

Goede zorg voor mensen met multimorbiditeit

Handvatten voor de ontwikkeling en evaluatie van zorg voor mensen met meerdere chronische aandoeningen

Mieke Rijken
Joke Korevaar



NIVEL

Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Januari 2021

ISBN 978-94-6122-660-0

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2021 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Inleiding	3
1 Wat is goede zorg voor mensen met multimorbiditeit?	9
2 Patiënten met een grote zorgbehoefte	12
3 Zorgverbetering: voor wie?	19
4 Zorgverbetering: wat?	22
Tot slot	25
Bijlage A Lijst met chronische aandoeningen	26
Bijlage B Screeningsvragenlijst kwaliteit van leven	28
Bijlage C Zelfevaluatie-vragenlijst voor zorgverleners	29
Bijlage D Vragenlijst voorkeuren van patiënten	45

Dit document is bedoeld om handvatten te bieden aan huisartsen en andere zorgverleners binnen de eerste en tweede lijn en het sociaal domein, die gezamenlijk willen nadenken over wat goede zorg voor mensen met multimorbiditeit is en hoe de zorgverlening aan deze groep kan worden verbeterd.

Deze handvatten zijn gebaseerd op inzichten en ervaringen die we hebben opgedaan binnen de Europese Joint Action CHRODIS en het Nederlandse project CHRODIS-NL, waarvoor het Nivel subsidie ontving van het ministerie van VWS. Ze sluiten aan op het Denkraam Integratie Zorgprogramma's voor chronische aandoeningen (InEen, 2020).

Huisartsen of andere zorgverleners die aan de slag willen met het verbeteren van de zorg voor patiënten met multimorbiditeit bepalen eerst voor welke specifieke groep patiënten ze de zorg willen verbeteren. Welke patiënten met multimorbiditeit binnen de praktijk hebben de grootste behoefte aan proactieve, persoonsgerichte en gecoördineerde zorg? Hoe groot is deze groep? En wat kenmerkt deze groep? Dit document bevat een aantal suggesties en instrumenten om deze vragen te beantwoorden.

Vervolgens worden, afhankelijk van de patiëntengroep waarvoor men de zorg wil verbeteren, praktijkmedewerkers en samenwerkingspartners uitgenodigd om de huidige zorgverlening aan de betreffende groep te evalueren en gezamenlijk na te denken over welke verbeterstappen kunnen worden gezet. Daarbij kan het JA-CHRODIS Geïntegreerde Zorgmodel voor Multimorbiditeit handvatten bieden. Zo mogelijk worden ook patiënten uit de doelgroep zelf betrokken in het proces.

Het verbeteren van de zorg voor patiënten met multimorbiditeit is een stapsgewijs proces, dat tijd en inzet van alle betrokkenen vraagt. Niet alles kan tegelijk worden gedaan en sommige knelpunten zullen op een ander niveau moeten worden aangepakt, bijvoorbeeld door regionale of landelijke veldpartijen. Maar individuele huisartsen en andere zorgverleners kunnen al veel bereiken door samen na te denken over de zorg die ze willen verlenen en door elkaar en elkaars expertise beter te leren kennen en te benutten.

Inleiding

De populatie mensen met chronische aandoeningen groeit snel, maar is ook aan het veranderen. Steeds vaker is er sprake van meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd, oftewel multimorbiditeit. Inmiddels heeft de helft van alle mensen met chronische aandoeningen in Nederland meer dan één chronische aandoening. Huisartsen zien jaarlijks ruim twee miljoen mensen met multimorbiditeit in hun praktijk.¹ Een deel van deze groep zijn kwetsbare ouderen, maar een groot deel ook niet. Mensen met multimorbiditeit vormen een heterogene groep, waarbij grote verschillen in zorgbehoefte bestaan.

Innovatie van de zorg voor mensen met multimorbiditeit is om twee redenen dringend nodig. Ten eerste, om de kwaliteit van de zorg voor deze mensen te verbeteren. In Nederland is de chronische zorg veelal aandoening-specifiek georganiseerd². Dit brengt het risico met zich mee dat de veelomvattende problematiek van mensen met multimorbiditeit (die niet tot de groep kwetsbare ouderen behoren) gekaderd wordt binnen de huidige zorgprogramma's voor specifieke chronische aandoeningen. Hierdoor dreigt een te beperkte focus op de gezondheids- en participatieproblemen van mensen met multimorbiditeit. Bovendien ervaren veel mensen met multimorbiditeit een gebrek aan coördinatie van zorg over de grenzen van de huidige zorgprogramma's en sectoren heen. Ook worden mensen met multimorbiditeit nog te vaak uitgesloten van klinische studies, waardoor de wetenschappelijke kennis over de effecten van behandelingen bij deze mensen gering is. Een tweede belangrijke reden voor innovatie is dat de zorg voor mensen met multimorbiditeit een flink beroep op de beschikbare menskracht en middelen. Vaak zal meer overleg met de patiënt en zijn familie nodig zijn om doelen en prioriteiten voor de zorg te stellen, om de patiënt te ondersteunen op het gebied van zelfmanagement en om af te stemmen met de zorg vanuit het ziekenhuis of de ondersteuning die familie of de thuiszorg verleent. Innovatie is dus nodig om zorg van goede kwaliteit te leveren, rekening houdend met de houdbaarheid daarvan op de lange termijn. Dit betekent ook dat goed moet worden gekeken wat mogelijk is op het gebied van e-health.

Doel

Er is inmiddels brede consensus over wat goede zorg voor mensen met multimorbiditeit is: **zorg die proactief, persoonsgericht en gecoördineerd wordt verleend door een team van multidisciplinaire zorgverleners in nauwe samenwerking met de patiënt en zijn of haar naasten**. Maar hoe doe je dat in de praktijk? Dit document is bedoeld om handvatten te bieden aan huisartsen en andere zorgverleners binnen de eerste en tweede lijn en het sociaal domein, die gezamenlijk willen nadenken over wat goede zorg voor mensen met multimorbiditeit is en hoe de zorgverlening aan deze groep kan worden verbeterd.

¹ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/chronische-aandoeningen-en-multimorbiditeit/cijfers-context/huidige-situatie#node-aantal-mensen-met-multimorbiditeit-zorg-bij-de-huisarts>

Een 'chronische aandoening' is hier gedefinieerd als een aandoening waarbij over het algemeen geen uitzicht is op volledig herstel. De schatting is gebaseerd op een selectie van 109 chronische aandoeningen.

² De afgelopen jaren is een beweging in gang gezet, mede door initiatieven van zorggroepen en regionale organisaties en van InEen, om de chronische zorg in Nederland die vanuit de eerste lijn wordt geboden meer persoonsgericht te ontwikkelen. Hierbij wordt ook gewerkt aan integratie van de huidige chronische zorgprogramma's voor mensen met een bepaalde combinatie van chronische aandoeningen. (zie het Denkraam integratie zorgprogramma's voor chronische aandoeningen, dat leden van InEen in mei 2020 hebben vastgesteld: <https://ineen.nl/nieuws/2020/06/11/integratie-zorgprogramma's-van-protocol-naar-individueel-gezondheidsplan/>)

Hoewel de handvatten die we geven waarschijnlijk voor een deel ook bruikbaar zijn voor de zorg voor alle mensen met chronische aandoeningen, is het wel belangrijk om voor ogen te houden dat de informatie in dit document betrekking heeft op de zorg voor mensen met **multimorbiditeit**.

Samen werken aan betere zorg voor mensen met multimorbiditeit

We gaan er in dit document vanuit dat u al weet met welke collega's u wilt werken aan betere zorg voor mensen met multimorbiditeit. Naast de eigen praktijkmedewerkers zijn dat bijvoorbeeld zorgverleners met wie u vaker contact heeft over bepaalde patiënten met multimorbiditeit. Dergelijke contacten betreffen meestal individuele patiënten. Bij het samenwerken aan het verbeteren van de zorg waar het in dit document over gaat, bedoelen we dat u met elkaar de zorg voor een bepaalde **groep** patiënten onder de loep neemt. Dit stijgt dus uit boven het patiëntgebonden contact dat u wellicht al wel geregeld met lokale partners hebt.

Bij het nadenken over de vraag met wie u het verbetertraject wilt ingaan is het belangrijk om niet alleen te denken aan diegenen met wie u al vaak contact heeft, maar ook aan zorg- of hulpverleners die u minder goed kent maar die wel een belangrijke rol kunnen spelen in de zorg voor en ondersteuning van mensen met multimorbiditeit. Hiervoor is het nuttig om een sociale kaart te maken (of te actualiseren), waarbij u specifiek kijkt vanuit de zorg- en ondersteuningsbehoeften van mensen met multimorbiditeit. In hoofdstuk 2 vindt u hiervoor aanknopingspunten. Afhankelijk van de groep patiënten voor wie u de zorg wilt verbeteren (zie hoofdstuk 4), kunt u denken aan: apotheker, specialist ouderengeneeskunde, wijkverpleegkundige, thuiszorg, diëtist, fysiotherapeut, oefentherapeut, ergotherapeut, logopedist, sport-/bewegingscoach, psycholoog, leden wijkteam, gemeentelijke welzijnsorganisaties, vrijwilligersorganisaties, etc. Uiteraard kunt u ook zorgverleners vanuit de tweede lijn hierbij betrekken.

Stapsgewijs traject

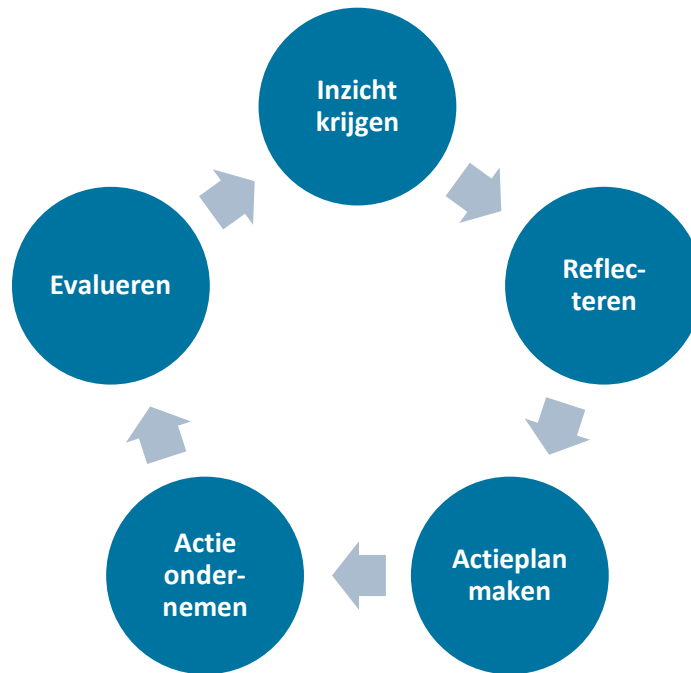
Huisartsen, praktijkmedewerkers en lokale samenwerkingspartners kunnen dit document gebruiken om gezamenlijk te reflecteren op de zorg die zij aan patiënten met multimorbiditeit verlenen en na te gaan of zij daarin verbeterstappen willen en kunnen zetten. Daarbij adviseren wij hen om vijf stappen te doorlopen:

1. **Inzicht krijgen:** Hoe groot is de patiëntenpopulatie³ met multimorbiditeit en zijn daarin nog bepaalde subgroepen te onderscheiden die extra kwetsbaar zijn of die een specifieke zorgbehoefte hebben? Wat zijn de kenmerken van de totale groep en/of subgroepen daarbinnen? En wat is de behoefte aan zorg en ondersteuning?
2. **Reflecteren:** Wat vindt u van de manier waarop u gezamenlijk zorg biedt aan patiënten met multimorbiditeit? Wat gaat er goed en wat kan beter? En wat vinden uw patiënten met multimorbiditeit of hun mantelzorgers ervan?
3. **Actieplan maken:** Gezamenlijk afspreken op welke punten actie zal worden ondernomen en het actieplan daarbij zo concreet mogelijk maken: wie gaat wat doen en op welke termijn; wat is daarvoor nodig en wie moeten erbij betrokken worden?

³ Omwille van de leesbaarheid gebruiken we in dit document de termen patiënten en patiëntenpopulatie in plaats van patiënten/cliënten en patiënten-/cliëntenpopulatie.

4. **Actie ondernemen:** Uitvoeren van het actieplan; vaak zal het daarbij gaan om een reeks van acties die moeten worden uitgevoerd.
5. **Evalueren:** Bij het reflecteren op de zorg en het maken van de actieplannen is het belangrijk al met elkaar afspreken wanneer er gezamenlijk geëvalueerd gaat worden.

Deze stappen zullen meestal niet eenmalig zijn, maar regelmatig moeten terugkomen.



In dit document gaan we niet in op de methodieken die huisartsen en samenwerkingspartners kunnen gebruiken om deze stappen te doorlopen. Daarover is voldoende ondersteunend materiaal voorhanden⁴. Wat we wel bieden is een aantal inzichten uit wetenschappelijk onderzoek, expertadviezen en handvatten die bruikbaar kunnen zijn bij het nadenken over (verbetering van) de zorg voor mensen met multimorbiditeit.

Joint Action CHRODIS EN CHRODIS-NL

De inzichten die in dit document worden beschreven vloeien voort uit twee projecten:

1. de Europese Joint Action CHRODIS⁵. In de Joint Action CHRODIS heeft een groot aantal Europese landen samengewerkt aan onderzoek, beleid en good practices gericht op preventie en management van chronische aandoeningen. Zorg voor mensen met multimorbiditeit was en is daar een belangrijk thema bij. Het Nivel heeft aan deze Joint Action bijgedragen namens het ministerie van VWS.

⁴ Zie bijvoorbeeld: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/handleiding-opzetten-kwaliteitssysteem-verzie-_web.pdf (o.a. de hoofdstukken Informatie verzamelen en Verbeteren en evalueren); LHV Handleiding Werken aan Kwaliteit; Kennisplein Zorg voor Beter (o.a. <https://www.zorgvoorbeter.nl/verbeteren-ouderenzorg/team-verbeteren>)

⁵ <http://chrodis.eu/>

2. het project CHRODIS-NL, dat in de periode 2017-2020 door het Nivel is uitgevoerd met subsidie van het ministerie van VWS. In dit project hebben we ons specifiek gericht op de Nederlandse situatie, waarbij we onder andere zijn nagegaan of de inzichten over zorg voor mensen met multimorbiditeit die binnen de Europese Joint Action zijn ontwikkeld bruikbaar zijn voor het Nederlandse zorgveld.

Box 1: Activiteiten binnen JA-CHRODIS gericht op innovatie van zorg voor mensen met multimorbiditeit

- ❖ **Verkenning van populatie mensen met multimorbiditeit ingeschreven bij huisartsen in Nederland**
 - Hopman P, Heins MJ, Korevaar JC, Rijken M, Schellevis FG. Health care utilization of patients with multiple chronic diseases in the Netherlands: differences and underlying factors. *European Journal of Internal Medicine* 2016; 35: 44-50
 - Hopman P, Schellevis FG, Rijken M. Health-related needs of people with multiple chronic diseases: differences and underlying factors. *Quality of Life Research* 2016; 25: 651-660.
- ❖ **Systematische review van wetenschappelijke literatuur over de effecten van geïntegreerde zorg voor mensen met multimorbiditeit en kwetsbare ouderen op de 'triple aim' domeinen: kwaliteit van zorg, gezondheidsuitkomsten en kosten van zorg**
 - Hopman P, de Bruijn SR, Forjaz MJ, Rodriguez-Blazquez C, Tonnara G, Lemmens LC, Onder G, Baan CA, Rijken M. Effectiveness of comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions or frailty: a systematic literature review. *Health Policy* 2016; 120(7): 818-832.
- ❖ **Ontwikkeling en uittesten van het JA-CHRODIS Geïntegreerde Zorgmodel voor Multimorbiditeit**
 - Palmer K, Marengoni A, Jureviciene E, Laatikainen T, Mammarella F, Muth Ch, Prados-Torres A, Rijken M, Rothe U, Valderas JM, Vontetsianos Th, Zaletel J, Forjaz MJ, Souchet L, Navickas R, Onder G. Multimorbidity care model: recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). *Health Policy* 2018; 122: 4-11.
 - Palmer K, Carfi A, Angioletti C, Di Paola A, Navickas R, Dambrauskas L, Jureviciene E, Forjaz MJ, Rodriguez-Blazquez C, Prados-Torres A, Gimeno-Miguel A, Cano-del Pozo M, Bestué-Cardiel M, Leiva-Fernandez F, Poses Ferrer E, Carriazo A, Lama C, Rodriguez- Acuna R, Cosano I, Bedoya JJ, Liseckiene I, Barbolini M, Txarramendieta Suarez J, de Manuel Keenoy E, Fullaondo A, Rijken M, Onder G. A methodological approach for implementing an Integrated Multimorbidity Care Model: results from the pre-implementation stage of Joint Action CHRODIS-PLUS. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019; 16(24): 5044.

Box 2: Activiteiten binnen CHRODIS-NL gericht op innovatie van zorg voor mensen met multimorbiditeit

- ❖ **Identificeren van patiënten met een grote zorgbehoefte binnen de patiëntenpopulatie met multimorbiditeit van huisartsen in Nederland:**
 - Heins M, Korevaar J, Schellevis F, Rijken M. Identifying multimorbid patients with high care needs - a study based on electronic medical record data. *European Journal of General Practice* 2020, 26(1): 189-195. DOI: 10.1080/13814788.2020.1854719
 - Rijken M, Valderas JM, Heins M, Schellevis F, Korevaar J. Identifying 'high need' patients with multimorbidity from their illness perceptions and personal resources to manage their health and care: a longitudinal study. *BMC Family Practice* 2020; 21: 75. <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-020->

- ❖ Focusgroepen en interviews met 20 mensen (18+) met twee of meer chronische aandoeningen geselecteerd in huisartsenpraktijken in Nederland (deelnemers aan het [Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten](#) van het Nivel)
- ❖ Pilot van het JA-CHRODIS Geïntegreerde Zorgmodel voor Multimorbiditeit als basis voor een kwaliteitsverbeteringstraject in 14 huisartsenpraktijken:
 - Online zelfevaluatievragenlijst (ontwikkeld door Vilans en Nivel op basis van het zorgmodel) ingevuld door 18 huisartsen, 10 POH-somatiek, 6 fysiotherapeuten, 4 POH-GGZ, 4 psychologen, 3 apothekers en andere praktijkmedewerkers of samenwerkingspartners, zoals doktersassistent, praktijkverpleegkundige, wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde en managers en professionals binnen het sociaal domein (totaal 56 personen).
 - Overzichten voor de deelnemende huisartsen van alle patiënten (18+) met drie of meer chronische aandoeningen ingeschreven in hun praktijk (o.a. chronische aandoeningen, ketenzorg, aantal en aard van de contacten met de praktijk) op basis van een HIS-extractie door Proigia/Calculus.
 - Enquête onder 863 patiënten met drie of meer chronische aandoeningen van deelnemende praktijken.
 - Feedbackrapportages voor en werksessies met huisartsen, praktijkmedewerkers en lokale samenwerkingspartners van de deelnemende praktijken.

Aansluiting op andere initiatieven

De handvatten voor ontwikkeling van de zorg voor mensen met multimorbiditeit die we in dit document beschrijven sluiten aan op het Denkraam Integratie Zorgprogramma's voor chronische aandoeningen⁶, dat door InEen is ontwikkeld en in mei 2020 door alle leden is geaccordeerd. Het Denkraam is niet bedoeld als een blauwdruk (omdat daar bij de leden geen behoefte aan is), maar uitsluitend als een denkkader dat kan worden gebruikt om 'de beweging naar meer integratie van zorg en ondersteuning bij chronische aandoeningen' naar eigen inzicht en passend binnen de lokale context vorm te geven. De leden van InEen hebben wel aangegeven behoefte te hebben aan goede voorbeelden en ondersteunende tools of instrumenten. Met de bevindingen uit onderzoek, de praktische handvatten en instrumenten die we in dit document beschrijven, beogen we hieraan bij te dragen. Daarbij sluiten we ook aan op andere documenten die praktische aanbevelingen bieden voor de zorg voor patiënten met multimorbiditeit, zoals de Generieke module Co-morbiditeit⁷ en de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen⁸.

Er zijn in Nederland nog verschillende andere initiatieven op het gebied van persoonsgerichte of geïntegreerde chronische zorg, zoals het COPILLOT project (Van protocollaire ketenzorg naar persoonsgerichte chronische zorg in de huisartsenpraktijk)⁹, het project Integraal programma chronische zorg¹⁰ en het project Ketenzorg Ontketend¹¹. In deze projecten werken zorggroepen en/of

⁶ <https://ineen.nl/assets/files/bestanden/2020/06/200528-05-01-denkraam-integratie-zorgprogrammas.pdf>

⁷ <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/comorbiditeit/introductie>

⁸ [https://richtlijnen.nhg.org/multidisciplinaire-richtlijnen/polyfarmacie-bij-ouderen#:~:text=De%20Multidisciplinaire%20Richtlijn%20Polyfarmacie%20bij,OMS\)%20en%20gepubliceerd%20in%202012.](https://richtlijnen.nhg.org/multidisciplinaire-richtlijnen/polyfarmacie-bij-ouderen#:~:text=De%20Multidisciplinaire%20Richtlijn%20Polyfarmacie%20bij,OMS)%20en%20gepubliceerd%20in%202012.)

⁹ <https://richtlijnen.nhg.org/onderzoeken/van-protocollaire-ketenzorg-naar-persoonsgerichte-chronische-zorg-de-huisartsenpraktijk>

¹⁰ <https://www.duurzamezorgmaastricht.nl/nl/nieuw-project-integraal-programma-chronische-zorg>

regionale organisaties aan de ontwikkeling en implementatie van persoonsgerichte en/of geïntegreerde chronische zorg, met ondersteuning van wetenschappelijk onderzoekers. Mogelijk wordt ook op veel andere plaatsen in Nederland gewerkt aan het omvormen van de chronische zorg, waarbij verbetering van de kwaliteit van zorg voor mensen met meerdere chronische aandoeningen een belangrijke drijfveer is. Hoewel er de afgelopen jaren regelmatig contact is geweest met de ontwikkelaars en onderzoekers van de bovengenoemde projecten, is de informatie in dit document vooral gebaseerd op inzichten uit de Joint Action CHRODIS en het CHRODIS-NL project, waarbij de focus lag op de zorg voor mensen met multimorbiditeit.

¹¹ <https://ocenijmegen.nl/content/ketenzorg-ontketend-weg-integraal-zorgprogramma>

1 Wat is goede zorg voor mensen met multimorbiditeit?

In dit hoofdstuk beschrijven we wat goede zorg voor mensen met multimorbiditeit is. Zoals in de inleiding aangegeven, denken we dan aan **zorg die proactief, persoonsgericht en gecoördineerd wordt verleend door een team van multidisciplinaire zorgverleners in nauwe samenwerking met de patiënt en zijn of haar naasten.**

In de Joint Action CHRODIS is onderzocht wat de kernelementen zijn van deze zorg. Die zijn beschreven in het JA-CHRODIS Geïntegreerde Zorgmodel voor Multimorbiditeit¹² (zie Figuur 1). Dit model beschrijft wat goede zorg voor mensen met multimorbiditeit is. Het model is zoveel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijke kennis. Maar omdat er nog maar weinig wetenschappelijk bewijs is voor wat nu wel of niet resulteert in betere uitkomsten van zorg bij mensen met multimorbiditeit, is het model ook gebaseerd op consensus hierover onder internationale experts.

Figuur 1. JA-CHRODIS Geïntegreerde Zorgmodel voor Multimorbiditeit (Palmer et al., 2018)

Ontwerp zorgproces	Beslissings-ondersteuning	Zelfmanagement-ondersteuning	Informatie-systeem	Lokale ondersteuning en informele hulp
Periodieke uitgebreide patiëntevaluatie	Handelen vanuit wetenschappelijke kennis	Zorgverleners trainen in ondersteuning-op-maat	Elektronische patiëntdossiers	Lokale welzijnsdiensten
Multidisciplinair team	Teamtraining	Patiënten helpen hun gezondheidsvaardigheden te verbeteren	Uitwisseling van patiëntinformatie	Betrekken van sociale netwerk en fysieke omgeving
Zorgcoördinatie		Familie / naasten betrekken	Patiëntportal	
Individueel zorgplan		Patiënten actief betrekken in besluitvorming	Uniforme codering / classificatie	
		Patiënten ondersteunen in gebruik van e-health		

¹² Palmer K, Marengoni A, Jureviciene E, Laatikainen T, Mammarella F, Muth Ch, Prados-Torres A, Rijken M, Rothe U, Valderas JM, Vontetsianos Th, Zaletel J, Forjaz MJ, Souchet L, Navickas R, Onder G. Multimorbidity care model: recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). Health Policy 2018; 122: 4-11.

Het model op de vorige pagina onderscheidt vijf hoofdcomponenten waaraan kan worden gewerkt om goede zorg te verlenen aan mensen met multimorbiditeit:

1. **Ontwerp zorgproces:** Allereerst moet ervoor worden gezorgd dat het zorgproces op een zodanige manier wordt ingericht dat het recht doet aan de vaak veelomvattende zorgvraag van mensen met multimorbiditeit. Dit begint met een uitgebreide *assessment* van de problematiek en zorgbehoeften van de patiënt; niet alleen op lichamelijk gebied, maar ook op andere gebieden: de geestelijke gezondheid van de patiënt, zijn of haar problemen en behoeften op sociaal en maatschappelijk gebied. Het is daarbij ook belangrijk om samen met de patiënt (en eventueel zijn of haar directe naasten) te bespreken wat voor hem/haar belangrijke doelen zijn die met de juiste zorg en ondersteuning kunnen worden bereikt. Voor sommige zorgverleners hoort dit bij de *assessment*; voor andere maakt het onderdeel uit van het ontwikkelen van een individueel zorgplan samen met de patiënt. Het belangrijkste is dat beide elementen (*assessment* en individueel zorgplan) niet eenmalig gebeuren, maar regelmatig terugkomen in het zorgproces met de patiënt. Bij de inrichting van het zorgproces zal ook moeten worden nagedacht welke zorgverlener(s) hierin een rol krijgen en welke tijd hiervoor nodig is. De afspraken die met de patiënt over de zorg worden gemaakt zullen meestal inhouden dat een team van zorgverleners (inclusief de patiënt zelf en/of zijn of haar naasten) gezamenlijk de benodigde zorg gaat verlenen. Die zorg moet worden gecoördineerd. Belangrijk is dat met de patiënt expliciet wordt besproken wie de zorg coördineert en wie het eerste aanspreekpunt voor de patiënt is.
2. **Beslissingsondersteuning:** Zorgverleners handelen zo veel mogelijk op basis van wetenschappelijke kennis en richtlijnen, maar zijn wel kritisch op de toepasbaarheid ervan voor de zorg voor mensen met multimorbiditeit. In veel onderzoek naar medische en andere zorginterventies worden patiënten met meerdere chronische aandoeningen uitgesloten. Hierdoor is er weinig kennis over de effectiviteit en veiligheid van de interventies bij mensen met multimorbiditeit, waardoor ook richtlijnen voor de zorg gebaseerd op de wetenschappelijke evidentie op dit punt vaak weinig houvast bieden. Beslissingsondersteuning voor betrokken zorgverleners houdt ook in dat er regelmatig teamoverleg plaatsvindt, maar ook dat teamtrainingen worden gefaciliteerd.
3. **Zelfmanagementondersteuning:** Mensen met multimorbiditeit – en vaak ook hun naasten – zijn zelf belangrijke zorgverleners. De meeste zorg wordt immers niet in de spreekkamer verleend, maar in de dagelijkse leefomgeving van de patiënt. Zelfmanagement is een taak, of eigenlijk een veelheid aan taken, voor de patiënt, maar zelfmanagementondersteuning is een taak van de betrokken zorgverleners en daarmee een essentieel onderdeel van de zorg voor mensen met multimorbiditeit. Figuur 1 laat zien dat het hierbij om meerdere elementen gaat, waarbij zorgprofessionals de patiënt en zijn of haar naasten zo goed mogelijk ondersteunen en activeren en waarbij de zorgprofessionals zelf zo goed mogelijk worden toegerust om deze belangrijke taak te vervullen.
4. **Informatiesystemen:** Goede informatiesystemen én het zorgvuldig vastleggen van patiëntinformatie zijn essentieel om het zorgproces te ondersteunen. Dat geldt binnen de gehele zorg, maar misschien nog meer binnen de zorg voor mensen met multimorbiditeit waarbij vaak meerdere zorgverleners en organisaties betrokken zijn. In het geval van multimorbiditeit is het cruciaal dat alle betrokken zorgverleners op de hoogte zijn van de afspraken zoals vastgelegd in het zorgplan van de patiënt en dat zij tijdig over alle benodigde, actuele informatie kunnen beschikken. Dit vraagt om een goede informatie-uitwisseling, ook met de patiënt en (indien gewenst door de patiënt) zijn of haar naasten.

5. **Lokale ondersteuning en informele hulp:** Mensen met multimorbiditeit hebben vaak te maken met multiproblematiek. De problemen kunnen divers zijn, bijvoorbeeld eenzaamheid, moeite met persoonlijke verzorging, problemen op het gebied van zelfstandig wonen of boodschappen doen, werk of hobby's niet meer kunnen uitvoeren, minder inkomen maar wel hogere zorg- en woonlasten, etc. Goede zorg voor mensen met multimorbiditeit houdt ook in dat er aandacht is voor het welbevinden en de fysieke en sociale leefomgeving van de patiënt; dat samen met de patiënt besproken wordt of ondersteuning nodig is en dat instanties, mantelzorgers en/of vrijwilligers die ondersteuning kunnen bieden worden betrokken.

Zoals gezegd is dit zorgmodel in Europees verband ontwikkeld. Een aantal elementen van het model zal voor huisartsen en andere zorgverleners in Nederland vanzelfsprekend zijn, zoals elektronische patiëntdossiers. Veel elementen worden ook al toegepast binnen de Nederlandse huisartsenzorg. Maar uit een pilot die we hebben gedaan onder 14 huisartsenpraktijken en hun lokale samenwerkingspartners kwam naar voren dat de meeste elementen nog niet structureel en voor alle patiënten met multimorbiditeit worden toegepast. Bijvoorbeeld, het ontwikkelen van een individueel zorgplan met de patiënt wordt dan wel toegepast binnen de diabeteszorg maar niet voor alle patiënten met multimorbiditeit. En periodieke uitgebreide *assessments* zijn gebruikelijk bij kwetsbare ouderen, maar niet bij alle patiënten met multimorbiditeit. We zagen ook dat huisartsen verschillende criteria hanteren bij het vaststellen van de doelgroep voor een bepaald zorgelement (met wie een individueel zorgplan maken, bij wie een zorgcoördinator aanwijzen, etc.)

Uiteraard is het belangrijk om goed na te denken over wat in de praktijk **haalbaar** is. Als het niet haalbaar is om de elementen uit het zorgmodel te implementeren voor de gehele patiëntenpopulatie met multimorbiditeit, rijst de vraag voor welke patiënten implementatie van de verschillende elementen het meest zinvol is. Helaas biedt wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van deze elementen nog weinig houvast. Wel is het mogelijk om iets te zeggen over welke mensen met multimorbiditeit de grootste zorgbehoefte hebben. Wie dat zijn en wat de omvang van deze groep is binnen de totale patiëntenpopulatie met multimorbiditeit bij de huisarts beschrijven we in het volgende hoofdstuk. Deze informatie kan huisartsen en andere zorgverleners helpen om de groep of groepen van patiënten met multimorbiditeit te identificeren voor wie zij de zorg willen verbeteren.

2 Patiënten met een grote zorgbehoefte

Mensen met multimorbiditeit vormen een heterogene groep, zowel qua kenmerken (leeftijd, chronische aandoeningen, leefsituatie, sociaaleconomische status en culturele achtergrond) als wat hun behoefte aan zorg en ondersteuning betreft. Voor huisartsen en andere zorgverleners is het belangrijk om mensen die extra kwetsbaar zijn voor ongewenste uitkomsten tijdig te kunnen identificeren binnen hun patiëntenpopulatie, zodat zij met deze mensen (en eventueel hun naasten) hun behoeften aan zorg en ondersteuning kunnen bespreken en een persoonlijk zorgplan kunnen maken. Deze mensen worden ook wel als *high-need* patiënten aangeduid. Wat nu precies onder *high needs* of ongewenste uitkomsten wordt verstaan, hangt af van het **perspectief** van de betrokkenen.

Mensen met multimorbiditeit zelf zullen vooral een **slechte kwaliteit van leven** of ernstige beperkingen van hun mogelijkheden om zelfstandig te wonen of mee te doen in de samenleving als ongewenst ervaren en als zodanig behoefte hebben aan zorg en ondersteuning op meerdere levensgebieden. Huisartsen en andere zorgprofessionals denken bij patiënten met een grote zorgbehoefte misschien eerder aan de **zorgzwaarte**, oftewel de mate waarin mensen een beroep doen op huisartsenzorg. Maar mogelijk willen zij ook patiënten kunnen herkennen die een groot risico lopen op een **acute event**, i.e. een ‘evenwicht verstorende gebeurtenis’¹³, die acute zorg vereist. Vanuit het perspectief van zorgverzekeraars, het Zorginstituut of overheden kan het gaan om groepen met **hoge zorgkosten**, waarbij de **kwaliteit van de zorg suboptimaal** is of waarbij de kosteneffectiviteit van de geboden zorg onvoldoende is bewezen.

In het project CHRODIS-NL hebben we verschillende subgroepen met multimorbiditeit binnen de patiëntenpopulatie van huisartsen geïdentificeerd:

1. Mensen die een groot beroep doen op huisartsenzorg (Figuur 2a en 2b)
2. Mensen die een slechte kwaliteit van leven ervaren (Figuur 3)
3. Mensen die een grotere kans lopen acute zorg te gebruiken, zoals spoedeisende hulp (Figuur 4) of ongeplande ziekenhuisopnames (Figuur 5a en 5b).

In de figuren is aangegeven welk deel van de totale patiëntenpopulatie met multimorbiditeit (hier gedefinieerd als ‘twee of meer chronische aandoeningen’) tot deze subgroepen kunnen worden gerekend en wat hun kenmerken zijn. Deze gegevens zijn gebaseerd op de HIS-gegevens (periode 2011-2013) van 245.000 patiënten met multimorbiditeit ingeschreven in ongeveer 500 huisartsenpraktijken verspreid over heel Nederland. Daarnaast zijn gegevens gebruikt uit enquête-onderzoek onder 600 patiënten met multimorbiditeit ingeschreven bij 40 huisartsenpraktijken verspreid over het land.

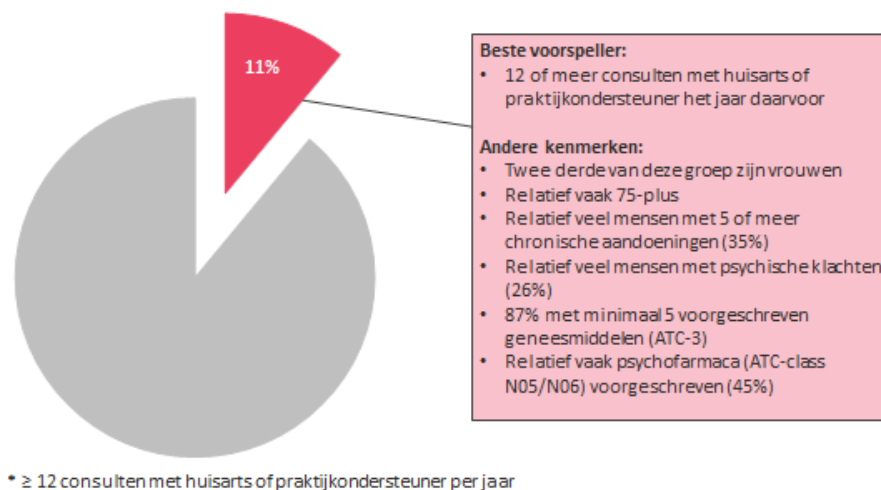
Bij het bekijken van de figuren is het belangrijk om voor ogen te houden dat de omvang van de subgroepen lokaal flink kan afwijken van het beeld dat uit de figuren naar voren komt. Dit is afhankelijk van de praktijkpopulatie of de bewoners in een bepaalde wijk. Daarom raden we zorgverleners die aan de slag willen met de zorg voor mensen met multimorbiditeit aan om eerst na te gaan hoe hun eigen patiëntenpopulatie met multimorbiditeit eruit ziet. Verschillende bedrijven kunnen huisartsen en andere zorgverleners helpen om de gegevens uit hun eigen informatiesysteem inzichtelijk te maken voor bijvoorbeeld zelfevaluatie en kwaliteitsverbetering.

¹³ Zie voor een uitgebreide omschrijving van het begrip *acute event* de Startnotitie ‘Naar reguliere integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis’ (Zorginstituut Nederland, 2018).



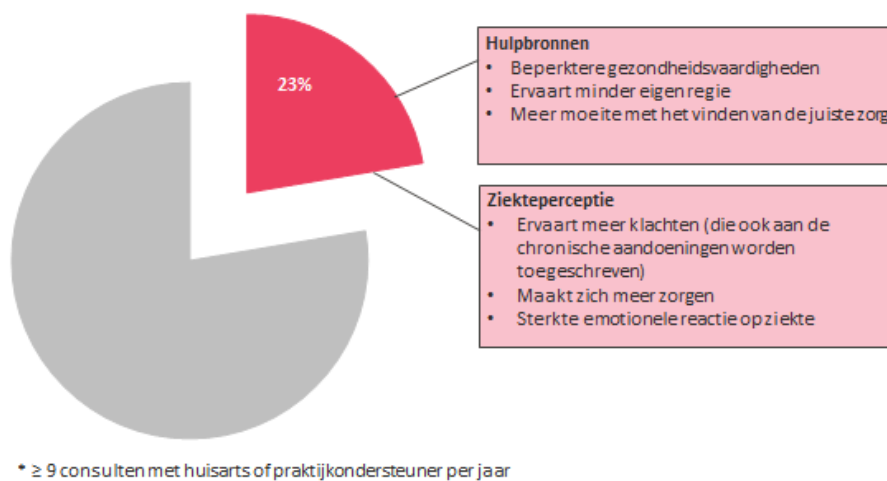
Ga na hoe uw patiëntenpopulatie met multimorbiditeit eruit ziet om meer zicht te krijgen op de omvang en kenmerken van subgroepen met een grote of specifieke zorgbehoefte.

Figuur 2a. Mensen met multimorbiditeit met een **hoge zorgwaarte** in termen van gebruik van huisartsenzorg* (N=245.000)



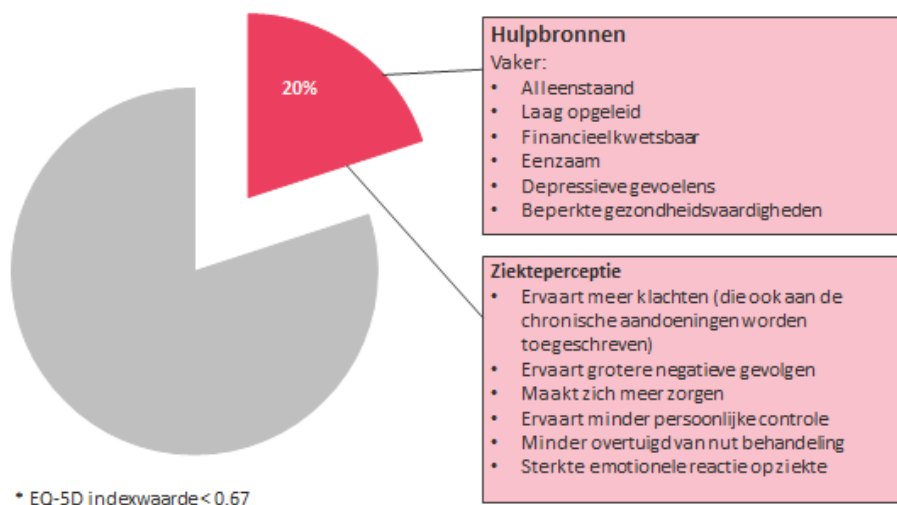
Bron: Heins M, Korevaar J, Schellevis F, Rijken M. Identifying multimorbid patients with high care needs - a study based on electronic medical record data. *European Journal of General Practice* 2020, 26(1): 189-195. DOI: 10.1080/13814788.2020.1854719

Figuur 2b. Mensen met multimorbiditeit met een **hoge (zelf gerapporteerde) zorgwaarte** in termen van gebruik van huisartsenzorg* (N=600)



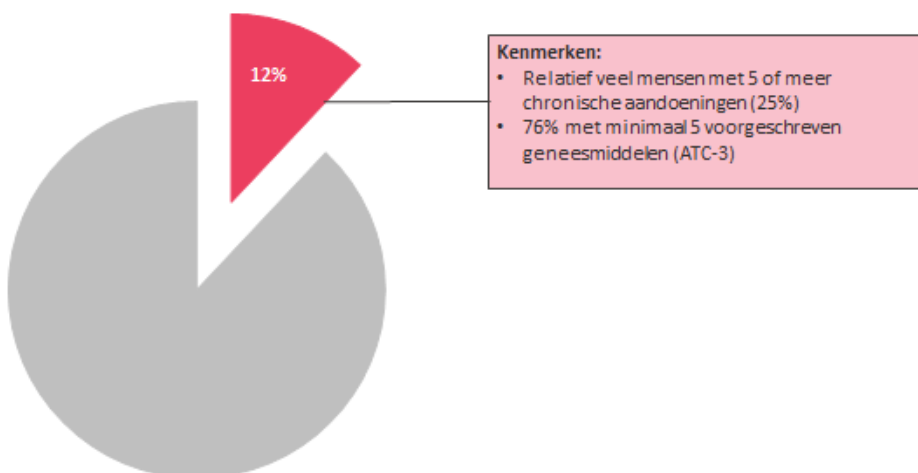
Bron: Rijken M, Valderas JM, Heins M, Schellevis F, Korevaar J. Identifying high-need patients with multimorbidity from their illness perceptions and personal resources to manage their health and care: a longitudinal study. *BMC Family Practice* 2020; 21: 75.

Figuur 3. Mensen met multimorbiditeit met een **slechte kwaliteit van leven*** (N=600)



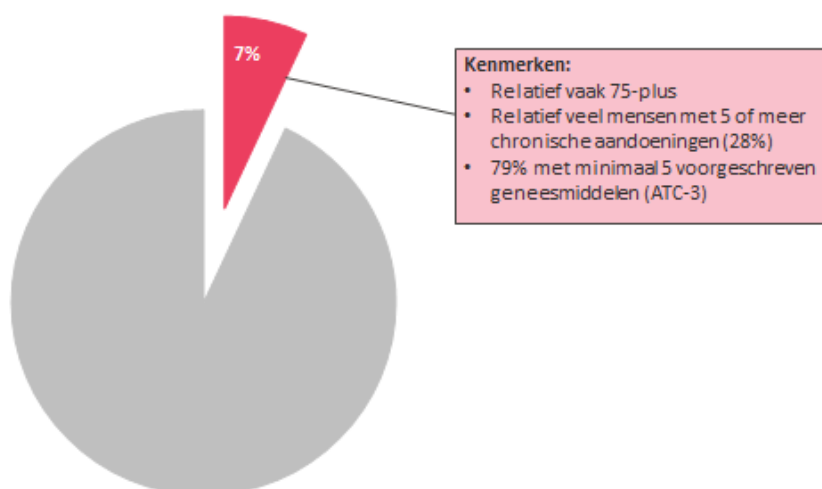
Bron: Rijken M, Valderas JM, Heins M, Schellevis F, Korevaar J. Identifying high-need patients with multimorbidity from their illness perceptions and personal resources to manage their health and care: a longitudinal study. *BMC Family Practice* 2020; 21: 75.

Figuur 4. Mensen met multimorbiditeit met contact met de **spoedeisende hulp** (N=245.000)



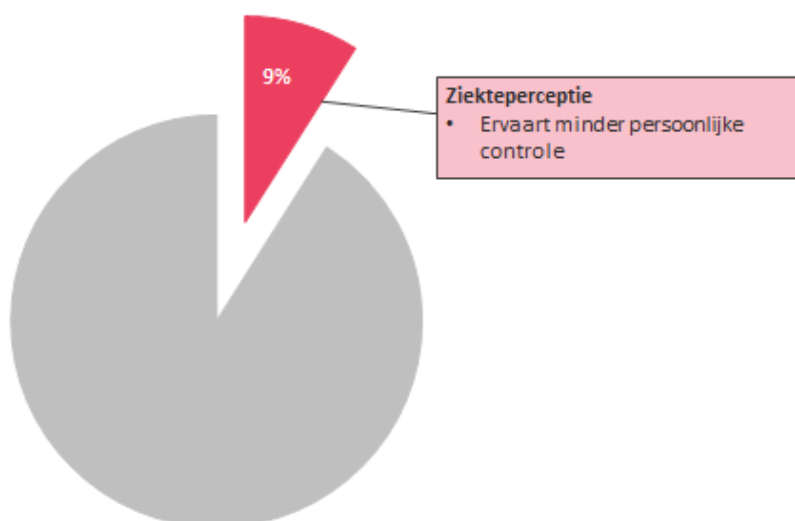
Bron: Heins M, Korevaar J, Schellevis F, Rijken M. Identifying multimorbid patients with high care needs - a study based on electronic medical record data. *European Journal of General Practice* 2020, 26(1): 189-195. DOI: 10.1080/13814788.2020.1854719

Figuur 5a. Mensen met multimorbiditeit met een of meer **ongeplande ziekenhuisopname(s)** per jaar (N=245.000)



Bron: Heins M, Korevaar J, Schellevis F, Rijken M. Identifying multimorbid patients with high care needs - a study based on electronic medical record data. *European Journal of General Practice* 2020, 26(1): 189-195. DOI: 10.1080/13814788.2020.1854719

Figuur 5b. Mensen met multimorbiditeit met een of meer **(zelf gerapporteerde) ongeplande ziekenhuisopname(s)** per jaar (N=600)



Bron: Rijken M, Valderas JM, Heins M, Schellevis F, Korevaar J. Identifying high-need patients with multimorbidity from their illness perceptions and personal resources to manage their health and care: a longitudinal study. *BMC Family Practice* 2020; 21: 75.

De figuren laten zien dat binnen de door ons onderzochte steekproeven telkens een subgroep van circa 10 tot 25% kan worden aangemerkt als *high-need* groep. Wat de figuren niet laten zien is of deze subgroepen overlappen. Bijvoorbeeld, of mensen met multimorbiditeit die een slechte kwaliteit van leven ervaren ook degenen zijn die veel contact hebben met de huisartsenpraktijk of die gebruikmaken van acute zorg. Uit onze analyses blijkt dat maar zeer ten dele het geval.

In ons onderzoek onder 600 huisartspatiënten met multimorbiditeit vonden we 118 mensen met een slechte kwaliteit van leven (20%; Figuur 3). Daarvan viel de helft niet in de groep met een hoge zorgzwaarte¹⁴, had geen contact gehad met de huisartsenpost en geen ongeplande ziekenhuisopname. De andere helft viel wel in een of meer van deze laatste subgroepen. Dit betekent dat patiënten met multimorbiditeit die relatief vaak contact hebben met de huisarts of praktijkondersteuner/-verpleegkundige niet per definitie ook degenen zijn met een slechte kwaliteit van leven, en vice versa. Uit ons onderzoek op basis van de HIS-gegevens van 245.000 patiënten met multimorbiditeit, waaraan ook gegevens over het gebruik van ziekenhuiszorg waren gekoppeld¹⁵, bleek dat driekwart van de patiënten met een ongeplande ziekenhuisopname op de spoedeisende hulp was geweest. Van de groep met de grootste zorgzwaarte voor de huisarts (Figuur 2a) bleek 29% (ook) gebruik te hebben gemaakt van de spoedeisende hulp en 17% een ongeplande ziekenhuisopname te hebben gehad. Deze laatste percentages liggen weliswaar flink hoger dan die binnen de totale groep mensen met multimorbiditeit (Figuur 4 en 5a), maar maken ook duidelijk dat het overgrote deel van de mensen met twee of meer chronische aandoeningen met een hoge zorgzwaarte in termen van huisartsenzorg geen beroep doet op de spoedeisende hulp of onverwacht in het ziekenhuis wordt opgenomen.

Het lijkt er dus op dat er verschillende *high-need* groepen met multimorbiditeit bij de huisarts kunnen worden onderscheiden: patiënten met een hoge zorgzwaarte, patiënten met een slechte kwaliteit van leven en patiënten die acute zorg gebruiken. Binnen deze groepen kunnen overigens nog steeds flinke verschillen in de zorg- en ondersteuningsbehoefte bestaan. Zo vallen binnen de groep met een slechte kwaliteit van leven zowel mensen die alleen hun lichamelijke gezondheid als slecht ervaren als mensen die (ook) op het mentale of sociale vlak een slechte kwaliteit van leven ervaren.



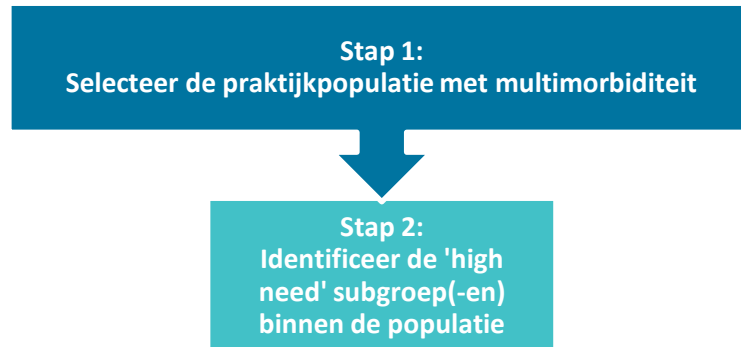
Binnen de patiëntenpopulatie met multimorbiditeit bij de huisarts kunnen verschillende groepen met een grote zorgbehoefte worden onderscheiden: 1. mensen die veel gebruikmaken van huisartsenzorg, 2. mensen die een slechte kwaliteit van leven ervaren, 3. mensen die gebruik maken van acute zorg (spoedeisende hulp en/of ongeplande ziekenhuisopnames). Deze groepen overlappen maar ten dele.

¹⁴ In die studie gedefinieerd als negen of meer consulten met de huisarts of POH op jaarbasis.

¹⁵ Dit gebeurde door het Centraal Bureau voor de Statistiek in de rol van Trusted Third Party op basis van geanonimiseerde patiëntnummers.

Identificeren van subgroepen in de praktijk

We hebben in het project CHRODIS-NL onderzocht of we huisartsen kunnen ondersteunen om de hierboven genoemde subgroepen proactief binnen de eigen patiëntenpopulatie op te sporen. Dit is een stapsgewijs proces:



- **Stap 1: Selecteren van de totale praktijkpopulatie met multimorbiditeit**

Allereerst moeten alle patiënten met multimorbiditeit binnen de praktijk worden geïdentificeerd. Huisartsen kunnen hiertoe opdracht geven aan een ondersteunende organisatie die voor hen een HIS-extractie uitvoert. Daarbij is het uiteraard aan de huisarts hoe zij/hij de groep wil afbakenen. Bijvoorbeeld, patiënten met minimaal twee chronische aandoeningen of patiënten met minimaal drie chronische aandoeningen? En welke aandoeningen tellen daarin mee en welke niet? Voor de pilotpraktijken van het CHRODIS-NL project werd gekozen voor patiënten van 18 jaar of ouder met tenminste drie chronische aandoeningen uit een lijst van chronische aandoeningen die voor het COPILOT-project¹⁶ was samengesteld door huisartsen van de Huisartsen Coöperatie Zuid-Kennemerland (zie Bijlage A).

Indien het selecteren van patiënten uit het HIS op basis van het aantal chronische aandoeningen te bewerkelijk wordt gevonden, kan worden overwogen om een selectie van patiënten te maken op basis van het aantal geneesmiddelen dat zij gebruiken. Hierbij kan ook de apotheek helpen. De uiteindelijke selectie van patiënten zal afhankelijk van de gekozen methode enigszins verschillen¹⁷.

- **Stap 2: Identificeren van de betreffende subgroepen**

We hebben in het CHRODIS-NL project twee predictiemodellen ontwikkeld. Met het eerste model kunnen patiënten met multimorbiditeit worden geïdentificeerd die waarschijnlijk een groot beroep zullen doen op de huisartsenzorg. Het tweede predictiemodel kan worden gebruikt om patiënten

¹⁶ In het COPILOT-project ontwikkelen huisartsen aangesloten bij de Huisartsen Coöperatie Zuid-Kennemerland (HCZK) een persoonsgericht gespreksmodel voor de zorg voor mensen met (meerdere) chronische aandoeningen.

Meer informatie over het COPILOT-project is te lezen in: Bogerd MJL, Slottje P, Schellevis FG, Giebels A, Rijken M, van Hout HPJ, Reinders ME. From protocolized to person-centered chronic care in general practice: study protocol of an action-based research project (COPILOT). Primary Health Care Research & Development 2019; 20(e134): 1-8. (<https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/article/from-protocolized-to-personcentered-chronic-care-in-general-practice-study-protocol-of-an-actionbased-research-project-copilot/C438BA4BBBB0D761095A6C151C1B983E>)

¹⁷ Bijvoorbeeld, in ons onderzoek onder 245.000 patiënten met twee of meer chronische aandoeningen had 62% vijf of meer (op ATC-3 niveau) verschillende geneesmiddelen voorgeschreven gekregen. (Heins et al., 2020)

met multimorbiditeit op te sporen die een grote kans hebben op een slechte ervaren kwaliteit van leven. Het betrouwbaar voorspellen wie een grote kans heeft om bij de spoedeisende hulp terecht te komen of onverwacht in het ziekenhuis te worden opgenomen lukte niet op basis van de gegevens die beschikbaar waren.¹⁸ We beperken ons daarom tot het identificeren van de eerste twee subgroepen in deze vervolgstap.

a. Patiënten die waarschijnlijk een groot beroep op de huisartsenzorg zullen doen

Deze patiënten zijn goed op te sporen in het HIS, op basis van gegevens over het aantal contacten met de praktijk in het voorgaande jaar. Bijvoorbeeld, indien u een overzicht wilt van alle patiënten met multimorbiditeit die (zonder proactieve interventie) waarschijnlijk 12 of meer contacten met de praktijk zullen hebben in het komende jaar, dan kunt u het beste die patiënten met multimorbiditeit (laten) selecteren die het afgelopen jaar 12 of meer contacten hadden met de praktijk.

b. Patiënten met een grote kans op een slechte kwaliteit van leven, nu of binnen een jaar

Deze patiënten kunnen niet op basis van gegevens in het HIS worden opgespoord. Daarom hebben we een korte screeningsvragenlijst ontwikkeld die hierbij kan helpen.¹⁹ Deze vragenlijst (bijlage B) kan samen met de patiënt worden ingevuld, of door de patiënt van tevoren worden ingevuld en dan in het gesprek met de huisarts of praktijkondersteuner/-verpleegkundige worden besproken.

Behalve dat de vragenlijst kan helpen om patiënten op te sporen die een grote kans lopen om een slechte kwaliteit van leven te (zullen) ervaren, kan de vragenlijst ook worden gebruikt om de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de patiënt te exploreren of bepaalde onderwerpen in het gesprek met de patiënt aan te snijden. Hiervoor zijn ook andere hulpmiddelen/instrumenten voorhanden, zoals het 4D-model²⁰ of het spinnenwebmodel van Positieve Gezondheid.²¹⁻²²

¹⁸ Bij de selectie van mogelijk voorspellende factoren hiervoor hebben we ons beperkt tot die patiëntgegevens die gewoonlijk in het HIS van de huisarts worden geregistreerd. Dit omdat we op zoek waren naar een algoritme dat zou kunnen worden geprogrammeerd om binnen het HIS patiënten te identificeren die een groot risico lopen op toekomstig gebruik van acute zorg. In de Startnotitie 'Naar reguliere integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis' (2018) laat Zorginstituut Nederland zien dat het voorspellen van *acute events* onder ouderen wel redelijk goed lukt op basis van Zvw-declaratiedata aangevuld met registratiegegevens over de Nederlandse bevolking.

¹⁹ De screeningsvragenlijst is ontwikkeld op basis van ons longitudinale enquête-onderzoek onder 600 patiënten met multimorbiditeit, maar moet nog wel worden gevalideerd binnen andere groepen met multimorbiditeit. Hiervoor hebben we nieuwe gegevens verzameld, maar nog niet geanalyseerd.

²⁰ <https://www.overvechtgezond.nl/het-4d-model/>

²¹ <https://mijnpositievegezondheid.nl/tools/hoewerkthet/>

²² <https://zelfzorgondersteund-instrumentenkieser.nl/gespreksinstrument-positieve-gezondheid/>

3 Zorgverbetering: voor wie?

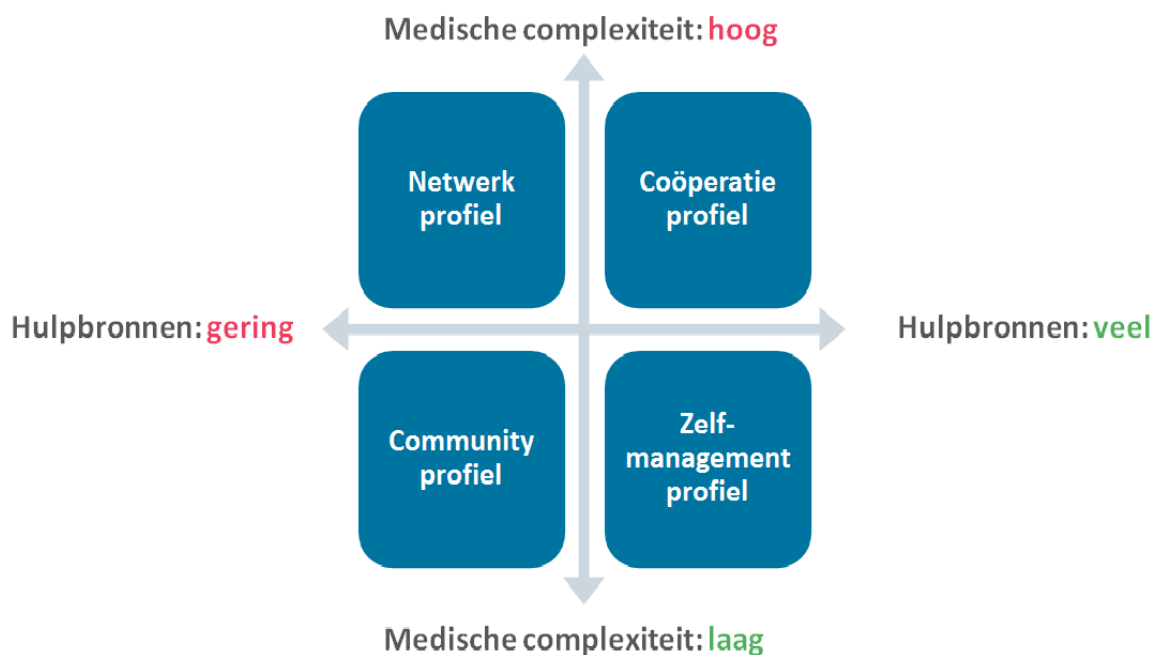
In het vorige hoofdstuk hebben we gezien dat mensen met multimorbiditeit niet allemaal een even grote zorg- en ondersteuningsbehoefte hebben. Deze kennis kan worden meegenomen bij het prioriteren van de groep met wie huisartsen of andere zorgverleners willen starten met een proactief persoonsgericht zorgtraject. Dit is namelijk een belangrijke eerste stap in het zorgverbeteringstraject. De groep waarop u zich richt bepaalt immers welke zorg en ondersteuning er nodig is.



Bepaal gezamenlijk op welke subgroep(-en) van patiënten met multimorbiditeit u zich richt in de evaluatie van de zorg en het nadenken over mogelijkheden ter verbetering van de zorg.

In het denken hierover kan het volgende model behulpzaam zijn.

Figuur 6. Patiëntprofielen met een verschillende behoefte aan zorg en ondersteuning



Bron: Koivuniemi K & Simonen K. 2011. Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Duodecim PerSona-sarja.

Dit model is ontwikkeld in Finland als richtlijn voor het organiseren en bieden van zorg aan eerstelijnspatiënten met chronische aandoeningen. Het model laat zien dat twee hoofddimensies bepalend zijn voor de behoefte aan zorg en ondersteuning van deze patiënten. Ten eerste, de medische complexiteit van de benodigde zorg. Ten tweede, de mate waarin mensen over

persoonlijke en sociale hulpbronnen beschikken²³ om bij te dragen aan hun zorg en zich zo goed mogelijk te redden in het dagelijks leven. Hierbij kan het gaan om kennis en gezondheidsvaardigheden, maar ook om het sociale netwerk van de patiënt of diens financiële mogelijkheden om zelf bepaalde zorg of hulp te bekostigen. Op grond van deze twee dimensies kunnen vier patiëntprofielen worden onderscheiden:

1. Zelfmanagementprofiel

Dit profiel past bij mensen die geen heel complexe medische problematiek hebben en bovendien beschikken over veel persoonlijke hulpbronnen. Bij patiënten met dit profiel kan worden ingezet op zo veel mogelijk zelfmanagement, maar wel goed ondersteund! Denk daarbij ook aan de mogelijkheden van e-health voor deze groep. Uiteraard geeft het profiel slechts een indicatie en zal in het gesprek met de patiënt moeten worden verkend of hij/zij hiervoor openstaat.

2. Coöperatieprofiel

Dit profiel past bij mensen die beschikken over voldoende en goede hulpbronnen (mensen die een goed begrip hebben van hun aandoeningen en de behandelingen, die over voldoende vaardigheden beschikken en over een sociale omgeving die hen goed ondersteunt), maar bij wie wel sprake is van complexe medische problematiek. Vanwege de complexiteit is meer professionele zorg nodig, ook van medisch specialisten, maar de patiënt wil en kan zelf deel uitmaken van het behandelteam. Patiënten met dit profiel zullen waarschijnlijk graag participeren in het overleg van het behandelteam, waarin naast specialisten ook de huisarts een belangrijke speler is. Deze patiënten staan mogelijk ook open voor e-consulten en andere mogelijkheden om met hun zorgverleners op afstand te communiceren.

3. Community profiel

Dit profiel past bij mensen die geen heel complexe medische problematiek hebben, maar tegelijkertijd over beperkte persoonlijke hulpbronnen beschikken. Hierdoor kan toch meer zorg en ondersteuning nodig zijn dan puur op medische gronden noodzakelijk geacht, bijvoorbeeld ook op sociaal-maatschappelijk gebied. Voor mensen met dit profiel is eerstelijnszorg belangrijk in samenwerking met welzijnswerk of andere ondersteunende voorzieningen. Vrijwilligers kunnen mogelijk ook een goede bron van hulp en advies zijn voor mensen met dit profiel.

4. Netwerkprofiel

Dit profiel past bij mensen met complexe medische problematiek die daarnaast beperkte persoonlijke hulpbronnen hebben. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan kwetsbare ouderen. Er zal op veel terreinen professionele en vaak ook specialistische zorg moeten worden geboden. Zorgprofessionals zullen daarom intensief met elkaar moeten samenwerken, rondom de patiënt, uiteraard ook met mantelzorgers, indien beschikbaar. Bovendien zal alle zorg meestal door een professional moeten worden gecoördineerd. Bij dit profiel past vaak een case management model.

Huisartsen die samen met hun praktijkmedewerkers en lokale samenwerkingspartners willen werken aan verbetering van de zorg voor mensen met multimorbiditeit hebben hierbij meestal al wel een bepaalde groep patiënten voor ogen. Het kan verhelderend zijn om gezamenlijk te reflecteren op de zorg en ondersteuning die nodig is voor deze groep vanuit het in Figuur 6 geschetste model en de

²³ Psychische en sociale problemen, zoals depressieve klachten, eenzaamheid en schulden, kunnen bijdragen aan de medische complexiteit van een patiënt. Daarnaast kunnen ze worden gezien als een gebrek aan persoonlijke (e.g. mentale gezondheid) en sociale hulpbronnen (e.g. emotionele of sociale steun en financiële middelen).

bijbehorende patiëntprofielen. Zo wordt duidelijk welke factoren ten grondslag liggen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van een bepaalde groep patiënten: medische complexiteit, beperkte hulpbronnen of een combinatie daarvan? Dit inzicht kan helpen bij het gezamenlijk nadenken over de onderliggende problematiek en de mogelijke oplossingsrichtingen, het stellen van doelen en het selecteren van daarbij behorende acties.

4 Zorgverbetering: wat?

Dit hoofdstuk gaat over de vraag wat u wilt verbeteren in de zorg voor (subgroepen van) mensen met multimorbiditeit. Daarbij zal allereerst de vraag beantwoord moeten worden die in het vorige hoofdstuk centraal stond: voor welke groep patiënten wilt u de zorg verbeteren? In dit hoofdstuk gaan we ervan uit dat u hierover gezamenlijk hebt nagedacht en een keuze hebt gemaakt. Vervolgens komt de vraag aan de orde: wat willen we voor deze groep verbeteren? Huisartsen kunnen dit samen met hun praktijkmedewerkers en lokale samenwerkingspartners bespreken in een of meer ‘zelfevaluatie’-groepsgesprek(-ken).

Ter voorbereiding van zo’n groepssessie kunnen alle deelnemers van tevoren nadenken over de zorg die u momenteel gezamenlijk aan de doelgroep verleent. Als hulpmiddel hiervoor hebben Vilans en Nivel een vragenlijst ontwikkeld (bijlage C)²⁴ op basis van het in hoofdstuk 1 beschreven JA-CHRODIS Geïntegreerde Zorgmodel voor Multimorbiditeit.²⁵⁻²⁶ Deelnemers aan de zelfevaluatie vullen vooraf de vragenlijst in, waarbij zij voor elk element van het model drie vragen beantwoorden (op een schaal van 1 tot 10):

- Hoe **relevant** vindt u dit element in de zorg voor mensen met multimorbiditeit?
- In hoeverre wordt dit element op dit moment **in de praktijk** gebracht?
- In hoeverre vindt u dat het element **voldoende** in de praktijk wordt gebracht?

Belangrijk daarbij is dat deelnemers niet alleen de elementen ‘scoren’, maar ook hun antwoorden zo veel mogelijk toelichten.

Huisartsen en andere zorgverleners die de vragenlijst willen gebruiken kunnen hulp vragen aan onderzoekers om de gegevens te analyseren en de resultaten naar hen terug te koppelen. Maar de deelnemers aan de zelfevaluatie kunnen ook zelf hun antwoorden inbrengen in het groepsgesprek. Zij bepalen dan gezamenlijk of zij alle elementen uit de vragenlijst willen bespreken of zich willen beperken tot de elementen die zij het meest relevant vinden of waarbij zij de grootste discrepantie ervaren tussen de huidige praktijk ten aanzien van de geboden zorg en de door hen gewenste praktijk. Mogelijk zijn er meerdere groepsgesprekken nodig voor deze zelfevaluatie. Ook kan het nodig zijn om (delen van) de evaluatie te herhalen, zoals we ook in de inleiding schreven over de verschillende stappen van het kwaliteitsverbeteringstraject.

De zelfevaluatie helpt om te reflecteren op de zorg die u gezamenlijk aan een groep patiënten met multimorbiditeit verleent. Vervolgens zullen de prioriteiten met elkaar moeten worden bepaald, zodat er haalbare doelen kunnen worden gesteld en een actieplan kan worden gemaakt. De vragenlijst (bijlage C) kan helpen bij het stellen van de prioriteiten, omdat het duidelijk maakt wat de betrokken zorgverleners het meest belangrijk vinden in de zorg voor mensen met multimorbiditeit en waar zij de meeste ruimte voor verbetering zien. Maar bij het bepalen van de prioriteiten en het stellen van doelen is het ook belangrijk om te kijken naar de haalbaarheid: is er voldoende tijd en ruimte voor betrokken zorgverleners om met bepaalde elementen van de zorg aan de slag te gaan?

²⁴ De vragenlijst is tevens als een online tool beschikbaar via het Nivel.

²⁵ Palmer K, Marengoni A, Jureviciene E, Laatikainen T, Mammarella F, Muth Ch, Prados-Torres A, Rijken M, Rothe U, Valderas JM, Vontetsianos Th, Zaletel J, Forjaz MJ, Souchet L, Navickas R, Onder G. Multimorbidity care model: recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). Health Policy 2018; 122: 4-11.

²⁶ Voor de zelfevaluatie-vragenlijst zijn enkele elementen van het model iets aangepast.

Wat kunnen de betrokken zorgverleners zelf oppakken en waarvoor is extra ondersteuning of zijn extra middelen nodig?

In het reflecteren op de zorg en op waar verbetering mogelijk of nodig is, kunnen zorgverleners ook patiënten met multimorbiditeit of familieleden/mantelzorgers betrekken. In de pilots die we in het kader van JA-CHRODIS en CHRODIS-NL hebben gedaan, hebben we hiervan twee voorbeelden gezien. In twee praktijken nam een patiënt respectievelijk mantelzorger deel aan het groepsgesprek over de zelfevaluatie. In een aantal andere praktijken werden patiënten met multimorbiditeit door de praktijkmedewerkers uitgenodigd om een vragenlijst (bijlage D) in te vullen over wat zij belangrijk vinden in de zorg voor hun chronische aandoeningen. Deze vragenlijst is door het Nivel ontwikkeld op basis van het JA-CHRODIS Geïntegreerde Zorgmodel voor Multimorbiditeit²⁷. Het Nivel heeft de (anonieme) gegevens geanalyseerd en de resultaten op geaggregeerd niveau terug gerapporteerd aan de betrokken zorgverleners tijdens het (eerste) groepsgesprek.

In Box 3 hebben we enkele bevindingen uit deze enquête onder patiënten met multimorbiditeit samengevat. Deze resultaten zijn gebaseerd op de antwoorden van 863 mensen met drie of meer chronische aandoeningen (van de lijst in bijlage A) ingeschreven in 14 huisartsenpraktijken in West- en Midden-Nederland. We presenteren deze informatie om u een indruk te geven van de prioriteiten en voorkeuren die bij patiënten met multimorbiditeit kunnen spelen. Hoewel we geen grote verschillen zagen tussen de antwoorden van patiënten van verschillende praktijken, willen we benadrukken dat dit beeld mogelijk niet representatief is voor de patiënten met multimorbiditeit binnen uw eigen praktijk of wijk. Geïnteresseerde zorgverleners nodigen we van harte uit om hun patiënten met multimorbiditeit te vragen om hun ervaringen en voorkeuren met hen te delen, in een (groeps-)gesprek, door middel van een enquête of in welke vorm dan ook.

Box 3: Voorkeuren voor bepaalde zorg van 863 patiënten met drie of meer chronische aandoeningen (enquête afgenomen in 2019)

❖ **Element: Periodieke uitgebreide patiëntevaluatie (*regular comprehensive assessment*)**

Ongeveer een derde van alle respondenten gaf aan dat zij een uitgebreide beoordeling ('assessment') van hun gezondheid willen wanneer ze dat zelf nodig achten. Als reden gaven deze mensen aan dat ze hun lichaam zelf het beste kennen en dat het om hén gaat, dus dat ze ook willen bepalen wanneer zoiets nodig is. Eveneens een derde gaf aan dat zij (ook) een uitgebreide beoordeling van hun gezondheid willen als hun huisarts dit nodig acht. Argumenten van deze groep zijn dat de huisarts hen goed kent, de expertise heeft en dat zij vertrouwen op het oordeel van de huisarts. Bijna een kwart van alle respondenten gaf er de voorkeur aan om sowieso ieder jaar een uitgebreide beoordeling van hun gezondheid en functioneren te hebben. Deze mensen vinden dit vanuit preventief oogpunt belangrijk, willen gerustgesteld worden of vinden dit nodig vanwege hun (oudere) leeftijd.

Ongeveer de helft van de respondenten heeft de voorkeur voor een zo uitgebreid mogelijke assessment, inclusief een beoordeling van hun mentale gezondheid en hun functioneren thuis en in het dagelijks leven. Deze mensen gaven als toelichting dat ze het belangrijk vinden dat 'het hele plaatje' wordt gezien, omdat alles elkaar beïnvloedt. Ongeveer een op de vier respondenten gaf de voorkeur aan een assessment die zich tot hun lichamelijke gezondheid beperkt.

²⁷ In de vragenlijst werd gevraagd welke voorkeuren mensen hadden voor de invulling van bepaalde elementen van het zorgmodel. Omwille van de lengte van de vragenlijst werden alleen vragen gesteld over elementen die in eerder gehouden groeps gesprekken en telefonische interviews met twintig mensen met multimorbiditeit de meeste prioriteit kregen.

❖ **Element: Delen van patiëntinformatie**

Veertig procent van alle respondenten gaf aan dat artsen hun medische informatie moeten kunnen delen met alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor hun aandoeningen. Nog eens 20% gaf aan dat hun medische gegevens ook mogen worden gedeeld met organisaties / personen die verantwoordelijk zijn voor de indicatiestellingen voor hulp en ondersteuning door de gemeente (Wmo), zoals huishoudelijke hulp. Tegelijkertijd gaf ruim een kwart van de respondenten aan dat de uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners beperkt moet blijven tot wat echt nodig is.

❖ **Element: Coördinatie van zorg**

Zestig procent van de respondenten gaf aan het liefst zelf de zorg en ondersteuning die ze nodig hebben te regelen en te coördineren, zo nodig samen met een naaste. Bijna 30% ziet liever dat hun huisarts (of praktijkondersteuner/-verpleegkundige) de zorg coördineert. Deze mensen gaven aan dat ze goed contact hebben met hun huisarts, dat de huisarts en praktijkondersteuner de benodigde expertise hebben en de kortste communicatielijnen met andere zorgorganisaties of zorgverleners. Een enkeling gaf aan geen idee te hebben wie de zorg of ondersteuning zou kunnen organiseren.

❖ **Element: Zelfmanagementondersteuning**

De overgrote meerderheid van de respondenten (70%) had een voorkeur voor de huisarts als bron van advies en ondersteuning bij hun zelfmanagement. Ruim een kwart (28%) koos (ook) voor hun medisch specialist als ondersteuner van hun zelfmanagement. Opvallend was dat minder dan een op de vijf respondenten zelfmanagementondersteuning wilde krijgen van een praktijkondersteuner of verpleegkundige werkzaam in de huisartsenpraktijk.

Twee op de drie respondenten hadden de voorkeur voor zelfmanagementondersteuning in de vorm van bilaterale gesprekken met hun zorgverlener. Er bleek onder de respondenten weinig belangstelling voor andere vormen van zelfmanagementondersteuning, zoals groeps gesprekken of het volgen van een cursus. Een op de vijf gaf aan helemaal geen (extra) zelfmanagementondersteuning te willen. Als argument hiervoor gaven de meesten aan dat ze het niet nodig hebben of "de toegevoegde waarde ervan niet zien". Sommige respondenten gaven aan dat zij in het verleden al hadden meegedaan aan activiteiten om hun zelfmanagement te versterken.

❖ **Element: Gezamenlijke besluitvorming**

De helft van alle respondenten gaf de voorkeur aan het samen met de huisarts beslissen over behandelingen en zorg. Ruim een derde wil zoveel mogelijk zelf beslissen en ongeveer een op de vijf gaf aan dit liever in overleg met een medisch specialist te doen. Slechts een kleine groep (< 10%) gaf aan beslissingen over behandelingen en zorg liever aan de huisarts of specialist over te laten. Het overgrote deel van de respondenten wil dus zelf een actieve rol in de besluitvorming.

Bron: Rijken M, Stüssgen R, Leemrijse C, Bogerd M, Korevaar J. Priorities and preferences for care of people with multiple chronic conditions. Ter publicatie aangeboden.

Tot slot

In dit document hebben we kennis en ervaringen verwerkt die we hebben opgedaan door middel van onderzoek en pilots in het kader van de Europese Joint Action CHRODIS en het Nederlandse CHRODIS-NL project. We hebben deze kennis en ervaringen vertaald in een aantal handvatten voor huisartsen die samen met hun praktijkmedewerkers en lokale samenwerkingspartners aan de slag willen om goede zorg te verlenen aan patiënten met multimorbiditeit. We hebben ook een aantal instrumenten aangereikt die hierbij behulpzaam kunnen zijn.

We willen geenszins pretenderen dat dit document antwoord geeft op al uw vragen en al helemaal niet dat het voor huisartsen en andere zorgverleners eenvoudig is om verbeteringen aan te brengen. Veel hangt af van de tijd en ruimte die u hebt en de mate waarin u de juiste voorwaarden met elkaar kunt scheppen. Daarbij is het ook belangrijk om zich ervan bewust te zijn dat het een stapsgewijs proces is, waarvoor over een langere periode tijd en inzet nodig is en dat sommige belemmerende factoren niet zo maar door individuele zorgverleners veranderbaar zijn.

Maar er is ook geen reden om er dan maar niet aan te beginnen. Onze pilots hebben laten zien dat huisartsen en andere zorgverleners al veel positieve ervaringen opdoen door samen na te denken over de zorg die ze verlenen, door elkaar beter te leren kennen en een aantal kleine, maar steeds terugkerende knelpunten op te lossen. Dat is het laaghangende fruit en dat smaakt vaak naar meer. Op die manier wordt een basis gelegd voor meer structurele samenwerking op het terrein van de zorg voor mensen met multimorbiditeit. Vanuit het Nivel zijn we graag bereid u daarbij te adviseren of te ondersteunen.

Bijlage A Lijst met chronische aandoeningen

De onderstaande tabel bevat de lijst met chronische aandoeningen die gebruikt is voor het identificeren van patiënten met drie of meer chronische aandoeningen binnen de patiëntenpopulatie van de huisartsenpraktijken die deelnamen aan het CHRODIS-NL project. Voor de aandoeningen in deze tabel geldt dat ze meetelden in het totale aantal chronische aandoeningen van de patiënt, indien de patiënt minimaal één contact (alle contactsoorten) met de huisartsenpraktijk hiervoor had in de afgelopen twee jaar. De lijst is door huisartsen ontwikkeld binnen het COPILOT project²⁸.

Clusters	Aandoeningen
HIV/Aids	HIV/Aids
Kanker	Alle maligniteiten
Spijvertering	Diverticulaire ziekte Ziekte van Crohn Colitis ulcerosa
Oog	Maculadegeneratie
Cardiovasculair	Aangeboren hartafwijkingen vaatstelsel Infectieziekten hartvaten Acute reumatoïde hartziekten Niet-reumatoïde klepaandoeningen Hartfalen Angina pectoris Acuut myocardinfarct Andere chronische ischemische hartziekten Atriumfibrilleren Hypertensie TIA CVA Claudicatio intermittens Aneurysma aortae Hypercholesterolemie
Bewegingsapparaat	Fibromyalgie Reumatoïde artritis Coxartrose Gonartrose Andere artrose Syndroom cervicale wervelkolom Artrose / spondylose wervelkolom Lage rugpijn met uitstraling Osteoporose
Zenuwstelsel	Multiple sclerose Ziekte van Parkinson Epilepsie Migraine

²⁸ <https://richtlijnen.nhg.org/onderzoeken/van-protocollaire-ketenzorg-naar-persoonsgerichte-chronische-zorg-de-huisartsenpraktijk>

	Clusterhoofdpijn
	Trigeminus neuralgie
	Andere neuropathieën
Psychisch	Tabaksmisbruik
	Slapeloosheid
	Schizofrenie
	Affectieve psychose
	Depressie
	Angststoornis
	Persoonlijkheidsstoornis
Ademhaling	COPD
	Astma
	Chronische bronchitis
Schildklier	Persisterende ductus thyreoglossus/cyste
	Nieuwvorming schildklier (benigne)
	Hyperthyroïdisme
	Hypothyroïdisme
Diabetes	Diabetes mellitus type 1
	Diabetes mellitus type 2
Urinair	Chronische nierinsufficiëntie
Psoriasis	Psoriasis met gebruik van methotrexaat
Obesitas	Adipositas

Bron: Bogerd MJL, Slottje P, Schellevis FG, Giebels A, Rijken M, van Hout HPJ, Reinders ME. From protocolized to person-centred chronic care in general practice: study-protocol of an action-based research project (COPILLOT). *Primary Health Care Research & Development* 20 (e134): 1-8. doi: 10.1017/S1463423619000550

Bijlage B Screeningsvragenlijst kwaliteit van leven

Met behulp van de onderstaande vragen kunt u vaststellen of de patiënt een hoog risico loopt op een slechte kwaliteit van leven, nu of binnen een jaar. Vul de vragen samen met de patiënt in.

Patiëntgegevens:

Datum:

.....

Ingevuld door:

				Punten:
1	Leeftijd patiënt:	Jonger dan 65 jaar	→	2
		65 t/m 74 jaar	→	1
		75 jaar of ouder	→	3
2	In hoeverre ervaart u lichamelijke klachten van uw aandoeningen? Als u daaraan een cijfer zou geven, van 0 (helemaal geen klachten) tot 10 (veel ernstige klachten), welk cijfer zou u dan geven?			
		Cijfer 0 t/m 6	→	2
		Cijfer 7 of hoger	→	5
3	Hoeveel invloed denkt u te hebben op uw aandoeningen, bijvoorbeeld door wat u doet of juist laat? Als u daaraan een cijfer zou geven, van 0 (helemaal geen invloed) tot 10 (heel veel invloed), welk cijfer zou u dan geven?			
		Cijfer 0 t/m 6	→	2
		Cijfer 7 of hoger	→	1
4	In hoeverre bent u bezorgd over uw aandoeningen? Als u daaraan een cijfer zou geven, van 0 (helemaal niet bezorgd) tot 10 (uitermate bezorgd), welk cijfer zou u dan geven?			
		Cijfer 0 t/m 6	→	2
		Cijfer 7 of hoger	→	4
5	Kunt u genoeg hulp of steun krijgen van mensen om u heen (bijvoorbeeld van uw partner, kinderen, familie, vrienden of burenen), als u dat wilt vanwege uw gezondheid?			
		Ja	→	1
		Twijfel	→	2
		Nee	→	2
6	Hoe was uw stemming de afgelopen week? Voelde u zich meestal opgewekt of niet?			
		Meestal opgewekt	→	0
		Meestal niet opgewekt	→	2

Totaalscore:

Betekenis totaalscore:

Score: 7 – 11	Kleine kans op een slechte kwaliteit van leven binnen nu en een jaar
Score: 12 – 18	Grote kans op een slechte kwaliteit van leven binnen nu en een jaar

Bijlage C Zelfevaluatie-vragenlijst voor zorgverleners

Welkom bij de **zelfevaluatie ‘zorg voor patiënten met multimorbiditeit’**.

Er is sprake van multimorbiditeit als een patiënt meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd heeft. Deze aandoeningen beïnvloeden elkaars ontstaan of beloop. De verschillende behandelingen en medicijnen voor deze aandoeningen kunnen elkaars effectiviteit belemmeren.

Met deze zelfevaluatie reflecteert u op uw huidige zorg voor patiënten met multimorbiditeit. In aansluiting op de zelfevaluatie wordt binnen uw praktijk een multidisciplinaire groep (met daarin mogelijk ook enkele patiënten of mantelzorgers) gevormd die in twee werksessies aan de slag gaat met de resultaten van de zelfevaluatie.

Het doel hiervan is om te komen tot nieuwe ideeën voor betere zorg voor patiënten met multimorbiditeit. U leert daarbij hoe u het zorgproces voor patiënten met multimorbiditeit anders kunt inrichten en probeert deze verbeterpunten direct uit in de praktijk.

Deze zelfevaluatie is gebaseerd op het Geïntegreerde Zorgmodel voor Multimorbiditeit’ van het Europese consortium ‘Joint Action on CHRONic DISeases and healthy aging through the life cycle’ (JA-CHRODIS), waaraan Nederland heeft deelgenomen. Dit model beschrijft in 16 componenten welke onderdelen belangrijk zijn in de zorg voor patiënten met multimorbiditeit.

Hoe vult u de zelfevaluatie in?

Deze zelfevaluatie bestaat uit de 16 componenten, met elk twee elementen, van het model. Voor elk element geeft u op een schaal van één tot tien de volgende 3 aspecten aan:

- In hoeverre u het element relevant vindt in de zorg voor mensen met multimorbiditeit;
- In hoeverre u het element toepast in uw praktijk;
- In hoeverre u het element naar uw mening voldoende toepast in uw praktijk.

Hierbij staat 1 voor de slechtst denkbare situatie en 10 voor de best denkbare situatie.

We nodigen u uit uw antwoord vooral ook toe te lichten.

Het invullen van de zelfevaluatie kost ongeveer 20 minuten. Om een goed beeld te krijgen van de situatie in uw praktijk adviseren wij u de zelfevaluatie door **vijf zorgverleners vanuit verschillende disciplines** in te vullen. Deze zorgverleners kunnen werkzaam zijn in uw praktijk of niet. In het laatste geval moeten het zorgverleners zijn die uw praktijk regelmatig betreft in de zorg voor patiënten met multimorbiditeit. Bijvoorbeeld andere eerstelijnszorgverleners, welzijnswerkers of medisch specialisten.

[Start zelfevaluatie]

Voordat u met de zelfevaluatie start, vragen wij u om enkele achtergrondgegevens over uzelf in te vullen. We zullen deze niet gebruiken bij de terugkoppeling van de zelfevaluatie naar de praktijk. In de terugkoppeling naar de praktijk rapporteren we de scores van de totale groep deelnemers anoniem.

Achtergrondgegevens

1. Wat is uw beroep?

- ☐ Huisarts
- ☐ Praktijkondersteuner Somatiek: [eventuele toelichting]
- ☐ Praktijkondersteuner GGZ: [eventuele toelichting]
- ☐ Wijkverpleegkundige
- ☐ Verpleegkundige anders: [eventuele toelichting]
- ☐ Thuiszorgmedewerker: [eventuele toelichting]
- ☐ Apotheker
- ☐ Fysiotherapeut
- ☐ Diëtist
- ☐ Welzijnswerker: [eventuele toelichting]
- ☐ Specialist ouderengeneeskunde
- ☐ Klinisch geriater
- ☐ Anders, namelijk:

2. Hoeveel jaar bent u werkzaam in dit beroep?

-- jaar

3. Hoeveel jaar bent u als zorgverlener betrokken bij de zorg voor mensen met multimorbiditeit?

-- jaar

4. Hoeveel jaar bent u werkzaam in (of werkt u samen met) deze huisartsenpraktijk?

-- jaar

Dan volgen nu de vragen van de zelfevaluatie voor elk van de 16 componenten.

1) In kaart brengen van de (medische) situatie van de patiënt

Element 1: Informatie inwinnen (assessment)

Bij het inwinnen van informatie stelt de zorgverlener de medische, psychologische, sociale en functionele achtergrond van de patiënt met multimorbiditeit vast. Hij/zij let hierbij op de interactie tussen ziektebeelden en medicijnen, de capaciteiten en het sociale netwerk van de patiënt. De zorgverlener beoordeelt de situatie van de patiënt eens per half jaar en/of wanneer er een substantiële verandering is in de medische behandeling, het functioneren of de directe omgeving van de patiënt.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven,
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht,
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

Element 2: Verkregen informatie en het zorgplan

Op basis van de verkregen informatie (element 1) stellen de zorgverlener en de patiënt samen een individueel zorgplan op. In dit plan maken ze afspraken over de multidisciplinaire behandeling en de vervolgstappen.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

2) Multidisciplinaire samenwerking

Element 1: Betrokken zorgverleners

Bij de zorg rondom de patiënt met multimorbiditeit zijn de volgende personen betrokken: een arts met een generalistische benadering (bijvoorbeeld huisarts, specialist ouderengeneeskunde, geriater), medisch specialisten voor de bestaande aandoeningen en/of andere professionals op het gebied van medicatie, welzijn en psychische gezondheid. De huisarts maakt in ieder geval onderdeel uit van de samenwerking.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

Element 2: Overzicht en medische eindverantwoordelijkheid

Om continuïteit en kwaliteit van de zorg te waarborgen houdt één arts het overzicht over de geleverde zorg. Deze arts heeft de medische eindverantwoordelijkheid. Samen met de patiënt met multimorbiditeit en zijn naasten neemt de arts de klinische besluiten over de behandeling. Hij houdt alle betrokkenen (patiënt, naasten en zorgverleners) op de hoogte van deze besluiten en stelt waar nodig een casemanager aan. Ten slotte coördineert deze arts de geleverde zorg voor de patiënt.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

3) Eerste aanspreekpunt en verbindende schakel

Element 1: Eerste aanspreekpunt voor de patiënt

Eén van de zorgverleners rondom de patiënt met multimorbiditeit is het eerste aanspreekpunt voor de patiënt en zijn naasten. De eindverantwoordelijke arts brengt de patiënt en zijn naasten ervan op de hoogte wie dit aanspreekpunt is.

Indien het een patiënt met een complexe zorgbehoefte betreft, stelt de eindverantwoordelijke een casemanager aan (voor een intensievere begeleiding) en stemt met de patiënt af wie als casemanager optreedt.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.

Element 2: Afstemming rondom het zorgplan

De zorgverlener maakt samen met de patiënt met multimorbiditeit afspraken over de zorg en legt deze schriftelijk vast in het individueel zorgplan. De patiënt is ervan op de hoogte dat hij een zorgplan heeft en heeft toegang tot het plan (op papier of digitaal). De zorgverlener deelt het plan met de betrokken zorgverleners en met de naasten (met toestemming van de patiënt).

Indien de patiënt hiertoe niet in staat is, wordt het individuele zorgplan gemaakt met de naasten van de patiënt.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Toelichting (optioneel)

5) Handelen vanuit wetenschappelijke kennis

Element 1: Handelen vanuit richtlijnen multimorbiditeit

De zorgverlener baseert de behandeling van en zorg voor de patiënt met multimorbiditeit zoveel mogelijk op wetenschappelijke kennis en richtlijnen ten aanzien van multimorbiditeit.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Toelichting (optioneel)

Element 2: Kritische benadering ziekte-specifieke richtlijnen

Wanneer richtlijnen voor multimorbiditeit geen antwoord bieden voor het (medisch) beleid, gaat de zorgverlener uit van ziekte-specifieke richtlijnen. Hij bekijkt deze richtlijnen kritisch met het oog op multimorbiditeit, interactie tussen ziekten en medicatie, voorkeuren van de patiënt en stemt het (medische) beleid af binnen het multidisciplinaire team.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

6) Training van het multidisciplinaire team

Element 1: Inhoud van de training

Door cursussen, online leren, intervisie en/of coaching op de werkvloer vergroten zorgverleners hun kennis en vaardigheden ten aanzien van: het beoordelen van de patiënt (na het inwinnen van informatie), multimorbiditeit en de consequenties daarvan, het verbeteren van gezondheidsuitkomsten, gebruik van nieuwe technologie in de zorg voor de patiënt, het stellen van doelen en het werken met een individueel zorgplan, effectief samenwerken in het team, een kritische houding ten aanzien van (ziekte-specifieke) wetenschappelijke kennis, het centraal stellen van de patiënt en kennis over empowerment en zelfmanagement van de patiënt.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

Element 2: Doelgroep van de training

De training richt zich op alle zorgverleners die direct betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met multimorbiditeit (waaronder de eindverantwoordelijke arts en het eerste aanspreekpunt voor de patiënt of de casemanager). Bij voorkeur richt de training zich ook op zorgverleners die specialistische zorg of behandeling bieden aan de patiënt met multimorbiditeit.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

7) Een structuur om experts te consulteren

Element 1: Opbouwen van een netwerk van experts

De zorgverleners die direct betrokken zijn bij de zorg voor een patiënt met multimorbiditeit bouwen een netwerk op van experts met specifieke vakkennis of ervaring (bijvoorbeeld medisch specialisten, klinisch psycholoog etc.). Dit netwerk kan hen waar nodig ondersteunen in de besluitvorming ten aanzien van patiënten met multimorbiditeit.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

Element 2: Consulteren van het netwerk van experts

De zorgverleners die direct betrokken zijn bij de zorg voor een patiënt met multimorbiditeit vragen het netwerk van experts om advies als zij specifieke vakkennis of ervaring missen om tot een goed zorg- of behandelplan te komen voor de patiënt.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

8) Op maat zelfmanagement ondersteunen

Element 1: Erkennen van het belang van zelfmanagement

Zorgverleners erkennen dat zelfmanagement voor patiënten met multimorbiditeit van extra groot belang is. Multimorbiditeit stelt hogere eisen aan zelfmanagement bij deze groep patiënten, omdat zij een complexere zorgbehoefte hebben, vaak veranderingen in hun ziektebeeld en ziektelast ervaren, en een groter risico lopen op verkeerd medicijngebruik.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

Element 2: Trainen van zorgverleners

Door cursussen, online leren, intervisie en/of coaching op de werkvloer vergroten zorgverleners hun kennis en vaardigheden ten aanzien van het ondersteunen van zelfmanagement, gezondheidsbevordering en preventie, en gezondheidsvaardigheden van patiënten met multimorbiditeit. De training richt zich op effectieve communicatie met patiënten, eenvoudig taalgebruik, gebruik van beeldmateriaal in de communicatie, actief luisteren, het aanmoedigen van therapietrouw en eigen regie van de patiënt.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

9) Keuzes voor het versterken van zelfmanagement

Element 1: Het bieden van keuzes

Zorgverleners bieden patiënten met multimorbiditeit verschillende keuzes voor de ondersteuning van hun zelfmanagement. Daarbij is aandacht voor verschillende vormen van ondersteuning, zoals groepseducatie, individuele begeleiding, telefonische begeleiding, internetcursussen etc. En er is aandacht voor uiteenlopende inhoudelijke onderwerpen, zoals kennis van aandoeningen, medische en psychosociale situatie, medicijngebruik, het gebruik van medische apparatuur en hulpmiddelen, vertrouwen in eigen kunnen en het organiseren van hulp en sociale steun. Waar nodig en gewenst betreft de zorgverlener ook naasten bij het versterken van het zelfmanagement van de patiënt en biedt ook hen ondersteuning.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

Element 2: Het vastleggen van keuzes

De zorgverlener en de patiënt met multimorbiditeit stemmen de keuzes voor het versterken van zelfmanagement af op de wensen en behoeften van de patiënt, waarbij ze rekening houden met de bij de patiënt aanwezige kennis, diens gezondheidsvaardigheden, zijn functioneren in het dagelijks leven en zijn sociale netwerk. De afspraken over het versterken van zelfmanagement worden vastgelegd in het individueel zorgplan.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

10) Gezamenlijke besluitvorming

Element 1: Toepassen van gezamenlijke besluitvorming

Zorgverleners betrekken de patiënt met multimorbiditeit – en waar nodig en gewenst de naasten – in de besluitvorming over de zorg en behandeling. Zorgverleners leggen verschillende opties voor, benoemen de voor- en nadelen en nemen samen met de patiënt beslissingen die het beste aansluiten bij de wensen en behoeften van de patiënt. De zorgverlener neemt de gemaakte beslissingen op in het individueel zorgplan en deelt deze met de patiënt en –met instemming van de patiënt– met naasten, mantelzorgers en andere betrokken zorgverleners.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

Element 2: Extra aandacht voor gezamenlijke besluitvorming

Zorgverleners hebben extra aandacht voor gezamenlijke besluitvorming over de zorg bij patiënten met multimorbiditeit vanwege hun complexe zorgvraag en daarmee grotere kans op achteruitgang in fysiek functioneren, depressie en verlaagde kwaliteit van leven. Actieve betrokkenheid van deze patiënten bij besluitvorming over de zorg en behandeling is extra belangrijk, omdat vaak een afweging zal moeten worden gemaakt van de voor- en nadelen voor de patiënt van verschillende vormen van zorg en behandelingen.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

11) Elektronisch patiëntendossier

Element 1: Elektronische registratie van patiëntinformatie

Zorgverleners leggen informatie over de patiënt met multimorbiditeit elektronisch vast. Deze elektronische registratie draagt bij aan het eenvoudig en snel uitwisselen van gegevens tussen zorgverleners. Op deze manier vindt goede afstemming plaats van de geleverde zorg. De uitwisseling gebeurt met toestemming van de patiënt, en met aandacht voor de privacy van de patiënt en de vertrouwelijkheid van de gegevens.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

Element 2: Minimaal beschikbare informatie

Het elektronisch patiëntendossier omvat een minimale hoeveelheid patiëntinformatie om goede zorg te kunnen leveren. Onderdeel hiervan is bijvoorbeeld de ingewonnen informatie over de patiënt, het individueel zorgplan en de wensen en behoeftes van de patiënt. Specifieker kan het gaan over de medische historie van de patiënt, zijn diagnoses, symptomen, zelfzorg, zelfmanagement, zorggebruik, zorgbehoefte en medicatie.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

12) Uitwisselen van patiëntinformatie**Element 1: Complete en actuele informatie**

Zorgverleners zorgen ervoor dat de vastgelegde informatie over de patiënt met multimorbiditeit zo compleet en actueel mogelijk is, zodat zij juist en snel kunnen handelen in het geval van een acute situatie.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht,
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

Element 2: Het delen van patiëntinformatie

Zorgverleners delen informatie over de patiënt met multimorbiditeit in het elektronisch patiëntendossier. Dit maakt het mogelijk om gegevens snel en makkelijk te benaderen, en de zorg en ondersteuning daardoor goed op elkaar af te stemmen. Op elkaar aansluitende klinische informatie systemen dragen hieraan bij.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

13) Uniform vastleggen van gegevens

Element 1: Gebruik van dezelfde classificaties

Zorgverleners gebruiken dezelfde classificatiesystemen of gestandaardiseerde patiëntuitkomsten om gegevens over de patiënt met multimorbiditeit in één dossier te kunnen registreren en evalueren. Het gaat hierbij onder andere over: symptomen, diagnoses, medicatie, gezondheidsuitkomsten, individuele zorgplannen en zorggebruik bij artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

Element 2: Aanvulling in open velden

In aanvulling op de gestandaardiseerde gegevens gebruiken de zorgverleners open velden om bijvoorbeeld de wensen en behoeftes, doelen en actieplannen en ervaringen van de patiënt met multimorbiditeit vast te leggen.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

14) Uitwisseling van gezondheidsinformatie door patiënt

Element 1: Identificeren doelgroep voor e-health

Zorgverleners herkennen patiënten met voldoende motivatie en capaciteit om effectief gebruik te maken van technologie waarmee zij zelf gegevens over hun gezondheid kunnen monitoren en versturen naar hun zorgverleners. Hierbij kan worden gedacht aan patiënten die ver van de praktijk of het ziekenhuis af wonen en/of weinig mobiel zijn, maar ook aan patiënten die graag meer eigen regie voeren en daartoe ook in staat worden geacht.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

Element 2: Elektronische uitwisseling en monitoring

De patiënt met multimorbiditeit wisselt gezondheidsinformatie elektronisch uit (bijvoorbeeld glucosewaarden, bloeddruk etc.) via e-health-toepassingen, waardoor de zorgverlener deze informatie direct kan interpreteren en snel kan reageren. Het doel van deze elektronische uitwisseling of tele-monitoring is het stimuleren van empowerment en zelfmanagement van de patiënt, een betere en snellere toegankelijkheid van de zorgverlener en efficiënter gebruik van zorg.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

15) Bevorderen gebruik van welzijnsdiensten

Element 1: Inzicht wensen en behoeftes patiënt

De patiënt met multimorbiditeit benoemt samen met de zorgverlener welke wensen en behoeftes hij heeft op het gebied van ondersteuning en welzijn (bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, vervoer, lotgenotencontact, sportverenigingen etc.).

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

Element 2: Bevorderen toegang tot welzijnsdiensten

De zorgverlener schetst voor de patiënt met multimorbiditeit welke mogelijkheden er zijn voor ondersteuning vanuit welzijnsdiensten en verwijst naar of legt contact met de juiste persoon of organisatie.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

16) Betrekken van het sociale netwerk

Element 1: Inzicht in het sociale netwerk

De zorgverlener brengt samen met de patiënt met multimorbiditeit in kaart hoe zijn (informele) sociale netwerk eruit ziet, waaronder familie, vrienden, burens, patiëntverenigingen, lotgenoten, vrijwilligers etc.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

Element 2: Bevorderen van ondersteuning vanuit het sociale netwerk

De zorgverlener en de patiënt met multimorbiditeit betrekken het sociale netwerk bij de behandeling van en / of zorg voor de patiënt, met name bij patiënten met een grote zorgvraag. Indien nodig zoekt de zorgverlener samen met de patiënt naar mogelijkheden om het sociale netwerk uit te breiden.

Het element is relevant in de zorg voor mensen met multimorbiditeit.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt in de praktijk gebracht zoals beschreven.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Het element wordt voldoende in de praktijk gebracht.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting (optioneel)

Bijlage D Vragenlijst voorkeuren van patiënten

Praktijknummer:

Patiëntnummer:



Vragenlijst voor mensen met chronische aandoeningen

Deze vragenlijst is bestemd voor patiënten van onze praktijk die chronische ziekten of aandoeningen hebben. Met deze vragenlijst willen we meer te weten komen over uw behoefte aan zorg en ondersteuning en over wat u belangrijk vindt in de zorg voor uw chronische ziekten of aandoeningen. Wij hopen daarom dat u de vragenlijst wilt invullen. Alvast hartelijk bedankt!

Invullen

De meeste vragen kunt u beantwoorden door het vakje van uw keuze aan te kruisen. Hebt u per ongeluk het verkeerde vakje aangekruist? Zet het verkeerd aangekruiste vakje tussen haakjes. Kruis dan het vakje met het goede antwoord aan. Het is belangrijk dat u alle vragen beantwoordt.

Anoniem

Uw antwoorden worden verwerkt door onderzoekers van het Nivel. De onderzoekers hebben niet uw naam of adres. En zij geven uw antwoorden aan niemand door, ook niet aan de huisarts of de andere praktijkmedewerkers. Het nummer op de voorkant van de vragenlijst wordt alleen gebruikt om te controleren of de vragenlijst al is teruggestuurd.

Onze praktijk ontvangt van het Nivel een rapport waarin de antwoorden van alle deelnemers samen geheel anoniem zijn verwerkt.

Opsturen

Na het invullen kunt u de vragenlijst in de antwoortenvelop opsturen naar het Nivel. U hoeft er geen postzegel op te plakken.

Contact

Hebt u vragen, bel dan met Mieke Rijken. Zij is één van de onderzoekers van het Nivel. Haar telefoonnummer is 030 2729763. U kunt haar ook een email sturen: m.rijken@nivel.nl.

1. Bent u een vrouw of een man?

☐ Vrouw

☐ Man

2. Wat is uw leeftijd?

..... jaar

Nu volgen enkele vragen over de zorg voor mensen met chronische aandoeningen. Wij willen graag weten waar uw voorkeur naar uitgaat.

3. Het organiseren van de zorg of ondersteuning die ik nodig heb ...

☐ doe ik het liefst zelf (zo nodig samen met mijn naasten)

☐ laat ik liever aan de huisarts of praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige over

☐ laat ik liever aan de medisch specialist of verpleegkundige in het ziekenhuis over

☐ laat ik liever aan de wijkverpleegkundige over

☐ anders, namelijk

Waarom heeft dit uw voorkeur?

4. Beslissingen over de zorg of behandeling die ik krijg ...

- ☐ neem ik het liefst zo veel mogelijk zelf (zo nodig samen met mijn naasten)
- ☐ neem ik het liefst zo veel mogelijk samen met de huisarts
- ☐ neem ik het liefst zo veel mogelijk samen met de specialist
- ☐ laat ik liever aan de huisarts over
- ☐ laat ik liever aan de specialist over
- ☐ anders, namelijk

Waarom heeft dit uw voorkeur?

5. Een uitgebreide beoordeling van mijn gezondheid en functioneren ...

- ☐ wil ik op het moment dat ik het zelf nodig vind
- ☐ wil ik op het moment dat mijn huisarts het nodig vind
- ☐ wil ik op het moment dat mijn specialist het nodig vind
- ☐ wil ik sowieso elk jaar
- ☐ anders, namelijk

Waarom heeft dit uw voorkeur?

6. Een uitgebreide beoordeling van mijn gezondheid en functioneren ...

- ☐ moet zich beperken tot mijn lichamelijke gezondheid
- ☐ moet ook gaan over mijn geheugen of stemming, naast mijn lichamelijke gezondheid
- ☐ moet gaan over mijn gehele situatie, dus niet alleen over mijn medische situatie en hoe ik me voel, maar ook over hoe het thuis gaat en in mijn dagelijks leven
- ☐ anders, namelijk

Waarom heeft dit uw voorkeur?

7. De medische gegevens die artsen van mij hebben ...

- ☐ mogen ze niet met elkaar delen, behalve als ik daarvoor in een bepaalde situatie toestemming geef
- ☐ mogen ze met elkaar delen, maar het moet zich wel beperken tot wat echt nodig is
- ☐ mogen ze met elkaar delen, maar niet met zorgverleners die geen arts zijn (bijvoorbeeld de fysiotherapeut)
- ☐ mogen ze delen met alle zorgverleners die bij de zorg voor mijn aandoeningen betrokken zijn
- ☐ mogen ze ook delen met organisaties of personen die mijn situatie moeten beoordelen voor ondersteuning door de gemeente (bijvoorbeeld huishoudelijke hulp)
- ☐ anders, namelijk

Waarom heeft dit uw voorkeur?

8. Advies en ondersteuning om zelf goed met mijn aandoeningen om te gaan ...

- ☐ ontvang ik het liefst van de huisarts
- ☐ ontvang ik het liefst van de praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige
- ☐ ontvang ik het liefst van de specialist
- ☐ ontvang ik het liefst van de verpleegkundige in het ziekenhuis
- ☐ ontvang ik het liefst van de wijkverpleegkundige
- ☐ ontvang ik het liefst van iemand die zelf patiënt is
- ☐ ontvang ik het liefst van iemand anders, namelijk
- ☐ ontvang ik liever niet

Waarom heeft dit uw voorkeur?

9. Om te leren hoe ik het beste kan omgaan met mijn aandoeningen ...

- ☐ wil ik gesprekken met de huisarts of praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige
- ☐ wil ik (ook) deelnemen aan groepsgesprekken samen met andere patiënten, die door mijn huisarts of praktijkverpleegkundige worden geleid
- ☐ wil ik (ook) deelnemen aan een cursus die door een andere zorgverlener, bijvoorbeeld een psycholoog, wordt geleid
- ☐ wil ik (ook) deelnemen aan een cursus die door een ervaren patiënt wordt geleid
- ☐ wil ik (ook) een cursus via internet volgen
- ☐ wil ik geen extra gesprekken of een cursus volgen
- ☐ anders, namelijk

Waarom heeft dit uw voorkeur?

10. Het regelen van hulp om mijzelf in het dagelijks leven te kunnen redden (bijvoorbeeld een aanvraag bij de gemeente voor huishoudelijke hulp of voor een hulpmiddel) ...

- ☐ doe ik het liefst zelf (zo nodig samen met mijn naasten)
- ☐ laat ik liever aan de huisarts of praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige over
- ☐ laat ik liever aan de medisch specialist of verpleegkundige in het ziekenhuis over
- ☐ laat ik liever aan de wijkverpleegkundige over
- ☐ anders, namelijk

Waarom heeft dit uw voorkeur?

11. Hoe belangrijk vindt u het dat in uw gesprek met de huisarts gevraagd wordt naar ...

	Niet belangrijk	Enigszins belangrijk	Belangrijk	Erg belangrijk	Uiterst belangrijk
a. hoe het lichamelijk met u gaat?	☐	☐	☐	☐	☐
b. hoe het op psychisch gebied met u gaat?	☐	☐	☐	☐	☐
c. wat voor u belangrijk is in het leven?	☐	☐	☐	☐	☐
d. of u een prettig leven hebt?	☐	☐	☐	☐	☐
e. of u goed contact hebt met andere mensen?	☐	☐	☐	☐	☐
f. hoe uw dagelijks leven eruit ziet?	☐	☐	☐	☐	☐

12. Hoe belangrijk vindt u het dat in uw gesprek met de praktijkondersteuner of praktijk-verpleegkundige gevraagd wordt naar ...

	Niet belangrijk	Enigszins belangrijk	Belangrijk	Erg belangrijk	Uiterst belangrijk
g. hoe het lichamelijk met u gaat?	☐	☐	☐	☐	☐
h. hoe het op psychisch gebied met u gaat?	☐	☐	☐	☐	☐
i. wat voor u belangrijk is in het leven?	☐	☐	☐	☐	☐
j. of u een prettig leven hebt?	☐	☐	☐	☐	☐
k. of u goed contact hebt met andere mensen?	☐	☐	☐	☐	☐
l. hoe uw dagelijks leven eruit ziet?	☐	☐	☐	☐	☐

HARTELIJK DANK VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST!