

Het gebruik van individuele zorgplannen in de zorg voor mensen met een chronische ziekte

December 2015

Monique Heijmans, Daphne Jansen & Mieke Rijken

ISBN 978-94-6122-366-1

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2015 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. 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

Samenvatting	5
Inleiding	7
Wat is het individueel zorgplan en waarvoor is het bedoeld?	11
Gebruik van individuele zorgplannen in Nederland	13
Soorten zorgplannen	17
Ervaringen van patiënten en zorgverleners	23
Voldoen individuele zorgplannen aan de verwachtingen?	27
Uitdagingen voor de toekomst	37
Referenties	41

Samenvatting

- Nederland telt ongeveer 5,3 miljoen mensen met een chronische ziekte en hun aantal zal de komende jaren verder stijgen. Nederland staat voor de uitdaging om de kwaliteit van zorg voor deze mensen met een chronische ziekte hoog, maar tegelijkertijd betaalbaar te houden. Het individueel zorgplan (IZP) moet een sleutelrol vervullen bij het leveren van een kwalitatief goede chronische zorg doordat het IZP algemene normen voor goede zorg - zoals vastgelegd in kwaliteitsstandaarden- vertaalt naar de persoonlijke doelen en zorgafspraken met de patiënt. Hierdoor moet iedere patiënt de juiste hoeveelheid en juiste type zorg krijgen dat nodig is.
- Een IZP is een set van afspraken tussen een patiënt en zijn zorgverlener(s) over zorg én zelfmanagement. De afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en de situatie van een patiënt. Ze komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand. Het IZP is een flexibel document en groeit mee met de problematiek van een patiënt: simpel en kort als het kan, complex en uitgebreid als dat nodig is.
- Het gebruik van IZPs is tot nu toe laag en met name beperkt tot de zorg voor mensen met diabetes, COPD en hart- en vaatziekten. Tussen 6 en 25 % van deze patiënten is in het bezit van een IZP, terwijl zorgstandaarden voorschrijven dat alle patiënten een IZP zouden moeten hebben. Niet alle patiënten hebben echter behoefte aan een IZP. Ook zorgverleners zijn tot nu toe selectief in het aanbieden van een IZP, omdat men twijfelt of een IZP wel voor iedere patiënt geschikt is. Daarnaast vormt de organisatie van de eerstelijns zorg voor veel zorgverleners een belemmering om het gebruik van een IZP standaard in te zetten.
- Het aanbod van IZPs in Nederland is groot en divers maar maatwerk ontbreekt veelal. Door de koppeling van IZPs aan zorgstandaarden is bovendien het IZP ook slechts voor een beperkte groep chronisch zieken beschikbaar. Het IZP focust tot nu toe vooral op de medische behandeling en leefstijladviezen. De persoonlijke doelen en de persoonlijke situatie van een patiënt worden vaak niet meegenomen terwijl dit de kern van het IZP zou moeten zijn.
- Het werken met een IZPs in de zorg is voor zowel zorgverlener als patiënt wennen. Met name de actieve bijdrage van een patiënt in de eigen zorg is niet voor ieder patiënt en zorgverlener vanzelfsprekend. Dit bemoeilijkt de implementatie van het gebruik van een IZP in de zorg voor chronisch zieken. De recent ontwikkelde handreiking 'Gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken' kan helpen om het gebruik van een IZP in de

zorg te vergemakkelijken. Indien patiënten en zorgverleners eenmaal met een IZP werken, zien zij wel voordelen.

- Hoewel de verwachting is dat het gebruik van een IZP bijdraagt aan een kwalitatief betere, efficiëntere en goedkopere zorg en tevens het zelfmanagement en de kwaliteit van leven van patiënten bevordert, is er (nog) geen bewijs voor een meerwaarde van het gebruik van een IZP op basis van gecontroleerd onderzoek. Gerapporteerde effecten zijn gebaseerd op kleinschalige praktijkprojecten. Bovendien verschillen deze praktijkprojecten in vraagstelling, opzet, en uitkomstmaten. Procesequeraties laten wel positieve effecten zien van het gebruik van een IZP, zowel op het niveau van de patiënt, als de zorgverlener als de organisatie van zorg. Voor zorgverleners vormt het gebrek aan evidentie een struikelblok om daadwerkelijk met een IZP aan de slag te gaan.
- Er liggen uitdagingen in zowel het onderzoek als op het gebied van implementatie om de verdere uitrol van het gebruik van IZPs in Nederland te bevorderen. Op het gebied van onderzoek is dringend behoefte aan gecontroleerd onderzoek zodat de meerwaarde van het werken met IZPs zichtbaar wordt. Wat betreft implementatie zijn er uitdagingen op het niveau van patiënten, zorgverleners en de organisatie van zorg, zoals goede scholing van patiënt en zorgverlener en goede ICT ondersteuning. Ervaringen uit met name Groot Brittannië kunnen daar bij helpen. Maar met het generieke Raamwerk IZP, het Programma van Eisen, het Referentiemodel IZP en de handreiking Gezamenlijke besluitvorming is Nederland ook goed op weg om structurele inbedding van het IZP in de zorg voor chronisch zieken meer vorm te geven.

Inleiding

Hieronder volgt een introductie op het thema van deze kennissynthese. We schetsen de beleidscontext waarbinnen individuele zorgplannen (IZPs) ontstaan zijn en de verwachtingen die er zijn rond het gebruik van IZPs binnen de zorg voor chronisch zieken. Vervolgens gaan we in op het waarom van deze kennissynthese en beschrijven we welke vragen we in dit boekje willen beantwoorden.

Nederland telt ongeveer 5,3 miljoen mensen met een chronische ziekte. De verwachting is dat dit aantal de komende jaren nog verder zal stijgen. Dit betekent dat steeds meer mensen een beroep zullen doen op de chronische of langdurige zorg. Nederland staat voor de uitdaging om de kwaliteit van zorg voor mensen met een chronische ziekte te verbeteren maar tegelijkertijd betaalbaar te houden. Het individueel zorgplan (IZP) wordt een sleutelrol toegeëcht bij het verbeteren van de kwaliteit van de chronische zorg. Het moet de vertaling van algemene normen voor goede zorg -zoals vastgelegd in de kwaliteitsstandaarden- naar de individuele doelen, behoeften en situatie van de patiënt bevorderen en zo de zorg beter en efficiënter maken. De verwachtingen ten aanzien van het IZP zijn dan ook hoog, maar tegelijkertijd leven er nog veel vragen zowel onder patiënten, zorgverleners als beleidsmakers: wat is een IZP precies en voor wie is het bedoeld? Hoe en in welke mate wordt het IZP gebruikt en wat zijn de ervaringen? Draagt een IZP inderdaad bij aan een betere kwaliteit van zorg? Deze kennissynthese zet de stand van zaken rond het IZP in Nederland op een rijtje.

Uitdagingen in de zorg voor chronisch zieken

In Nederland heeft bijna een op de drie mensen één of meer chronische ziekten. In totaal zijn dat ongeveer 5,3 miljoen mensen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014). De verwachting is dat dit aantal in de toekomst onder invloed van de vergrijzing, nieuwe medisch technische mogelijkheden en een ongezonde leefstijl verder zal stijgen. Bovendien zal, omdat we gemiddeld steeds ouder worden, ook het aantal mensen met meerdere chronische ziekten stijgen. Hierdoor zal de vraag naar zorg behalve in omvang ook in complexiteit toenemen. De toename van het aantal chronisch zieken en de steeds complexer wordende zorgvraag vormt een enorme uitdaging voor de gezondheidszorg in Nederland, zowel financieel als organisatorisch (Ursum et al., 2011).

In 2008 kondigde de toenmalige minister van VWS in de brief 'Programmatische aanpak van chronische ziekten' aan, dat de zorg anders ingericht moest worden om aan de stijgende en veranderende zorgvraag te

kunnen blijven voldoen. Er moest een omslag komen naar een meer patiëntgerichte en integrale zorg voor mensen met chronische ziekten. Mensen met een chronische ziekte staan voor de opgave om zo goed mogelijk om te gaan met hun ziekte in het dagelijks leven. Verwacht wordt dat ze daarin zelf zoveel als mogelijk de regie nemen en dat professionals hen ondersteunen daar waar dat nodig is (Kamerbrief Ministerie van VWS, TK 2007- 2008, 31200 XVI, nr 155). De zorgvraag van mensen met een chronische ziekte is vaak breed en complex en bij de zorg zijn vaak meerdere zorgverleners en instanties betrokken. Maar de samenwerking tussen zorgverleners en met de patiënt blijkt in de praktijk niet vanzelfsprekend goed te gaan (Ursum et al., 2011). Om samenwerking te stimuleren en de kwaliteit van de zorg te verbeteren, stelde de minister daarom destijds een nieuwe aanpak van zorg rond chronische ziekten voor: de programmatische aanpak, ook wel ‘chronic disease management’ genoemd. Deze aanpak kenmerkt zich door vier speerpunten: een beter afgestemde multidisciplinaire zorg rondom de zorgvraag van een patiënt, het op elkaar aansluiten van organisatie en inhoud van de zorg, het centraal stellen van de patiënt met eigen regie en eigen verantwoordelijkheden, en een goede samenhang tussen preventie en zorg. Het doel van deze aanpak was (en is) dat de verschillende vormen van zorg voor mensen met een chronische ziekte geïntegreerd worden aangeboden. Bij een goed functioneren van de programmatische aanpak kan worden verwacht dat de kans dat chronische ziekten tot complicaties leiden wordt verkleind en de kwaliteit van leven van mensen met een chronische ziekte wordt verbeterd.

Standaarden voor goede zorg

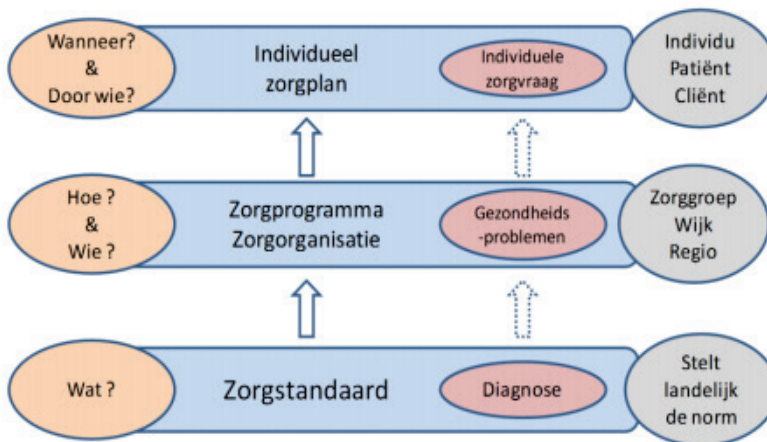
Om de complexe zorg bij chronische ziekten volgens deze programmatische aanpak te kunnen verlenen werd een kwaliteitsinstrument ontwikkeld: de zorgstandaard. ‘De zorgstandaard beschrijft waar goede zorg voor een specifieke aandoening minimaal aan moet voldoen’ (VWS, beleidsbrief Programmatische aanpak van chronische ziekten, 2008). Of, volgens de uitgebreide definitie van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden (2010), “een zorgstandaard geeft vanuit het patiëntenperspectief een, op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde, functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie en zorg, ook inhoudende de ondersteuning bij zelfmanagement, voor een bepaalde chronische ziekte gedurende het complete zorgcontinuüm, alsmede een beschrijving van de organisatie van de betreffende preventie en zorg en de relevante kwaliteitsindicatoren.” Zorgstandaarden zijn daarmee niet alleen belangrijk voor patiënten, die via de zorgstandaard kunnen weten welke zorg of ondersteuning zij mogen verwachten, maar ook voor betrokken zorgverleners of zorgverzekeraars, omdat een zorgstandaard immers voorschrijft wat er bij een bepaalde chronische ziekte moet gebeuren. Tegenwoordig wordt steeds vaker gekozen voor de term kwaliteitsstandaarden in plaats van zorgstandaarden. Kwaliteitsstandaarden is de overkoepelende term voor richtlijnen en zorgstandaarden. In kwaliteitsstandaarden zijn de

kwaliteitskenmerken van beide geïntegreerd. Zorgstandaarden blijven echter ook nog wel onder de eigen naam bestaan (Zorginstituut Nederland, 2014).

Van zorgstandaard naar individueel zorgplan

Zorgstandaarden brachten veel gezondheidswinst, maar er waren ook bezwaren vooral omdat zorgstandaarden in volle omvang op alle patiënten werden toegepast, terwijl niet alle patiënten de complete zorgstandaard nodig hebben (Van Schilfgaarde & de Wildt, 2014). De zorgstandaard moet niet uitmonden in standaard zorg. De algemene normen voor goede zorg in de zorgstandaarden, moesten daarom vertaald worden naar de zorg voor individuele patiënten. Dit gebeurt in een individueel zorgplan (IZP). Iedere patiënt heeft een unieke zorgvraag die niet alleen bepaald wordt door de ernst en het type van de chronische aandoening maar bijvoorbeeld ook door persoonlijke voorkeuren en vaardigheden en de thuissituatie van de patiënt. Dus niet alle elementen van een zorgstandaard zullen bij iedere patiënt aan de orde komen. Zorgstandaarden zijn in algemene termen gestelde landelijk vastgestelde normen voor goede zorg; De zorgstandaard wordt in de zorggroep, wijk en/of regio geoperationaliseerd in een zorgprogramma. In het IZP wordt uit dit zorgprogramma een geïndividualiseerd zorgaanbod vastgelegd op basis van de individuele zorgvraag en behoeften van een patiënt.

Van Zorgstandaard tot Individueel Zorgplan



Bron: Raamwerk Individueel Zorgplan (2012)

Verwachtingen

Het werken met IZPs is dus een hulpmiddel om de zorg zoals beschreven in de zorgstandaarden in praktijk te brengen, en goede multidisciplinaire proactieve zorg te implementeren waarbij de patiënt centraal staat. De betrokken zorgverleners werken samen en stemmen de geboden zorg op elkaar af én op de behoeften van de patiënt. Er is binnen deze aanpak een belangrijke rol

weggelegd voor patiënten zelf. Via het werken met zorgplannen stellen patiënten samen met een multidisciplinair team van zorgverleners hun eigen behandel-/gezondheidsdoelen op. Zorgverleners coachen patiënten bij het bereiken van deze doelen en ondersteunen hen bij hun zelfmanagement. Op deze manier worden de regie en de verantwoordelijkheid van mensen met een chronische ziekte over hun zorg en gezondheid vergroot. De rationale hierachter is dat door patiënten actief te betrekken bij hun zorg en (pro-)actief te laten omgaan met hun chronische ziekte, verslechtering van de ziekte kan worden voorkomen dan wel worden uitgesteld, de kwaliteit van leven kan worden vergroot en ongepland zorggebruik kan worden teruggedrongen (Coulter, 2013). Het IZP wordt daarmee gezien als spil van persoonsgerichte zorg (Zorgstandaarden in Model; ZonMw, 2010).

Deze kennissynthese

Bovenstaande maakt duidelijk dat er beleidsmatig veel verwacht wordt van het werken met IZPs binnen de zorg voor mensen met een chronische ziekte. Hoewel individuele zorgplannen ook beleidsmatig veel aandacht krijgen, is het op dit moment niet duidelijk in hoeverre ze daadwerkelijk binnen het Nederlandse zorgveld zijn 'geland'. Er lijkt verwarring te bestaan over wat een IZP nu eigenlijk is en hoe het vormgegeven zou moeten worden, zowel onder beleidsmakers, zorgverleners als patiënten. Daarnaast bestaat er discussie over de wenselijkheid van het invoeren van een IZP in de dagelijkse zorgpraktijk omdat nog niet duidelijk is of ze echt werken en inderdaad leiden tot een betere en meer efficiënte zorg. Voor succesvolle implementatie van het IZP is het belangrijk dat hier meer zicht op komt.

In deze kennissynthese schetsen we daarom een beeld van de stand van zaken met betrekking tot het gebruik van individuele zorgplannen in Nederland.

Daarbij staan de volgende vragen centraal:

1. Wat is een IZP en waar is het voor bedoeld?
2. Op welke manier en in welke mate wordt er op dit moment gewerkt met IZPs in Nederland?
3. Wat zijn de ervaringen met het werken met IZPs in Nederland onder patiënten en zorgverleners?
4. In hoeverre heeft het werken met IZPs tot nu toe de verwachte effecten opgeleverd?
5. Waar liggen de uitdagingen voor het werken met IZPs in de toekomst?

Deze kennissynthese beperkt zich tot het gebruik van IZPs binnen de zorg voor mensen met chronische ziekten en concentreert zich daarbij op de Nederlandse context. Daar waar nodig of relevant worden Nederlandse gegevens aangevuld met ervaringen opgedaan in het buitenland. Er bestaan ook IZPs voor andere groepen mensen met langdurige en complexe gezondheidsproblemen, bijvoorbeeld mensen met psychiatrische problematiek, een verstandelijke beperking of met psychogeriatrische problematiek. Op deze IZPs, veelal aangeduid met de term 'zorgleefplannen', wordt in deze kennissynthese niet ingegaan.

Wat is het individueel zorgplan en waarvoor is het bedoeld?

Een individueel zorgplan is een dynamische set van afspraken tussen een patiënt en zijn zorgverlener(s) over zorg én zelfmanagement. De afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van een patiënt. Ze komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand. Er is slechts één IZP per patiënt dat bij voorkeur ook digitaal beschikbaar is. Het IZP is een flexibel document en groeit mee met de problematiek van een patiënt: simpel en kort als het kan, complex en uitgebreid als dat nodig is.

Definiëring

Een individueel zorgplan (IZP), wat is dat nu eigenlijk? Definities van een IZP lopen uiteen. In het recent verschenen “Plan van eisen generiek individueel zorgplan” opgesteld door het NHG, de NPCF en Vilans wordt een IZP als volgt gedefinieerd: ‘Het individueel zorgplan is een dynamische set van afspraken tussen de patiënt en de zorgverlener(s) over zorg en zelfmanagement die gebaseerd zijn op de persoonlijke doelen, behoeften en de situatie van de patiënt. Ze komen via gezamenlijke besluitvorming tot stand’ (Vilans, 2014). Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden gaat in zijn definitie uit 2010 iets meer in op de inhoud van een IZP: ‘Een individueel zorgplan is een plan waarin alle onderdelen zijn vastgelegd die van belang zijn bij de behandeling van de patiënt, voor de patiënt en samen met de patiënt. Het gaat hierbij om individuele doelstellingen, streefwaarden, educatie en therapietrouw’. Het Platform sluit daarmee aan bij de inhoud van de zorgstandaarden, waarvan het IZP immers een vertaling is op individueel niveau. Hoewel definities dus verschillen in reikwijdte en mate van specificiteit gaat het bij een IZP in alle gevallen om een document dat in onderling overleg tussen de patiënt en zorgverlener(s) tot stand komt, dat doelen bevat die voor de patiënt belangrijk zijn, met een omschrijving van de zorg die voor het realiseren van die doelen noodzakelijk is en wat het aandeel van de patiënt zelf is en wat hij aan zorg van de zorgverlener mag verwachten. Een IZP bevat dus persoonsgerichte doelen en zorgafspraken (Zuyd Hogeschool, 2015). Hiermee sluiten de Nederlandse definities aan bij de omschrijving van een IZP zoals die in buitenlandse publicaties uit bijvoorbeeld Engeland, Australië, Noorwegen en Canada wordt gegeven. Wat opvalt is dat in de meeste omschrijvingen gesproken wordt van een papieren plan. De afspraken moeten in ieder geval voor de patiënt in te zien zijn, online of op schrift.

IZP is een hulpmiddel, geen doel op zich

Een individueel zorgplan is een hulpmiddel voor zowel zorgverleners als patiënten. Zorgverleners geeft het houvast om te bepalen welke zorg geboden moet worden en op welke momenten. Voor patiënten vormt het IZP, behalve als hulpmiddel ter ondersteuning van zelfmanagement, ook een overzicht van

wat zij van zorgverleners mogen verwachten en welke afspraken daarover gemaakt zijn. Het individueel zorgplan maakt zowel patiënten als zorgverleners samen verantwoordelijk voor de zorg voor een ziekte. In een IZP leggen patiënt en zorgverlener immers samen vast aan welke gezondheidsdoelen zij gaan werken, wie wat doet om deze doelen te bereiken en wat de momenten zijn waarop het bereiken van die doelen geëvalueerd zal worden. Het IZP is dus een hulpmiddel en geen doel op zich. Het is ook een flexibel document. Als de gezondheidstoestand, de motivatie voor leefstijlverandering, of de persoonlijke situatie van de patiënt verandert, zal het individueel zorgplan daarop aangepast moeten worden (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2012).

Daarmee is het IZP niet alleen een living document, maar ook een bepaalde procedure waarlangs de afspraken die in het IZP worden gemaakt tot stand komen. De procedure (het gesprek over persoonlijke doelen en behoeften en het proces van gezamenlijke besluitvorming) en het document (de weergave van de gemaakte afspraken tussen patiënt en zorgverlener) vormen samen het IZP (Vilans, 2014).

IZP heeft betrekking op de persoon, niet op de ziekte

Voor een patiënt en zijn zorgverlener(s) is het van belang dat er niet meer dan één zorgplan per patiënt is. Een IZP is daarom niet aandoening-specifiek maar generiek, ongeacht de zorgverlener(s) van wie de patiënt zorg ontvangt. Daarmee wordt ook de toegang tot het IZP heel belangrijk. Immers het zorgplan moet op ieder moment door een patiënt en/of zorgverlener in te zien zijn, ongeacht bij wie de patiënt op dat moment op consult is. Daarom wordt sterk aanbevolen dat een IZP behalve in papieren versie ook digitaal beschikbaar is (Raamwerk Individueel Zorgplan, 2012). Digitale beschikbaarheid bevordert het gebruikersgemak wanneer er verschillende zorgverleners betrokken zijn en het kan fouten door dubbelregistratie voorkomen (Van Schilfgaarde & De Wildt, 2014). De omvang en de complexiteit van een IZP variëren mee met de omvang en de complexiteit van de problematiek en/of de zelfredzaamheid van een patiënt. Soms heeft een IZP ook niet alleen betrekking op de patiënt zelf, maar ook op diens mantelzorger(s).

Gebruik van individuele zorgplannen in Nederland

Het gebruik van individuele zorgplannen in Nederland is tot nu toe laag (6 tot 25%) en beperkt zich hoofdzakelijk tot de zorg voor mensen met diabetes, COPD en hart- en vaatziekten. Een IZP wordt niet aan iedere patiënt aangeboden maar zorgverleners zijn selectief in het werken met IZPs omdat men van mening is dat een IZP niet voor iedere patiënt geschikt is. Daarnaast vormt tijdgebrek een belangrijke reden om niet met een IZP te werken.

In Nederland wordt een individueel zorgplan (IZP) op dit moment met name gebruikt en ingezet in de zorg voor mensen met diabetes, COPD en (hoog risico op) hart- en vaatziekten, aandoeningen waarvoor ook al wat langere tijd zorgstandaarden beschikbaar zijn en waarvoor integrale bekostiging van de benodigde zorg binnen de eerste lijn is ingevoerd. De eerste lijn wordt daarbij in Nederland verondersteld een coördinerende rol te hebben als het gaat om het werken met zorgplannen (Ministerie van VWS, 2008). Navraag onder chronisch zieken zelf leert dat dit in de praktijk ook het geval is. Huisartsen en praktijkondersteuners worden het meest vaak als initiatiefnemers genoemd voor het opstellen van een IZP, op afstand gevolgd door medisch specialisten en gespecialiseerd verpleegkundigen in de tweede lijn (Jansen et al., 2012; Heijmans & Van Puffelen, 2015; Waverijn et al., 2014). Ook in Groot-Brittannië, Australië en Canada wordt een IZP met name ingezet in de eerste lijn voor mensen met chronische ziekten. In Noorwegen beperkt men de inzet van een IZP niet tot mensen met chronische ziekten alleen, maar is het document ook bedoeld voor mensen die een breed scala aan gezondheids- en sociale voorzieningen nodig hebben. Dit kunnen mensen met een chronische ziekte zijn, maar ook mensen met ernstige psychiatrische stoornissen, mensen met functiebeperkingen, kwetsbare ouderen en andere mensen met een behoefte aan complexe en gecoördineerde zorg. In Nederland bestaan voor deze groepen zogenaamde individuele zorgleefplannen, binnen onder andere de gehandicaptenzorg en de intramurale geestelijke gezondheidszorg.

In welke mate wordt het individueel zorgplan gebruikt?

In Nederland onderzocht de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2011, vier jaar na invoering van de eerste zorgstandaard (zorgstandaard Diabetes Mellitus Type 2), of hulpverleners binnen zorggroepen in de eerste lijn werken volgens de zorgstandaard Diabetes en in hoeverre daar een IZP bij wordt gebruikt. Uit dat onderzoek bleek onder andere dat het opstellen van individuele zorgplannen nog vrijwel geheel van de grond moest komen en dat structureel geboden ondersteuning van patiënten bij hun zelfmanagement minimaal was. Cijfers uit ander Nederlands onderzoek laten ook zien dat het gebruik van individuele zorgplannen over het algemeen gering is, al lijkt het gebruik de laatste jaren wel wat toe te nemen. Percentages chronisch zieken die in het

bezit zijn van een IZP variëren van 6 tot 25% (Tabel 1). Het bezit lijkt iets groter te zijn bij chronische ziekten waarvoor zorgstandaarden al langere tijd beschikbaar zijn en die als voorloper beschouwd kunnen worden van de programmatische zorg in Nederland: diabetes en COPD. Echter, het gebruik van IZPs bij mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, waarvoor toch ook al sinds 2007 een zorgstandaard beschikbaar is, lag in 2010 op 6% (Van Boheemen et al., 2010) en in 2014 nog steeds op maar 10% (Jansen et al., 2015). Uit een meldactie van de NPCF samen met drie grote patiëntenorganisaties onder 800 patiënten met chronische ziekten waarvoor zorgstandaarden aanwezig zijn, bleek in 2012 dat minder dan één op de vijf chronische patiënten die in aanmerking kwam voor een individueel zorgplan daadwerkelijk een dergelijk plan had. Bezit betekent overigens nog niet altijd gebruik. Uit onderzoek onder mensen met longziekten bleek dat 45% van de mensen met astma en 75% van de mensen met COPD die een IZP hadden, dit ook daadwerkelijk gebruikten (Waverijn et al., 2014).

Tabel 1 Percentage chronisch zieken dat aangeeft in het bezit te zijn van een individueel zorgplan, naar chronische ziekte

Studie	Aandoening	Percentage in bezit van individueel zorgplan
Van Boheemen et al., 2010	Hart- en vaatziekten	6%
Van Dijk et al., 2011	Diabetes	10%
Jansen et al., 2013	Diabetes	16%
NPCF meldactie, 2012	Chronisch zieken algemeen	19%
Vervloet et al., 2010	Hart- en vaatziekten	10%
Baan et al., 2012	COPD	14%
Waverijn et al., 2014	COPD	25%
Jansen et al., 2015	Chronisch zieken algemeen	9%
Heijmans et al., 2015	COPD, diabetes type 2 en/of hart- en vaatziekten	25% ¹

¹ In dit onderzoek is niet bekend hoe hoog de percentages zijn bij de verschillende aandoeningen. De indruk bestaat echter dat IZPs vooral bij mensen met diabetes of COPD worden ingezet

Zorgstandaarden schrijven in het algemeen voor dat iedere patiënt een IZP zou moeten hebben. Cijfers laten zien dat deze beleidsdoelstellingen in de praktijk in ieder geval niet gehaald worden. Percentages in Nederland komen overigens overeen met percentages gevonden in buitenlands onderzoek. In Groot-Brittannië bepaalde de National Health Service (NHS) in 2008 dat in 2010 alle mensen met één of meer chronische aandoeningen een individueel zorgplan

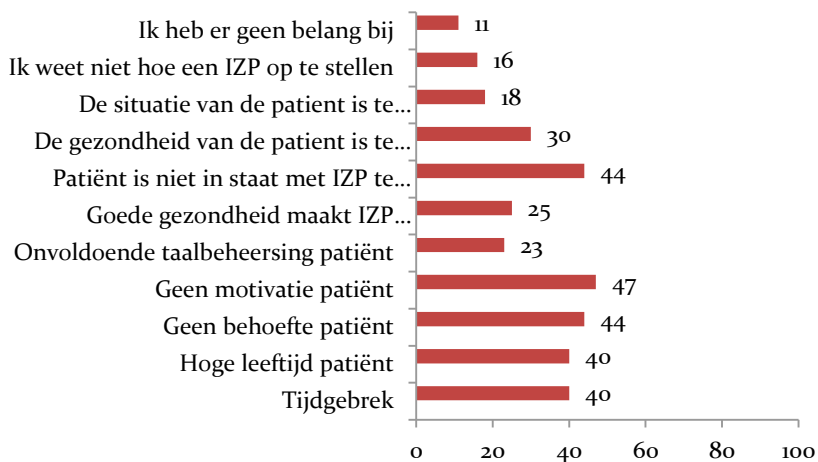
zouden moeten hebben. Een grootschalige enquête onder huisartspatiënten in 2010 liet echter zien dat slechts 12% van de patiënten met een chronische aandoening in het bezit was van een IZP (Burt et al., 2012). Ook in Noorwegen, waar het IZP al in 2001 werd geïntroduceerd in de zorg voor mensen met chronische aandoeningen of complexe gezondheidsproblemen en waar het gebruik van een IZP in de zorg voor chronische aandoeningen wettelijk verplicht werd gesteld, was het gebruik van een IZP vijf jaar na invoering nog steeds erg gering, met name onder huisartsen (Bjerkjan et al., 2011).

Bij welke patiënten wordt een individueel zorgplan gebruikt?

Er bestaat nog geen consensus over of een individueel zorgplan nu voor iedere persoon met een chronische ziekte beschikbaar zou moeten zijn of alleen voor bepaalde subgroepen. Zorgstandaarden voor astma, COPD, diabetes en Vasculair Risico Management schrijven voor dat iedere patiënt met deze ziekte een individueel zorgplan zou moeten hebben. In de praktijk lijkt men hier echter over van mening te verschillen. Zo meldt het NHG op zijn website dat het niet nodig is om voor alle patiënten een eigen IZP te maken, maar dat een IZP goede diensten kan bewijzen bij ingewikkelde problematiek, vooral wanneer meerdere zorgverleners bij eenzelfde patiënt betrokken zijn (www.nhg.org). Ook zorgverzekeraars verschillen van mening. De ene zorgverzekeraar stelt een IZP verplicht binnen de zorginkoop voor alle mensen met een bepaalde chronische ziekte terwijl een andere zorgverzekeraar alleen een IZP verwacht daar waar dat nodig is.

In de praktijk varieert het gebruik van een IZP dan ook en beweegredenen van zorgverleners om wel of niet met een IZP te werken zijn divers en lijken elkaar soms tegen te spreken: IZPs worden gebruikt als stok achter de deur bij laag opgeleide patiënten, niet gemotiveerde patiënten of bij patiënten met suboptimale klinische meetwaarden om afspraken met de patiënt over wat hij of zij gaat doen vast te leggen; ter ondersteuning van zelfmanagement, maar dan alleen bij patiënten met complexe gezondheidsproblematiek omdat andere patiënten het ook wel zonder IZP af zouden kunnen; of als extra hulpmiddel bij patiënten die al zeer gemotiveerd zijn tot zelfmanagement omdat men van mening is dat alleen dan een IZP zin heeft en er echt wat mee kan worden bereikt. In een onderzoek bij huisartsenpraktijken in de regio Midden Brabant gaf slechts 6% van de zorgverleners aan bij iedere patiënt met COPD, diabetes en/of hart- en vaatziekten een IZP te gebruiken, 26% gebruikt het niet of bij een minderheid, 21% bij de helft en 47% bij de meerderheid van de patiënten (Heijmans & van Puffelen, 2015). De redenen waarom zorgverleners in deze studie niet (altijd) met een IZP werken hebben vooral te maken met kenmerken van de patiënt: bij oudere patiënten, niet gemotiveerde patiënten of patiënten met een slechte gezondheid zijn zorgverleners minder geneigd om met een IZP te werken. Daarnaast is voor een deel van de zorgverleners tijdgebrek een reden om niet met een IZP te werken (Figuur 1). Ook in eerder onderzoek binnen enkele diabeteszorggroepen werden door huisartsen en praktijkondersteuners vergelijkbare redenen genoemd (Jansen et al., 2013).

Figuur 1 Redenen voor zorgverleners om alleen voor een deel van de patiënten of helemaal niet te werken met een zorgplan



Bron: Heijmans & van Puffelen, 2015

Onderzoek onder een grote representatieve groep mensen met een of meer chronische aandoeningen waarbij aan patiënten zelf gevraagd werd of ze een IZP hadden, liet juist zien dat mensen met een lagere opleiding of een slechtere ervaren gezondheid vaker aangeven een IZP te hebben (Jansen et al., 2015). Dit lijkt tegenstrijdig met de bevindingen uit het onderzoek onder zorgverleners in Midden Brabant. Cijfers over de mate waarin een IZP toegepast wordt in de zorg moeten overigens met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. De ervaring uit onderzoek leert dat het beeld dat mensen hebben bij een IZP soms heel verschillend kan zijn (Heijmans et al., 2014). Hierdoor kan het zijn dat op een simpele vraag “Beschikt een patiënt over een IZP?” heel verschillend geantwoord wordt. Zo liet onderzoek van Leemrijse et al. (2014) zien dat antwoorden van patiënten en hun zorgverlener op deze vraag slechts in 40% van de gevallen overeen kwamen. In het eerder aangehaalde onderzoek onder huisartsen en praktijkondersteuners in Midden Brabant gaf 92% van de zorgverleners aan dat er voor patiënten een IZP digitaal dan wel schriftelijk aanwezig was, maar dat in 60% van de gevallen dit IZP niet toegankelijk was voor de patiënt. In datzelfde onderzoek gaf 25% van de patiënten aan over een IZP te beschikken. Blijkbaar verschilt het beeld dat mensen bij een IZP hebben. Een duidelijke richtlijn bij wie een IZP nu wel of niet ingezet zou moeten worden ontbreekt ook. Volgens het Coördinatieplatform Zorgstandaarden (Raamwerk Individueel Zorgplan, 2012) zou het niet de vraag moeten zien voor wie een IZP bedoeld is - want iedere chronische patiënt heeft er immers baat bij-, maar zou vooral de inhoud en complexiteit van het IZP moeten variëren. In de praktijk lijkt dit niet te gebeuren. Het IZP wordt vaak in standaard vorm wel of niet toegepast.

Soorten zorgplannen

Er bestaat een grote hoeveelheid aan IZPs in Nederland die sterk verschillen naar vorm, inhoud en doelgroep. Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden probeert met het Raamwerk Individueel Zorgplan meer uniformiteit in IZPs aan te brengen en een IZP beter te laten aansluiten bij de behoeften en mogelijkheden van een individuele patiënt. Maatwerk ontbreekt tot op heden veelal: in minder dan 20% van de IZPs is informatie opgenomen over persoonlijke doelen van een patiënt en hoe deze te bereiken. Het Raamwerk Individueel Zorgplan biedt handvatten om zorg meer op maat te leveren. Aangezien IZPs gekoppeld zijn aan zorgstandaarden zijn IZPs slechts voor een beperkte groep chronisch zieken beschikbaar.

Ondanks dat individuele zorgplannen (IZPs) nog niet op grote schaal gebruikt worden, staat het IZP de laatste jaren wel enorm in de belangstelling. Zowel bij de overheid als bij zorgverzekeraars, zorgaanbieders én patiënten zelf. Deze interesse heeft geresulteerd in een groot aantal varianten van IZPs in Nederland. Sommige zijn bedoeld voor mensen met een specifieke aandoening, anderen zijn meer generiek van aard en ontwikkeld voor mensen die meerdere chronische aandoeningen hebben, voor kwetsbare ouderen of voor mensen die in het algemeen aan hun gezondheid willen werken. Vilans heeft op haar site een overzicht van beschikbare zorgplannen opgenomen (<http://www.kennispleinchronischezorg.nl/eerstelij/individueel-zorgplan-product-inventarisatie-individuele-zorgplannen.html>) (zie ook Tabel 2). Enige uitzonderingen daargelaten richten de meeste IZPs zich op het omgaan met de medische aspecten van de chronische aandoening en leefregels.

Tabel 2 Voorbeelden van individuele zorgplannen voor gebruik in de zorg voor chronische ziekten

	Op Papier	Digitaal
Ziekte-specifiek	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individueel Zorgplan Diabetes ▪ Diabetesplan NHG ▪ Individueel Zorgplan Diabetes Type-2 ▪ Zorgplan Vitale Vaten ▪ CVRM-kompas ▪ CVR zorgplan ▪ Individueel zorgplan COPD ▪ Mijn Longpas ▪ Astma en COPD Behandelplan ▪ Diabetes Pas, COPD pas en Hart & Vaten Pas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mijn diabetes online ▪ Mijn COPD online ▪ Mijn Astma online ▪ Gezondheidsmeter.nl ▪ Het Oncokompas ▪ Patiëntgeoriënteerde Zorg Informatie Omgeving ▪ Digitaal Logboek voor diabetes, COPD, CVRM
Generiek	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zorgleefplanwijzer ▪ Model Zorgleefplan ▪ IMOZ Zorgleefplan ▪ Zorgleefplan Verantwoorde Zorg ▪ Uw eigen Leefplan ▪ Mijn Actieplan ▪ BRAVO werkboek voor de patiënt ▪ NHG-Laego kaart 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preventiekompas ▪ Gezondheidsplatform ▪ Patiëntdossier in Prototomics KIS ▪ Mijn persoonlijk gezondheidsdossier ▪ Zorgleefplan van Lable Care ▪ Leefplan: wat wil ik met mijn leven? ▪ Curavista Health

Bron: [www. Kennispleinchronischezorg.nl](http://www.Kennispleinchronischezorg.nl)

Ziektespecifieke modellen van individuele zorgplannen zijn er voor mensen met diabetes, (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten, COPD en astma en sluiten aan bij de ziektespecifieke zorgstandaarden die voor deze aandoeningen beschikbaar zijn. Voorbeelden zijn het Zorgplan Vitale Vaten, Individueel Zorgplan Diabetes Type 2, Individueel Zorgplan COPD en het Astma en COPD Behandelplan. Patiënten kunnen in deze zorgplannen meer lezen over hun ziekte, gegevens van hulpverleners noteren, hun meetwaarden en medicijngebruik bijhouden en hun gezondheidsdoelen opschrijven. Hoewel er in deze zorgplannen voor diabetes, longziekten of hart- en vaatziekten ook ruimte is voor het formuleren van doelen die niet direct gerelateerd zijn aan de medische behandeling of een gezonde leefstijl, ligt de nadruk toch op deze twee aspecten in de communicatie met de patiënt. Het Onco-kompas, een Persoonlijke Gezondheid Applicatie (PGA) voor patiënten met kanker richt zich veel meer op het in kaart brengen van de bredere kwaliteit van leven, niet alleen op fysiek maar ook op emotioneel en psychisch vlak, en doet op basis daarvan een voorstel voor passende ondersteuning. De meeste ziektespecifieke modellen van individuele zorgplannen zijn beschikbaar in een papieren versie, bijvoorbeeld in de vorm van een boekje dat mensen thuis kunnen invullen en kunnen meenemen naar hun afspraken met zorgverleners. De laatste jaren

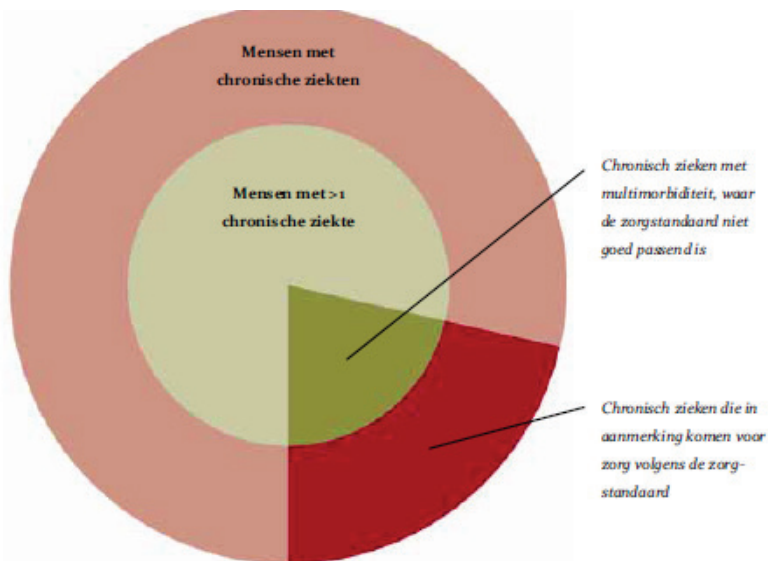
verschijnen ook steeds vaker digitale versies. In deze digitale versies, zoals bijvoorbeeld 'Mijn Diabetes online' of 'Mijn COPD online' kunnen mensen thuis een dagboek bijhouden, streefwaarden noteren en informatie nalezen over hun ziekte. Deze input van de patiënt kan gebruikt worden tijdens consulten met zorgverleners, maar de patiënt bepaalt welke zorgverleners toegang krijgen tot zijn gegevens. Vaak bestaat ook de mogelijkheid om via deze online-programma's een e-consult aan te vragen. Er zijn ook ziektespecifieke online programma's die vooral bedoeld zijn om een overzicht te creëren van het zorgaanbod bij een specifieke zorgvraag (zoals PAZIO). Via het Digitaal Logboek kan een patiënt met diabetes, COPD of CVRM toegang krijgen tot het keteninformatiesysteem (KIS) van de huisarts waardoor hij zijn patiëntendossier kan inzien maar ook zelf meetwaarden kan bijhouden, afspraken en gestelde doelen kan nalezen en kan communiceren met de zorgverlener via een e-consult.

Generieke individuele zorgplannen zijn vooral ontwikkeld voor mensen met complexe problematiek, zoals mensen met meerdere chronische aandoeningen (multimorbiditeit), kwetsbare ouderen of mensen met langdurige psychische problemen die intensieve zorg nodig hebben. Daarnaast zijn er generieke modellen van individuele zorgplannen die zich niet specifiek richten op mensen met chronische of langdurige aandoeningen maar ook op gezonde mensen en die tot doel hebben om mensen te bewegen tot een gezondere leefstijl. Ze zijn vanuit preventief oogpunt ontwikkeld. Zo is het Gezondheidsplatform een online programma dat mensen in staat stelt om, eventueel in samenwerking met hun zorgverleners, overzicht te houden en regie te voeren over hun gezondheid en leefstijl.

Streven naar meer uniformiteit

Zoals tabel 2 laat zien verschillen individuele zorgplannen sterk naar vorm, inhoud en doelgroep. Dat er veel IZPs zijn is mooi, maar het maakt het voor zorgverleners ook lastig om te kiezen en te bepalen welk IZP nu meer of minder geschikt is voor gebruik in de zorg. Met het "Raamwerk Individueel Zorgplan" heeft het Coördinatieplatform Zorgstandaarden (2012) geprobeerd om meer uniformiteit in de IZPs aan te brengen. In dit raamwerk vormt de zorgstandaard in principe de leidraad voor de inhoud van het individuele zorgplan. De patiënt en de centrale zorgverlener kunnen uit de informatie van een zorgstandaard putten en op die basis het plan opbouwen (Raamwerk Individueel Zorgplan, 2012). Indien er sprake is van multimorbiditeit, dan is het de bedoeling dat daarbij gebruik gemaakt wordt van meerdere zorgstandaarden en de relevante daarbij passende zorgmodules. Dit is uiteraard alleen mogelijk als er voor de verschillende aandoeningen zorgstandaarden beschikbaar zijn. Voor een flink deel van de mensen met multimorbiditeit is dit echter niet het geval, waardoor zorgstandaarden als basis voor het IZP maar voor een beperkte groep chronisch zieken bruikbaar zijn (zie Figuur 2).

Figuur 2 Schematische weergave van het aantal mensen met chronische ziekten, het aantal mensen met meer dan één chronische ziekte en het aantal mensen met chronische ziekten waarvoor zorgstandaarden beschikbaar zijn



Bron: Ursum et al., 2011

Vast format

Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden pleit er voor om voor het opstellen van een individueel zorgplan een vast format te gebruiken, ongeacht de aard van de chronische ziekte(n) en ongeacht de discipline(s) van de betrokken zorgverleners. Een vast format van het individuele zorgplan, gebaseerd op de zorgstandaard(en), biedt patiënt en centrale zorgverlener een leidraad bij het opstellen van het plan en zorgt voor uniformiteit. Het Plan van Eisen generiek zorgplan, opgesteld door het NHG, de Patiëntenfederatie NPCF en Vilans (2014) in opdracht van het Zorginstituut (voorheen Kwaliteitsinstituut), geeft een overzicht van onderwerpen die in een individueel zorgplan aan bod zouden moeten komen (zie Tabel 3). Wat opvalt is dat het Plan van Eisen niet alleen betrekking heeft op gezondheidsproblemen, het risicoprofiel, meet- en streefwaarden en gewenste leefstijl aanpassingen, zaken die in de meeste bestaande IZPs centraal staan, maar juist ook op een brede inventarisatie van de situatie van een patiënt, het formuleren, evalueren en bijstellen van persoonlijke doelen en hoe deze te bereiken. Hierdoor wordt een meer op maat benadering mogelijk.

Volgens het Raamwerk Individueel Zorgplan (CPZ, 2012) groeit de inhoud van een individueel zorgplan mee met de gezondheidstoestand, behoeften en

levensfasen van een patiënt. Voor een patiënt met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten door hoge bloeddruk of overgewicht die zelf in staat is om deze risicofactoren met behulp van een gezonde leefstijl onder controle te houden, zal meestal geen uitgebreid zorgplan nodig zijn. Maar krijgt deze patiënt er diabetes bij, dan zal het IZP uitgebreider worden en zullen ook de zelfmanagementtaken en ondersteuningsbehoeften van de patiënt toenemen. Indien deze zelfde patiënt naarmate hij ouder wordt ook nog fysieke problemen krijgt en minder zelfredzaam wordt, zal dat consequenties hebben voor wat hij zelf kan doen en wat er van zorgverleners en zorg verlenende instanties verwacht wordt. Er zullen meer mensen bij de zorg betrokken raken waardoor het zorgplan complexer wordt. Ook zal een verschuiving van doelen plaatsvinden: functiebehoud en behoud van zelfstandigheid worden belangrijker.

Tabel 3 Functionaliteiten van een IZP

<ul style="list-style-type: none"> • Beschrijving van de klachten/vragen en van gezondheidsproblemen • Beschrijving van motivatie en bereidheid tot gedragsverandering • Beschrijving gezondheids- en zelfmanagementvaardigheden • Beschrijving van problemen m.b.t. het functioneren en participeren • Overzicht van risicofactoren/risicoprofiel • Meet- en streefwaarden • Bevindingen lichamelijk en ander (beeldvormend-, functie-, laboratorium-) onderzoek • Diagnose(s) en (in de toekomst ook) ICF-classificatie • Overzicht van voorgeschreven en mogelijk ook afgeleverde medicijnen • Inventarisatie van problematiek in, bijvoorbeeld, de SFMPC-matrix: Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychologisch, Communicatief • Proces gezamenlijke besluitvorming: voor welke opties wordt gekozen? • Doelen van de patiënt waarvoor gekozen wordt • Het prioriteren van behandelopties in relatie tot de doelen van de patiënt • Afspraken over de aanpak om de gestelde doelen te bereiken: wat doet de zorgverlener en wat doet de patiënt zelf, welke ondersteuning is nodig? • Vastleggen begeleiding van de patiënt door zorgverleners • Vastleggen vast aanspreekpunt / centrale zorgverlener / case manager voor de patiënt • Vastleggen hoe en wanneer afspraken worden geëvalueerd • Integratie van instrumenten voor zelfzorg en zelfmeting • Integratie van een dagboekfunctie • Integratie van modules met informatie en educatie, met links naar mogelijke vormen van ondersteuning in de regio

Bron: Plan van eisen generiek zorgplan (Vilans, 2014)

Het Raamwerk Individueel Zorgplan zal in de praktijk nader ingevuld en getoetst moeten worden. Ook zal de inhoud van bestaande IZPs getoetst moeten worden tegen dit Plan van Eisen als weergegeven in de tabel. Uit onderzoek blijkt dat aspecten van het leven met een chronische ziekte die niet direct te maken hebben met de medische kant van de zorg maar zeer incidenteel in het zorgplan worden opgenomen. Zo liet het eerder genoemde onderzoek bij huisartsenpraktijken in de regio Midden Brabant zien dat informatie over persoonlijke gezondheidsdoelen en hoe deze te bereiken, hoe de behandeling afgestemd wordt op de situatie van de patiënt en informatie over de organisatie van zorg slechts in maximaal 20% van de zorg-plannen was opgenomen (Heijmans & Van Puffelen, 2015). Ook gegevens van een grote landelijk representatieve steekproef van mensen met astma of COPD laten zien dat de inhoud van een IZP zich voornamelijk beperkt tot overzichten van medicatie, uitlagen van longfunctiemetingen en het voorkomen van exacerbaties (Waverijn et al., 2014).

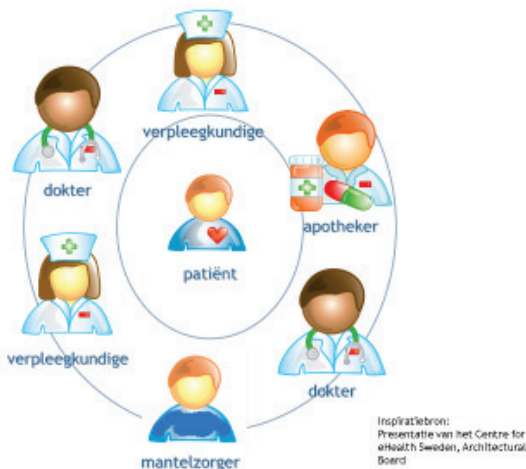
Concluderend kunnen we stellen dat er een grote hoeveelheid aan individuele zorgplannen beschikbaar is, maar dat de inhoud en vorm sterk verschillen. Dit maakt het voor zorgverleners lastig kiezen. Daarnaast valt op dat bestaande IZP's nog weinig 'op maat' zijn. Veel IZPs zijn een vertaling van de zorgstandaard, met daarin algemene aanbevelingen over de medische behandeling en leefregels (Schilfgaarde & De Wildt, 2014). Het IZP levert daarmee nog steeds standaard zorg en sluit onvoldoende aan op de individuele behoeften van een patiënt. Wellicht ook hierdoor hebben zorgverleners het idee dat bestaande IZPs lang niet voor alle patiënten geschikt zijn, omdat sommige patiënten meer, minder of andere zorg of informatie nodig hebben. Met het Raamwerk Individueel Zorgplan kan enerzijds meer uniformiteit in IZPs aan gebracht worden en anderzijds kan men een IZP hiermee beter laten aansluiten bij de behoeften en mogelijkheden van een individuele patiënt, doordat de informatie die hiervoor nodig is gedefinieerd is in het Plan van Eisen. Dit biedt zorgverleners mogelijk ook meer handvatten om een IZP toe te passen in de dagelijkse praktijk.

Ervaringen van patiënten en zorgverleners

In de zorg voor chronisch zieken is het leveren van persoonsgerichte zorg een belangrijke doelstelling. Persoonsgerichte zorg vraagt om een andere houding van zorgverlener en patiënt als dat men van oudsher gewend is. Dit is voor beide wennen. Met name de overgang van patiënt naar medebehandelaar is niet voor iedere patiënt en zorgverlener vanzelfsprekend. Dit bemoeilijkt de implementatie van het gebruik van een IZP. Daarnaast vormt de organisatie van de eerstelijns zorg voor veel zorgverleners een belemmering bij het leveren van persoonsgerichte zorg en het gebruik van een IZP. Recent werd een handreiking 'gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken' ontwikkeld die implementatie van het IZP in de praktijk moet bevorderen. Indien patiënten en zorgverleners eenmaal met een IZP werken, zien zij echter wel voordelen.

Met een individueel zorgplan werken zorgverlener en patiënt samen aan de gezondheid van de patiënt.

Dit betekent dat zorgverleners met patiënten in gesprek moeten gaan over wat belangrijk voor hen is in het dagelijks leven met de chronische ziekte(n). Welke doelen wil de patiënt bereiken en welke ondersteuning heeft hij daarbij nodig? Het uitgangspunt van een individueel zorgplan zijn de behoeften van een patiënt. Die staan centraal. Door die behoeften centraal te stellen, wordt aangesloten bij de persoonlijke situatie van de patiënt. Van patiënten wordt verwacht dat zij samen met hun zorgverleners nadenken over hoe zij die behoeften het beste kunnen vervullen. De patiënt is geen onderwerp van zorg, maar maakt samen met de zorgverlener onderdeel uit van het zorgteam.



Bron: Rebel et al., 2011

meer een adviesrol op zich moeten nemen, en patiënten moeten motiveren om hun eigen doelen of prioriteiten te stellen. De doelen van een patiënt zullen niet altijd dezelfde zijn als de doelen die een zorgverlener met de behandeling

Andere manier van werken

De verschuiving van het accent van patiënt naar medebehandelaar vraagt om een andere manier van werken van zowel patiënten als zorgverleners. De overgang van behandelaar naar coach is niet voor iedere zorgverlener vanzelfsprekend. Zorgverleners zullen

voor ogen heeft. Doelen van de zorgverlener zullen waarschijnlijk vaak op het vlak van medische behandeling of leefstijl liggen. Maar de behoeften aan ondersteuning en begeleiding van mensen met chronische ziekten zelf liggen vaak (ook) op andere vlakken: 30% van de chronisch zieken heeft behoefte aan begeleiding bij het leren omgaan met de gevolgen van het chronisch ziek zijn op sociaal, emotioneel of maatschappelijk vlak, 21% bij de omgang met zorgverleners en zorg verlenende instanties, 22% bij het opvolgen van leefstijladviezen en 16% bij het opvolgen van medische behandeladviezen (Heijmans et al., 2010); deze behoeften zijn niet uniek voor bepaalde chronische aandoeningen maar zien we terug bij alle typen chronische ziekten (Van Houtum et al., 2015). Het gaat voor mensen met chronische ziekten niet om het managen van de ziekte alleen, maar om het managen van het leven met een chronische ziekte in al zijn facetten. Een individueel zorgplan zal dus niet alleen betrekking moeten hebben op de medische behandeling en de daaraan verbonden zelfmanagementtaken zoals zelfbehandeling, zelfmonitoring en een gezonde leefstijl, maar ook op het omgaan en communiceren met zorgverleners en instanties en het omgaan met de praktische, emotionele en sociale consequenties van het chronisch ziek zijn. Door het leven met de chronische ziekte in de meest brede zin van het woord als uitgangspunt te nemen en hierop ook de mogelijkheid te bieden om doelen te formuleren, sluit een zorgverlener beter aan bij datgene wat mensen met een chronische ziekte zelf belangrijk vinden. Om het proces van gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken tussen de zorgprofessional in de huisartsenpraktijk en een patiënt met één of meerdere chronische aandoeningen te ondersteunen, is recent de handreiking “Gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken” ontwikkeld. De handreiking is het resultaat van een project van InEen, Zuyd Hogeschool en de Universiteit van Maastricht, in samenwerking met diverse andere partijen (Zuyd Hogeschool, 2015).

Draagvlak zorgverleners

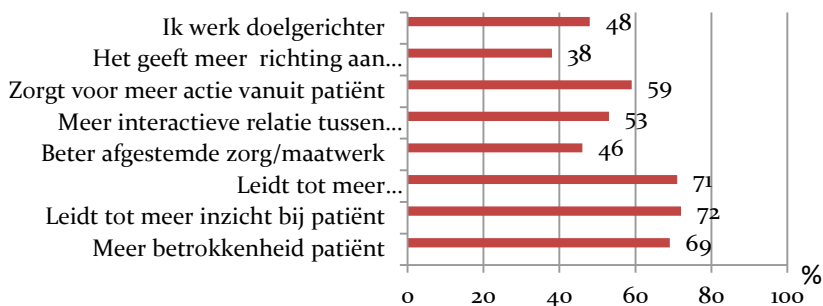
Deze nieuwe manier van persoonsgericht werken is zowel voor zorgverleners als patiënten wennen. Het werken met individuele zorgplannen vraagt om een actieve grondhouding van patiënten. Niet alle zorgverleners vinden die actieve grondhouding even belangrijk. Een inventarisatie onder huisartsen en praktijkondersteuners (Heijmans & van Puffelen, 2015) liet zien dat zorgverleners het vooral belangrijk vinden dat patiënten in staat zijn om maatregelen te nemen die symptomen van hun aandoening(en) kunnen voorkomen of beperken, dat zij inzicht hebben in welk gedrag hun symptomen of klachten verergert en dat patiënten in staat zijn om aanpassingen in hun leefstijl te maken en vol te houden die nodig zijn om met hun chronische aandoening om te gaan. Een actieve rol tijdens het consult, bijvoorbeeld door een lijst met vragen mee te brengen, te informeren naar mogelijke behandelopties of zelf behandelopties aan te dragen worden door hen minder belangrijk gevonden. Hierdoor kan het zijn dat het samen doelen stellen en hier de behandeling op afstemmen ook minder draagvlak heeft onder zorgverleners.

Onderzoek van Boshuizen et al. (2015) onder diabeteszorggroepen liet zien dat de ervaringen van zorgverleners met het werken met een IZP wisselend zijn. Daarbij werd vooral gekeken hoe goed zorgverleners erin slagen om het werken met een IZP in te voegen in de dagelijkse praktijk. In sommige praktijken verliep dat inpassen goed, in andere moeizaam. Sommige zorgverleners zagen niet veel verandering, omdat ze aangaven altijd al volgens de IZP-methode te werken. Anderen waren enthousiast en gaven aan samen met de patiënt bewuster aan doelen en acties te werken, zoals ook uit het onderzoek van Heijmans & van Puffelen (2015) en Jansen & Rijken (2013) naar voren kwam. De beperkte consulttijd werd wel als duidelijk knelpunt ervaren. Bij een controle van bijvoorbeeld diabetes moeten de meetresultaten en laboratoriumwaarden aan bod komen. Maar het is moeilijk om in die beperkte tijd óók een gesprek over de behoeften van de patiënt te voeren. Verder zijn de perioden tussen de consulten vaak lang. Het idee om patiënten tussentijds te bellen of te mailen om hen te motiveren is in de praktijk lastig haalbaar; de organisatie van de zorg is daar niet op ingericht, aldus de zorgverleners (Boshuizen et al., 2015).

Waarschijnlijk vanwege de tijdsdruk en het moeilijk kunnen inpassen van een IZP in de dagelijkse routine, maar ook omdat draagvlak soms ontbreekt of omdat het format van het IZP te weinig past bij de wensen, behoeften en mogelijkheden van een individuele patiënt, wordt het IZP niet altijd gebruikt zoals het bedoeld is. Onderzoek in Groot-Brittannië liet zien dat zorgverleners het IZP vooral als een invuloefening ervaren en niet als een hulpmiddel om vraaggestuurde zorg daadwerkelijk vorm te geven (Analysis of DiabetesE¹ Primary Care Trust Questionnaire Data 2011 in State of the Nation 2012, England). Ook onderzoek van Vagholkar et al. (2007) naar de inhoud van multidisciplinaire zorgplannen van diabetespatiënten laat zien dat er door huisartsen weinig informatie wordt opgenomen in het zorgplan (Vagholkar et al., 2007). Ook in de praktijkprojecten bij Nederlandse zorggroepen die het NIVEL evalueerde werd regelmatig genoemd dat zorgverleners het IZP vooral gebruiken omdat het opgelegd is door de zorgverzekeraar en het dan vaak niet veel meer is dan een afvinklijst (Jansen & Rijken, 2013, Leemreijse et al., 2014, Heijmans & van Puffelen, 2015). Toch zien zorgverleners die met een IZP aan de slag gaan ook allerlei voordelen aan het werken met een IZP. Dit blijkt uit antwoorden van zorgverleners uit Midden Brabant op de vraag waarom ze er voor kiezen om met een IZP te werken (zie ook Figuur 3). Zorgverleners geven aan dat het werken met een IZP leidt tot meer betrokken en actievere patiënten en meer inzicht biedt in de problematiek van hun patiënten. Circa de helft van de zorgverleners geeft daarnaast aan dat werken met het IZP leidt tot beter afgestemde zorg, doelgerichter werken en een betere interactie tussen zorgverlener en patiënt.

¹ DiabetesE is een online zelfevaluatie tool dat de kwaliteit van de geleverde diabeteszorg meet en monitort en de sterke punten en verbeterpunten in de eerstelijnsdiabeteszorg en de specialistische diabeteszorg vastlegt.

Figuur 3: Reden van zorgverleners om wel bij (een deel van de) patiënten met een zorgplan te werken



Bron: Heijmans & van Puffelen, 2015

Draagvlak onder patiënten

Het draagvlak onder mensen met een chronische ziekte zelf om met een IZP te werken lijkt over het algemeen niet zo groot. Dit blijkt uit het feit dat onder patiënten die geen IZP hebben, een meerderheid ook geen behoefte heeft om er een op te stellen (Jansen et al., 2012; Jansen & Rijken, 2013; Heijmans et al., 2014; Heijmans & van Puffelen, 2015). Ze vinden het overbodig of zijn tevreden met de zorg zoals die nu georganiseerd is. Een kleine groep vindt het IZP te betuttelend of te bevoogdend, lastig bij te houden of tijdrovend (Heijmans et al., 2014). Ook willen ze niet te veel met hun ziekte bezig zijn of laten de behandeling van hun ziekte liever bij de arts (Leemrijse et al., 2014). Als patiënten eenmaal ervaring hebben opgedaan met het werken met een IZP zijn zij wel overwegend positief en zijn zij ook van plan het te blijven gebruiken. De meldactie van Patiëntenfederatie NPCF (2012) bijvoorbeeld liet zien dat mensen met een chronische ziekte die een IZP hadden, zich dankzij een IZP zich meer bij hun behandeling betrokken voelden, en positiever waren over de samenwerking tussen zorgverleners dan mensen met een chronische ziekte zonder IZP. Ook het onderzoek van Leemrijse et al. (2014) toonde aan dat de meerderheid van de aan het onderzoek deelnemende diabetespatiënten positief was over het gebruik van een IZP als ze er eenmaal ervaring mee hadden: zij zagen persoonlijke voordelen van het gebruik van een IZP, zoals dat een IZP hen een steuntje in de rug biedt, de controle verbetert of de bewustwording vergroot. De onderzoekers concludeerden op basis van dit onderzoek dat “Onbekend maakt onbemind” ook van toepassing is op het IZP. Indien het IZP aan patiënten aangeboden wordt, zal een meerderheid van hen het vermoedelijk wel gebruiken.

Voldoen individuele zorgplannen aan de verwachtingen?

Er bestaat geen bewijs voor positieve effecten van het gebruik van een IZP op basis van gecontroleerd onderzoek. Gerapporteerde effecten zijn gebaseerd op kleinschalige praktijkprojecten. Bovendien verschillen deze praktijkprojecten in vraagstelling, opzet, en uitkomstmaten waardoor conclusies lastig te trekken zijn. Procesequeluaties laten positieve effecten zien van het gebruik van een IZP op het niveau van de patiënt, de zorgverlener en de organisatie van zorg maar er zijn gecontroleerde studies nodig om deze resultaten te bevestigen.

Hoge verwachtingen

Van het gebruik van een IZP in de zorg wordt veel verwacht: het wordt gezien als middel om mensen meer de regie te geven over hun eigen ziekte, als een stimulans tot zelfmanagement, als een middel om de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van leven van mensen met chronische ziekten te verbeteren (Kamerbrief Ministerie van VWS, TK 2007- 2008, 31200 XVI, nr 155). Het individueel zorgplan wordt tevens gezien als een middel dat patiënten kan helpen om het gesprek aan te gaan met zorgverleners over de doelen die zij willen bereiken samen met hun naasten en zorgverleners en afspraken die zorgverleners en patiënten met elkaar maken transparant te krijgen en vast te leggen (NHS, 2011). Daarnaast is de verwachting dat het gebruik van individuele zorgplannen zal leiden tot een efficiënter zorggebruik doordat de zorgbehoeften van patiënten centraal komen te staan, en de kans op overbodige zorg daardoor kleiner wordt (Schilgaarde & De Wildt, 2014). Tenslotte wordt gesuggereerd dat een individueel zorgplan de patiëntveiligheid zou kunnen bevorderen. Hierdoor zullen uiteindelijk ook de kwaliteit van zorg en de uitkomsten voor mensen met een chronische ziekte verbeteren (Coulter et al., 2013).

Gecontroleerd onderzoek ontbreekt

Ondanks al deze positieve verwachtingen wordt het IZP nog niet systematisch en op grote schaal gebruikt binnen de zorg voor chronisch zieken. Een veel gehoord argument onder zorgverleners voor het lage gebruik is dat nog niet duidelijk is of een IZP werkt en inderdaad een meerwaarde betekent. Overtuigend bewijs voor de meerwaarde van het gebruik van het IZP ontbreekt inderdaad. Er bestaan voor zover wij weten geen gecontroleerde studies naar de effectiviteit van het werken met een IZP, niet in Nederland, maar ook niet in het buitenland. De effecten van het werken met een IZP die gevonden zijn, zijn gebaseerd op niet-gecontroleerd onderzoek of op onderzoek waarin het gebruik van een IZP slechts een onderdeel was, waardoor het specifieke effect van het werken met een IZP niet te bepalen is. Zo bleek uit een recent uitgevoerde systematische review naar de effecten van persoonsgerichte zorg (Coulter et

al. 2015) op basis van 19 studies en 10.856 patiënten dat persoonsgerichte zorg een positiever effect heeft op een aantal uitkomstmaten in vergelijking met ‘usual care’: op Hb1ac bij diabetes patiënten, de longfunctie bij astma patiënten, gevoelens van depressie bij meerdere chronische aandoeningen, algemene gezondheidsbeleving, self-efficacy, patiëntenactivatie en ervaren steun. In veel van de onderzochte studies werd een IZP als hulpmiddel gebruikt, maar het specifieke effect van het gebruik van een IZP was niet apart onderzocht. Voor een overzicht van de effecten van het gebruik van het IZP moeten we ons baseren op de spaarzame studies die zijn uitgevoerd in Nederland en het buitenland. Ze staan samengevat in Tabel 4. Het betreft pilots, secundaire analyses van bestaande data of procesevaluaties van praktijkprojecten waarbij de condities en patiënten populaties uiteraard niet strikt gecontroleerd zijn. De resultaten uit deze tabel laten zich lastig samenvatten. Er is een grote mate van heterogeniteit in vormgeving van de studies en in onderzochte uitkomstmaten waardoor resultaten lastig te vergelijken zijn. Ook in de projecten beschreven in Tabel 4 is het IZP vaak een hulpmiddel in het geheel van persoonsgerichte zorg en is het werken met een IZP vaak onderdeel van een bredere scholing aan zorgverleners of een bredere interventie voor het ondersteunen van zelfmanagement (zie ondermeer Engels et al., 2011, Leemrijse et al., 2014, Walker, 2011, Year of Care Partnership, 2011). Desalniettemin geven de studies wel een indicatie. Het effect van het gebruik van een IZP op zelfmanagement en kwaliteit van leven is wisselend. Zo vonden Engels (2011), Leemrijse (2014), Reeves (2014) geen effecten, maar werd in drie pilotstudies in Engeland wel een verbetering op gebied van zelfzorg gerapporteerd (Year of Care Partnership, 2011). Procesevaluaties (Engels et al., 2011, Walker et al., 2012, Year of Care Partnership, 2011, Zwar et al., 2007) laten positieve effecten zien op het niveau van de patiënt, de zorgverlener en de organisatie: patiënten tonen meer verantwoordelijkheid en een actievere betrokkenheid bij de zorg; bij individuele zorgverleners worden vooral verbeterde kennis en vaardigheden, meer maatwerk en een grotere arbeidssatisfactie waargenomen. Bovendien hielp het zorgplan hen om de coachende rol aan te nemen. Op het niveau van de organisatie van de zorg kwam naar voren dat het werken met individuele zorgplannen samenging met het leveren van meer evidence-based (gebaseerd op de richtlijnen) multidisciplinaire zorg en een verbeterde productiviteit (Zwar et al., 2007) en er in ieder geval geen aanleiding was voor een stijging van kosten (Year of Care Partnership, 2011).

Een aantal studies is niet in Tabel 4 opgenomen, omdat hier geen sprake was van een interventie waarbij een groep mensen met en zonder IZP vergeleken werd. Maar Jansen et al. (2015) toonde in een cross-sectioneel onderzoek onder 1.377 mensen met een chronische ziekte aan dat mensen met een IZP de ervaring hadden dat de zorg die zij ontvingen meer volgens de principes van de programmatische aanpak voor chronisch zieken was, dat wil zeggen meer persoonsgericht, meer gericht op persoonlijke doelen en aansluitend bij de persoonlijke situatie en meer integraal aangeboden, dan mensen die geen IZP hadden. Meer aandacht voor zelfmanagement en invoering van het IZP in

huisartspraktijken in Midden Brabant leidde tot een positievere attitude onder zorgverleners ten aanzien van zelfmanagement en een meer structurele inbedding van zelfmanagementondersteuning in de huisartspraktijk (Heijmans & van Puffelen, 2015). Bij patiënten werden geen effecten gevonden op zelfmanagement, ervaren kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven. In deze studie, net als in de studies van Engels (2011) en Leemrijse (2014) werd de korte follow-up tijd genoemd als mogelijke reden waarom geen effecten werden gevonden op deze uitkomstmaten.

Zoals gezegd moeten bovenstaande resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, gezien de niet-gecontroleerde opzet van de studies, de vaak kleine aantallen waarop resultaten gebaseerd zijn en de diversiteit in vraagstellingen, methode en uitkomsten. Gecontroleerd onderzoek is nodig om de effecten van het gebruik van een IZP in de zorg voor chronisch zieken daadwerkelijk te kunnen vaststellen.

Tabel 4 Studies naar de effecten van het gebruik van individuele zorgplannen in de zorg voor chronisch zieken

Auteur en jaar	Type onderzoek	Populatie/ setting	Interventie	Uitkomstmaten	Resultaten	Opmerkingen van de auteurs
Engels et al., 2011	Studie zonder controle groep; Voor en nameting na 6 - 8 maanden	Nederland; 40 patiënten met (verhoogd risico op) hart- en vaatziekten 26 zorgverleners (10 huisartsen, 16 praktijkondersteuners)	Ondersteuning door Vilans van huisartsen en POHers bij de implementatie van het IZP en de zorgstandaard CVRM	<u>Patiëntniveau:</u> - formuleren van persoonlijke doelen - veranderen van leefstijl - nemen van eigen verantwoordelijkheid - zorggebruik - zelfmanagement <u>Zorgverlenersniveau:</u> - bieden van ondersteuning - delen van verantwoordelijkheid - samenwerking van collega's	- Geen veranderingen in zelfmanagement - Zorgverlener heeft indruk dat patiënt meer gemotiveerd is om doelen te stellen, actiever wordt en meer betrokken is - Gevolgen voor zorggebruik niet gerapporteerd - IZP zorgt voor zorgverleners voor meer structuur tijdens het gesprek	- Evaluatie betrof vooral procesevaluatie; - Aantallen te klein voor kwantitatieve analyses; - Resultaten zijn vooral impressionistisch; - Wellicht is follow-up tijd te kort om effecten te kunnen vaststellen

Auteur en jaar	Type onderzoek	Populatie/ setting	Interventie	Uitkomstmaten	Resultaten	Opmerkingen van de auteurs
Leemrijse et al., 2014	Studie zonder controlegroep; pilot; Voor en nameting na 14 maanden	Nederland; 256 patiënten met Diabetes Type 2 afkomstig uit 11 huisartspraktijken in regio Utrecht	Drie daagse scholing aan zorgverleners op gebied van zelfmanagement ondersteuning en gebruik IZP (Vilans); Onderzocht werd of er een verschil was op patiënt gerapporteerde uitkomstmaten voor diabetes patiënten met en zonder een IZP	- Ervaren kwaliteit van zorg - Patientenactivatie - Zelfzorg - Diabetes gerelateerde stress - Psychologisch welbevinden	- Ervaren kwaliteit van zorg verbeterde; patiënten rapporteerden meer persoonsgerichte zorg en een betere follow-up. Het effect was echter in beide groepen aanwezig en kon dus niet toegeschreven worden aan bezit IZP - Geen effect op patiëntenactivatie, zelfzorg, stress en psychologisch welbevinden - IZP niet effectiever bij patiënten met een hoog activatieniveau	Voorzichtig met interpretatie van resultaten vanwege: - ontbreken controlegroep - onduidelijkheid over begrip IZP Wellicht is follow-up tijd te kort om effecten te kunnen vaststellen

Auteur en jaar	Type onderzoek	Populatie/ setting	Interventie	Uitkomstmaten	Resultaten	Opmerkingen van de auteurs
Reeves et al., 2014	Gecontroleerde cohort studie; Follow-up gedurende 12 maanden	Groot Brittannië; Twee groepen chronisch zieken die vergelijkbaar waren in demografische en ziektekenmerken maar afkomstig waren uit praktijken die veel (n=17) en weinig (n=21) werkten met persoonsgerichte zorg en het IZP, Totaal van 1812 patiënten.	Geen specifieke interventie maar de mate van implementatie van persoonsgericht werken en het gebruik van instrumenten ter ondersteuning hiervan werd gemeten waarna praktijken in twee groepen verdeeld	Patiënten uit beide groepen werden vergeleken op: - Bezit van IZP - Mate van zelfmanagement - Vitaliteit	- Bezit van IZP kwam vaker voor in praktijken met persoonsgerichte zorg maar bezit was over het algemeen erg laag (5% versus 3,2%); - Meer aandacht voor persoonsgerichte zorg leidde niet tot meer zelfmanagement of meer vitaliteit - Patiënten met en zonder IZP verschilden niet in zelfmanagement en vitaliteit	Gebruik van IZP's was zo laag dat effecten van wel of geen gebruik van een IZP lastig te onderzoeken zijn; Gerapporteerd bezit van IZP door patiënt kon vaak niet bevestigd worden

Auteur en jaar	Type onderzoek	Populatie/ setting	Interventie	Uitkomstmaten	Resultaten	Opmerkingen van de auteurs
Walker, 2012	Pilot	Groot Britannië; 5 praktijken die diabetes zorg leveren, 929 diabetes patiënten	Proces om persoonsgerichte zorg in praktijken te verbeteren door: - Patiënten uit te nodigen voor een controle waarbij een A4 meegestuurd werd met mogelijke aandachtspunten tijdens consult; - Lichamelijk en bloedonderzoek - Bespreken van uitkomsten onderzoek met patiënt en op basis hiervan een IZP opstellen - Zorgverleners werden getraind voor deze procedure	Procesevaluatie onder patiënten en zorgverleners	Bij 89% van de patiënten werd een IZP opgesteld; Zorgverleners rapporteerden een grotere betrokkenheid van patiënten bij het consult; Vertrouwen van patiënten in het managen van hun ziekte nam toe	Samenwerking van zorgverleners, gedeelde visie op zelfmanagement ondersteuning en ICT ondersteuning voorwaarde voor succesvolle implementatie

Auteur en jaar	Type onderzoek	Populatie/ setting	Interventie	Uitkomstmaten	Resultaten	Opmerkingen van de auteurs
Zwar et al., 2007	Retrospectief onderzoek op basis van registratiedata in de eerste lijn	Australië; Records van 230 patiënten met een medische diagnose van diabetes behandeld in de eerste lijn	Analyse van data van diabetes patiënten vóór en een jaar na invoering van het werken met een IZP in praktijken.	<ul style="list-style-type: none"> - Frequentie van medische check-ups (Hb1ac, BMI, bloeddruk, urine, voetcontrole) - Aantal patiënten dat multidisciplinaire zorg krijgt volgens zorgstandaard - Fysieke uitkomstmaten - Ontvangen zorg volgens zorgstandaarden 	<ul style="list-style-type: none"> - Toename van multidisciplinaire zorg in jaar na invoering plan - Meer patiënten kregen zorg volgens zorgstandaarden - Grotere betrokkenheid patiënten bij eigen zorg - Verbetering in Hb1ac, BMI, bloeddruk, cholesterol bij patiënten met IZP ten opzichte van patiënten zonder IZP 	Registratie verschild per praktijk

Auteur en jaar	Type onderzoek	Populatie/ setting	Interventie	Uitkomstmaten	Resultaten	Opmerkingen van de auteurs
Year of Care Partnership, 2011	3 pilot projecten waarin persoonsgerichte zorg geïmplementeerd wordt in de eerste lijn	Groot Britannië; Focus op Diabetes patiënten maar principe toepasbaar op ander chronische aandoeningen	- Aansluitend op de reguliere controles wordt een afspraak gepland waarin patient samen met zorgverlener IZP opstelt; dit plan wordt regelmatig geëvalueerd en bijgesteld; - Zoveel mogelijk benutten van zorgaanbod in de regio om individuele zorgvraag te ondersteunen (House of Care)	Patiënt niveau: - Ervaren kwaliteit van zorg - Zelfzorg gedrag - Leefstijl Zorgverlener niveau: - Kennis en vaardigheden - Arbeidssatisfactie Organisatieniveau: - Samenwerking en organisatie - Kosten	Invoering van persoonsgerichte zorg leidde tot een betere ervaren kwaliteit van zorg en meer zelfzorggedrag bij patiënten, meer arbeidssatisfactie en kennis en vaardigheden bij zorgverleners. De andere manier van werken was kosten neutraal en leidde intern tot een betere samenwerking.	- Het duurt enige tijd voordat resultaten zichtbaar worden - Het is belangrijk dat de hele organisatie achter de nieuwe werkvorm staat - Alleen positieve uitkomsten werden gerapporteerd

Uitdagingen voor de toekomst

Het werken met individuele zorgplannen is nog geen routine binnen de zorg voor mensen met chronische ziekten. Er liggen uitdagingen in zowel het onderzoek als op het gebied van implementatie om de verdere uitrol van het gebruik van IZPs in Nederland te bevorderen. Op het gebied van onderzoek is dringend behoefte naar gecontroleerd onderzoek zodat de meerwaarde van het werken met IZPs zichtbaar wordt. Daarnaast is een belangrijke vraag voor wie en in welke vorm IZPs aangeboden zouden moeten worden. Wat betreft implementatie zijn er uitdagingen op het niveau van patiënten, zorgverleners en de organisatie van zorg. Goede voorbeelden uit met name Groot Brittannië kunnen daar bij helpen. Maar met het generieke Raamwerk IZP, het Programma van Eisen, het Referentiemodel IZP en de recent ontwikkelde handreiking Gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken is Nederland ook goed op weg om structurele inbedding van het IZP in de zorg voor chronisch zieken meer vorm te geven.

Zoals we in deze kennissynthese hebben laten zien is het werken met individuele zorgplannen nog geen routine binnen de zorg voor mensen met chronische ziekten. Er zijn nog veel verschillen tussen zorgverleners en zorgverlenende instanties in de wijze waarop en de mate waarin IZPs worden toegepast. Ook lijken zowel zorgverleners als patiënten nog niet altijd overtuigd van het nut van het werken met IZPs. Hier ligt ons inziens ook het grootste probleem, namelijk dat we nog helemaal niet weten of het werken met IZPs inderdaad de beoogde meerwaarde heeft voor de kwaliteit van zorg, het zelfmanagement van patiënten, gezondheidsuitkomsten, kwaliteit van leven, en gebruik/kosten van zorg. Vanuit deze kennissynthese komt een aantal aanbevelingen naar voren voor onderzoek naar de effecten van het werken met IZPs en voor verdere implementatie van het gebruik van IZPs in de zorg voor chronisch zieken.

Onderzoek

Er is een grote behoefte aan evidentie dat het gebruik van IZPs en de investering daarin ook echt zinvol is en meerwaarde heeft. Er moet meer gecontroleerd onderzoek komen waarmee de meerwaarde van het werken met IZPs kan worden aangetoond. Bijvoorbeeld onderzoek waarin persoonsgerichte zorg alleen, persoonsgerichte zorg met een IZP als hulpmiddel en care as usual met elkaar vergeleken worden. Daarnaast is het een belangrijke vraag voor welke doelgroepen een IZP met name zinvol is. Moet een IZP aangeboden worden aan alle chronisch zieken of bijvoorbeeld alleen aan complexe patiënten of juist aan patiënten die goed in staat zijn tot zelfmanagement? Er gebeurt al onderzoek op dit gebied waarbij met vragenlijsten als de Patient Activation Measure (PAM, Hibbard et al., 2005) of de SeMaS Vragenlijst

(Eikelenboom et al, 2013) gekeken wordt bij welke patiënten het het meest zinvol is om te investeren in zelfmanagementondersteuning en op welke manier. Ook het Julius Centrum doet onderzoek naar patiëntprofielen om te komen tot doelgroepenfragmentatie. Deze onderzoeken hebben echter nog onvoldoende inzichten opgeleverd. Niet alleen voor wie, maar ook op welke manier een IZP aangeboden moet worden, zowel wat betreft inhoud als vormgeving, is een vraag die verder onderzoek behoeft. We weten nog niet precies hoe een IZP er idealiter uit zou moeten zien en wat de inhoud moet zijn, of in welke vorm zorgplannen idealiter opgesteld zouden moeten worden en beschikbaar worden gesteld. Het is denkbaar dat de inhoud en vormgeving aangepast moeten worden aan kenmerken van de doelgroep. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de groep mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Indien gewerkt wordt met een IZP is het van belang bij te houden welke onderwerpen in samenspraak met een patiënt in een IZP aan bod komen en welke doelen geformuleerd worden, bijvoorbeeld gedifferentieerd naar ziekte. Dit biedt bijvoorbeeld voor het Ministerie van VWS belangrijke informatie om populatiebekostiging vorm te geven door de IZPs van een bepaalde populatie als collectief te bundelen. Tenslotte ontbreken studies naar kosteneffectiviteit van het gebruik van IZP.

Implementatie

Wil men de implementatie van IZPs binnen de zorg voor chronisch zieken verder bevorderen dan is het van belang zicht te hebben op de bevorderende en belemmerende factoren voor gebruik van een IZP. Uit de literatuur en uit ervaringen van het NIVEL en Vilans met praktijkprojecten hier in Nederland komt een aantal factoren naar voren op het niveau van de patiënt, het niveau van de zorgverlener en het niveau van de organisatie en financiering van de zorg.

Op patiëntniveau hebben factoren vooral betrekking op de bekendheid met het IZP en de attitude en behoefte rond het werken ermee. Naarmate patiënten meer bekend zijn met het individueel zorgplan, staan zij ook positiever ten aanzien van het gebruik en wordt er meer mee gewerkt. Een IZP zou daarom meer structureel aangeboden moeten worden in de zorg voor chronisch zieken, bijvoorbeeld door het te koppelen aan regulieren controles, waarbij de introductie van het IZP bij patiënten extra aandacht behoeft. Wat dit betreft kunnen Britse modellen van het House of Care en Cocreating Health als voorbeeld dienen. Een patiënt moet voorbereid worden op zijn participerende rol in het consult, geholpen worden bij het daadwerkelijk formuleren van doelen en acties, en ondersteund worden bij het nastreven daarvan. Succesvolle voorbeelden en positieve ervaringen van andere patiënten én zorgverleners zouden patiënten en zorgverleners kunnen helpen en inspireren om met een IZP aan de slag te gaan.

Ook voor de zorgverlener spelen factoren als bekendheid met het IZP, attitude ten opzichte van het werken met een IZP en attitude ten opzichte van de rol van zorgverleners en patiënten in de gezondheidszorg een rol. Ook hier kan het

uitdragen van positieve ervaringen helpen om zorgverleners over de streep te trekken. Daarnaast is scholing en bijscholing in het werken met IZPs voor zorgverleners van belang. Ook is het van belang om zorgverleners te helpen een weg te vinden in het grote aanbod van IZPs dat momenteel beschikbaar is. Met het generieke Raamwerk IZP, het Programma van Eisen en het Referentiemodel IZP van NHG en Vilans in samenwerking met onder andere Nictiz en de Patiëntenfederatie NPCF (2014) is een belangrijke stap gemaakt naar meer homogeniteit in het werken met IZPs.

Op het niveau van de organisatie komen factoren naar voren als de afwezigheid van ondersteunende systemen (ICT), het gebrek aan aanbod van trainingen/scholing, onvoldoende draagvlak binnen de organisatie en gebrek aan financiering die het werken met IZPs belemmeren. In organisaties moet een brede visie op zelfmanagement ondersteuning en het werken met IZPs geformuleerd worden waarin alle betrokkenen zich kunnen vinden. Bij de invoering en daadwerkelijk uitrol van IZPs moeten ook alle zorgverleners betrokken zijn. De handreiking 'Gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken' biedt een concreet raamwerk ter ondersteuning van de gezamenlijke besluitvorming en doet bovendien suggesties voor het gebruik van bestaande hulpmiddelen die hierbij gebruikt kunnen worden (Zuyd Hogeschool, 2015). Het biedt een bruikbaar gespreksmodel voor de communicatie in de spreekkamer. Het Raamwerk IZP speelt tevens een belangrijke rol bij het thema Multimorbiditeit van de Meerjarenagenda 2013 van het Zorginstituut Nederland. Binnen dat thema wil men gaan verkennen hoe een individueel zorgplan het beste ingezet kan worden binnen de zorg voor mensen met meerdere chronische aandoeningen.

De ICT in een organisatie moet zo worden ingericht dat het zelfmanagement en persoonsgerichte zorg optimaal ondersteunt. Het generieke Raamwerk IZP wordt momenteel doorontwikkeld en er is een begin gemaakt met de implementatie ervan in de informatiesystemen die door de huisartsenpraktijk dan wel door de zorggroepen worden gebruikt.

Referenties

- Bjerkan J, Richter M, Grimsmo A, Hellesø R, Brender J. Integrated care in Norway: the state of affairs years after regulation by law. *Int J Integr Care* 2011;11:e001.
- Boheemen C van 2010
- Boshuizen D. Eindrapportage project Individueel Zorgplan: aan de slag met zelfmanagement. Vilans, 2014.
- Boshuizen, D., Spitsbaard-Velmans, J., Brinkers, M., Leemrijse, C. Individueel zorgplan: de lastige praktijk. Zorgproces is er niet goed op ingericht. *Medisch Contact*, 70 (2015) 6, p. 234-235.
- Burt J, Roland M, Paddison C, Reeves D, Campbell J, Abel G, et al. Prevalence and benefits of care plans and care planning for people with long-term conditions in England. *J Health Serv Res Policy* 2012;17:64-71.
- Coördinatieplatform Zorgstandaarden voor chronische ziekten. Zorgstandaarden in model. ZonMw Den Haag, 2010.
- Coördinatieplatform Zorgstandaarden voor chronische ziekten. Zorgstandaarden in Nederland: 'de balans opgemaakt', 2012.
- Coultner A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalized care planning for adults with chronic or long-term health conditions (Review). *The Cochrane Collaboration* 2015.
- Coulter A, Roberts S, Dixon A. Delivering better services for people with long-term conditions. Building the house of care. London, England: The King's Fund; 2013.
- Department of Health. High Quality Care for All: NHS Next Stage Review Final Report. London England; 2008.
- Dijk CE van, Korevaar JC. Integrale bekostiging: eerste ervaringen na één jaar invoering. Utrecht, Netherlands: NIVEL; 2011.
- Engels J, Dijcks B, Arkesteyn S. Individueel Zorgplan Cardiovasculair Risicomanagement. Eindrapport over de implementatie en evaluatie van het zorgplan Cardiovasculair Risicomanagement in tien huisartspraktijken.
- Holum LC. It is a good idea, but..." A qualitative study of implementation of 'Individual Plan' in Norwegian mental health care. *Int J Integr Care* 2012;12:e15.
- Heijmans M, Van Puffelen A. Aan de slag met zelfmanagement en het individueel zorgplan. Evaluatie onder patiënten en zorgverleners van Zorggroep RCH Midden Brabant. NIVEL 2015.
- Heijmans M, Waverijn G, Van Houtum L. Zelfmanagement, wat betekent het voor de patiënt? Nivel 2014.
- Jansen D, Heijmans M, Rijken M. Individual care plans for the chronically ill patients within primary care in the Netherlands: dissemination and associations with patient characteristics and patients' perceived quality of care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, (2015) .
- Jansen D, Rijken M. Stand van zaken gebruik Individueel Zorgplan: een overzicht van kennis en kansen. NIVEL 2012 (intern document)
- Jansen D, Rijken M. Evaluatie DVN pilotproject rond de implementatie van de Diabetes Zorgwijzer. Utrecht, Netherlands: NIVEL; 2013.
- Jansen D, Spreeuwenberg P, Heijmans M. Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken. Rapportage 2012. Nivel 2012.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Implementatie zorgstandaard Diabetes na vier jaar

- onvoldoende gevorderd. Utrecht, Netherlands: Dutch Health Care Inspectorate, Ministry of Health, Welfare and Sport; 2012.
- Leemrijse C, Jansen D, Rijken M. Werken aan zelfmanagement met een individueel zorgplan. Evaluatie onder patiënten met diabetes mellitus type 2. Nivel, 2014.
 - Ministerie van VWS. Kamerbrief Programmatische aanpak van chronische ziekten, PG/ZP 2.847.918 Den Haag 2008.
 - Nationaal Kompas Volksgezondheid 2014
 - Rebel M, Engels J, Boshuizen D. Opschrijven maakt het verschil. Ervaringen met het individueel zorgplan. *Kwaliteit in zorg* 2001; 2: 12-15.
 - Russell G, Thille P, Hogg W, Lemelin J. Beyond Fighting Fires and Chasing Tails?
 - Chronic Illness Care Plans in Ontario, Canada. *Ann Fam Med* 2008;6:146-53.
 - Schilfgaarde R va, Wildt E de. *Individueel Zorgplan: iedereen blij*. DeEerstelijns, 2014.
 - Ursum et al 2014
 - Vilans. Plan van eisen generiek Individueel ZorgPlan; Vilans Utrecht 2014.
 - Walker R, Davison C, Maher AM, Law J, Reilly P, Fordjour G. Introducing personalized care planning into Newham: outcomes of a pilot project. *Diabet Med* 2012;29:1074-78.
 - Waverijn G, Spreeuwenberg P, Heijmans M. Monitor Zorg- en leefsituatie van mensen met astma of COPD. Kerngegevens en Trends. Rapportage 2014. NIVEL 2014.
 - Year of Care (YOC) Partnership. Report of findings from the pilot programme. London, England: Diabetes UK; 2011.
 - Zorginstituut Nederland. Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten, 2014.
 - Zorginstituut Nederland. Advies- en expertgroep kwaliteitsstandaarden (AQUA). Leidraad voor kwaliteitsstandaarden. Versie 1, 8 december 2014.
 - Zuyd Hogeschool. Gezamenlijke besluitvorming over doelen een zorgafspraken. Handreiking, 2015.