hulpmiddelen en voorbeelden van individuele zorgplannen.
- Eind 2009 gaf de Nederlandse Hartstichting de opdracht aan De Hart&Vaatgroep en Vilans om het Zorgplan Vitale Vaten te ontwikkelen. Dit zorgplan sluit aan bij de (patiëntenversie) van de Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement.
- Sinds juni 2010 is het Zorgplan Vitale Vaten beschikbaar. Vilans begeleidt sindsdien tien regio's bij de implementatie van dit zorgplan. Hiervoor ontwikkelde Vilans onder meer een training en een handreiking voor teams.
- Het Zorgplan Vitale Vaten is te bestellen op de website van De Hart&Vaatgroep: www.hartenvaatgroep.nl.
- Momenteel werkt Vilans in opdracht van het Nationaal Actieprogramma Diabetes en in samenwerking met Diabetes Vereniging Nederland aan een digitaal model individueel zorgplan voor diabetes.
- Uiteindelijk doel is een generiek zorgplan en een werkwijze die geschikt is voor alle chronisch zieken, ongeacht de aandoening(en) of de complexiteit.

Anneke Coenen, praktijkondersteuner van Gezondheidscentrum Hoensbroek, vertelt... 'Wij hebben 42 mensen het Zorgplan Vitale Vaten gegeven om hun doelen, acties en resultaten in bij te houden'. Anneke ziet duidelijke voordelen. 'Patiënten krijgen concreter voor ogen wat ze moeten veranderen', vertelt ze. 'Ik heb een mevrouw op het spreekuur die 130 kilo weegt en terug naar 80 wil, plus dat ze wil stoppen met roken. Ik ga eraan werken, zegt ze. Maar dat is niet concreet en te veel tegelijk. In drie maanden vijf kilo afvallen is een haalbaar doel, waardoor ze kan genieten van het succes. En ze wil meer bewegen. Maar elke dag een stuk lopen kan ze niet nakomen, want als het regent, gaat ze niet naar buiten. Eén keer per week is wel haalbaar.'

Werken met het zorgplan levert niet alleen iets op voor de patiënt, zegt Anneke. 'Voor mezelf is het een eyeopener dat sommige patiënten hun gedrag heel anders zien dan dat ik er tegenaan kijk. Ik denk: ze bewegen te weinig, en zelf zeggen ze de hele dag in de weer te zijn. Ze ervaren hun gebrek aan beweging niet als probleem, sterker nog het is geen probleem want ze bewegen al – denken ze. Dan kan ik daar iets over zeggen, maar dat pakken ze toch niet op.'

Klara de Boer, praktijkondersteuner van het Eerstelijnscentrum in Tiel, vertelt...

Chronische patiënten, mensen met hoge bloeddruk, diabetes of verhoogd cholesterol moeten meer verantwoordelijkheid dragen voor hun eigen gezondheid, anders houden we de zorg niet betaalbaar, zegt Klara. 'Dat kan gewoon niet anders, daar moeten we naar toe. Met een zorgplan krijgen ze meer inbreng in en verantwoordelijkheid voor hun eigen ziekteproces. Je kunt van alles voorschrijven, maar ze moeten wél zelf hun pillen nemen en acties uitvoeren.'

Een handjevol patiënten neemt het zorgplan heel serieus en pakt het opvallend goed op, zegt Klara. 'Bij één meneer is het echt een succesverhaal. Alles lukt. Hij is echt aan de slag gegaan en boekt goede resultaten. Dat levert hem tien jaar leven extra op, denk ik. De vraag is nu: hoe krijg je de andere deelnemers ook zover?'

Als team aan de slag met het individueel zorgplan

Een goede voorbereiding op de introductie van het individueel zorgplan verhoogt de kans op succes en draagt bij aan het plezier met de nieuwe werkwijze. Op basis van de eerste ervaringen met het Zorgplan Vitale Vaten heeft Vilans tips verzameld voor teams die met een individueel zorgplan willen gaan werken. Begin bijvoorbeeld met een overzichtelijk aantal patiënten en breid dat geleidelijk uit. Neem de tijd om de eerste ervaringen met het zorgplan met elkaar te bespreken en stel de werkwijze waar nodig gaandeweg bij. Een andere tip: geef het individueel zorgplan een structurele plaats in de zorg voor de doelgroep en integreer het zorgplan in werkafspraken of protocollen. In de handreiking 'Aan de slag met het individueel zorgplan voor vasculair risicomanagement (VRM)' (Vilans, 2010) staan meer tips en aandachtspunten. Deze praktische handreiking kan teams ondersteunen bij het voorbereiden, opstellen en uitvoeren van een individueel zorgplan.

Ervaring opdoen en waar nodig bijstellen

Het werken met een individueel zorgplan in de zorg voor chronisch zieken is nieuw. Zowel

zorgverleners als patiënten hebben er nog niet veel ervaring mee. Ook is niet bekend of het werken met een individueel zorgplan daadwerkelijk leidt tot betere gezondheidsuitkomsten van de patiënt en een efficiëntere inzet van zorgprofessionals. Voor de komende periode is het van belang om meer ervaring met het werken met een individueel zorgplan op te doen. En om de formats voor de zorgplannen en de werkprocessen gaandeweg te evalueren en waar nodig bij te stellen.

Discussie: Waar staan we over drie jaar en wat is daarvoor nodig?

Hoe zorgen we ervoor dat het werken met een individueel zorgplan echt gemeengoed wordt in de zorg voor chronisch zieken? Zodat het individueel zorgplan daadwerkelijk de spil wordt en blijft van het individuele vraaggestuurde zorgproces, zoals als ambitie is omschreven in het eerdergenoemde rapport 'Zorgstandaarden in model'. Met de eerste ervaringen op zak, zijn ook verschillende inhoudelijke discussiepunten actueel. Daarnaast is er een aantal randvoorwaarden waaraan voldaan moet worden om het individueel zorgplan in de Nederlandse gezondheidszorg op grote schaal te kunnen introduceren. Als afsluiting van dit artikel lichten wij een aantal van deze discussiepunten en randvoorwaarden toe.

1. Ziektespecifieke of generieke benadering?

De huidige voorbeelden van individuele zorgplannen zijn ontwikkeld voor specifieke patiëntengroepen. Dit sluit aan op de ontwikkeling van de ziektespecifieke zorgstandaarden. Vanuit het Coördinatieplatform Zorgstandaarden wordt nagedacht over de meest ideale inrichting van het individueel zorgplan. Te denken valt aan een zorgplan 'van de wieg tot het graf'. Een alternatief is een generiek model met ziektespecifieke modules, die afhankelijk van de individuele situatie van de patiënt kan worden gebruikt, ongeacht zijn chronische ziekte(n). Hier is nog veel discussie over en het generieke model is nog niet beschikbaar. Onze verwachting is dat zorgverleners die het zich eigen hebben gemaakt om met een individueel zorgplan te werken voor de ene patiëntengroep, deze werkwijze vrij gemakkelijk ook kunnen toepassen voor een andere patiëntengroep of voor mensen met meer chronische ziekten (comorbiditeit of multimorbiditeit).

2. Wie is eigenaar van het zorgplan?

Wanneer je zorgverleners en patiënten vraagt van wie het zorgplan daadwerkelijk is, horen we verschillende antwoorden. Is het zorgplan

het plan van de zorgverlener? Is de patiënt zelf de eigenaar van zijn plan? Of is het individueel zorgplan van hen beiden en kun je het opvatten als een soort contract tussen de patiënt en zijn zorgverleners? Dit heeft consequenties voor de invulling van de juridische aspecten en voor hoe zorgverleners het zorgplan introduceren bij hun patiënten.

3. Individueel zorgplan binnen de zorginkoop? Zorgverzekeraars kopen zorg in op basis van de zorgstandaarden. Het werken met individuele zorgplannen maakt onderdeel uit van de zorgstandaarden en dus ook van de zorginkoop. Maar welke plaats heeft het individueel zorgplan eigenlijk bij de zorginkoop? Hoe kunnen zorgverzekeraars de introductie van individuele zorgplannen op een goede en reële manier stimuleren? En hoe kunnen zij realiseren dat zorgverleners individuele zorgplannen als kans gaan zien?

4. Wanneer is de benodigde ICT-ondersteuning beschikbaar?

De belangrijkste randvoorwaarde om op grote schaal met het individueel zorgplan te kunnen werken is: goede ICT-ondersteuning. Denk daarbij aan koppelingen tussen digitale individuele zorgplannen en de ICT-systemen van zorgverleners. Aansluitend aan het discussiepunt over het eigenaarschap zouden bij voorkeur zowel patiënt als zorgverlener toegang moeten hebben tot het digitale individuele zorgplan van de patiënt. Het realiseren van deze randvoorwaarde is niet gemakkelijk, maar cruciaal. Want het meest gehoorde en terechte bezwaar tegen de introductie van het werken met individuele zorgplannen is: de dubbele registratie voor zorgverleners.

5. Wie biedt duidelijkheid over juridische aspecten?

Bij de ontwikkeling en het werken met een individueel zorgplan spelen verschillende juridische aspecten. Denk bijvoorbeeld aan vragen over het eigenaarschap en de bewaartermijn van de gegevens. Alle informatie van een patiënt dat zich in het informatiesysteem van de zorgverlener bevindt, valt onder de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Maar die wet geldt niet voor informatie in het zorgplan dat zich in een digitaal patiëntenportaal bevindt. En hoe zit het met de aansprakelijkheid van de zorgverlener?

6. Werkt het echt?

Het belang en de noodzaak van het individueel zorgplan is helder. Niet voor niets heeft het een centrale plek in de zorgstandaarden. Ervarin-

gen in de praktijk leveren concrete aanknopingspunten om de zorgplannen bij te stellen en te verbeteren. Een volgende en essentiële stap is het meten van effecten. Leidt gebruik van een zorgplan tot meer zelfmanagement van patiënten en een betere gezondheid?

Aan de slag en leren van ervaringen

De komende jaren vragen de hierboven genoemde discussiepunten en randvoorwaarden volop aandacht. De eerste ervaringen van Vilans maken duidelijk dat opschrijven het verschil maakt en dat organisaties bij de introductie van het individueel zorgplan niet over een nacht ijs moeten gaan. De tijd lijkt nu rijp om het werken met een individueel zorgplan te verbreden naar meer patiënten en meer organisaties. Vervolgens ook naar complexere patiëntengroepen, zoals mensen met lage gezondheidsvaardigheden en mensen met meerdere chronische ziekten. De verwachting is dat juist ook bij hen het individueel zorgplan een goed hulpmiddel kan zijn om de zorg beter te laten aansluiten op wat zij nodig hebben en belangrijk vinden. En dan gaat het dus niet alleen om de medische aspecten. Laten we vooral met het individueel zorgplan aan de slag gaan en leren van elkaars ervaringen.

Literatuur

ZonMw, *Zorgstandaarden in Model*, Coördinatieplatform Zorgstandaarden, ZonMw-programma Disease management Chronische ziekten, Den Haag, 2010.

Wagner, E.H., B.T. Autin en M. Von Korff, Organizing care for patients with chronic illness, *Milbank Quarterly*, 74, 1996, 511-544.

Engels, J. en W. Kistemaker, Zelfmanagement helpt zieke vooruit, *Medisch Contact*, 64 2009/50, 2094-2092.

Rebel, M., J. Engels en S. Arkesteyn, *Aan de slag met het individueel zorgplan voor vasculair risicomanagement (VRM). Een praktische handreiking voor teams*, Vilans, Utrecht, 2010.

Informatie over de auteurs:

Marjolein Rebel MSc, Doortje Boshuizen MSc en drs.

Jeanny Engels zijn alle drie werkzaam als senior programamedewerker kwaliteit en innovatie chronisch zieken bij Vilans, kenniscentrum voor de langdurende zorg. www.vilans.nl/zelfmanagement.

Contactpersoon: Marjolein Rebel, m.rebel@vilans.nl, 030-7892521.



Marjolein Rebel



Jeanny Engels



Doortje Boshuizen