

Plan van eisen generiek Individueel ZorgPlan

Een project van NHG, NPCF en Vilans
in opdracht van het Kwaliteitsinstituut en gefinancierd door ZonMw

Utrecht, januari 2014

Contact:

Vilans
dr. Hans Vlek, projectleider
Postbus 8228
3503 RE Utrecht



Dit project wordt mogelijk
gemaakt door:

Het Kwaliteitsinstituut

Inhoud

Hoofdstuk 1 Inleiding	3
Hoofdstuk 2 Belangrijkste conclusies en aanbevelingen	4
Hoofdstuk 3 Het Project.....	5
Hoofdstuk 4 Het Plan van eisen.....	7
4.1 Uitgangspunten	
4.2 Waaraan moet een IZP voldoen	
4.3 De modules	
Hoofdstuk 5 Randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie.....	12
 Bijlagen	 15
1. Globale toelichting het referentiemodel IZP	
2. Overzicht betrokken organisaties	
3. Het ICF-model	



Dit project wordt mogelijk gemaakt door:

Het Kwaliteitsinstituut

Hoofdstuk 1. Inleiding

In dit rapport wordt een Plan van eisen van een generiek, niet-ziektespecifiek Individueel Zorgplan (IZP) gepresenteerd. Dit is het resultaat van een project dat het NHG, de NPCF¹ en Vilans met medewerking van vele partijen hebben uitgevoerd. In bijlage 2 zijn deze partijen vermeld. Het Raamwerk IZP van het Kwaliteitsinstituut, voorheen het Coördinatie Platform Zorgstandaarden, beschrijft het waarom van het IZP. We citeren daaruit: “Wel zorgstandaarden maar geen standaardzorg. Een onmisbaar instrument om dat te bereiken is het individueel zorgplan. Het individueel zorgplan is het scharnierpunt tussen de ziektespecifieke inhoud van de zorgstandaarden en de integratie daarvan op het niveau van het individu”². De projectpartners onderschrijven het belang van het IZP in de zorg. Eén van de redenen voor hen om dit project te starten was de waarneming dat in het veld een versnippering dreigde te ontstaan in de visie op individuele zorgplanning en de vormgeving van IZP-en. De projectpartners willen door dit project de basis leveren voor een meer uniforme benadering van het IZP.

Leeswijzer

In het project ‘ontwikkeling referentiemodel individueel zorgplan’ maken wij onderscheid tussen het proces van individuele zorgplanning en het ‘product’ IZP. Samen vormen zij het IZP. Voor een goed begrip van het project en de uitkomsten ervan is het goed om dat steeds voor ogen te houden. In hoofdstuk 2 worden de belangrijkste conclusies en aanbevelingen weergegeven. Het project wordt toegelicht in hoofdstuk 3. We hebben in twee onderscheiden projectlijnen het project uitgevoerd. Hoofdstuk 4 beschrijft de uitgangspunten en de modules van het Plan van eisen van het generiek IZP. Dat omvat dus zowel het proces als het product. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie.

Definitie IZP

Wij hanteren de volgende definitie: het IZP is de dynamische set van afspraken van de patiënt en de zorgverlener(s) over zorg en zelfmanagement. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van de patiënt. Ze komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand. Dit proces van de individuele zorgplanning maakt deel uit van het IZP. Samenvattend kan onderscheid worden gemaakt naar het proces (het gesprek over doelen en behoeften en het proces van gezamenlijke besluitvorming) en het ‘product’ (de weergave van de feitelijke afspraken tussen patiënt en zorgverlener(s)). Wij denken dat die gezamenlijkheid van grote waarde is. Zowel voor de patiënt als ook voor de zorgverlener. Cruciaal is het gezamenlijk doorlopen van het proces om gezamenlijk onderschreven doelen te stellen en een daaruit voortvloeiende aanpak te kiezen. Het is voor patiënt en zorgverleners van belang dat er maximaal één zorgplan per patiënt is. Het individuele zorgplan is daarom niet aandoeninggericht maar integraal, ongeacht bij welke zorgverlener de patiënt in zorg is. De toegankelijkheid van het IZP voor de patiënt én de betrokken zorgverleners is een belangrijke voorwaarde. Op de toegankelijkheid en haalbaarheid gaan we later uitgebreider in.

Doel

Het IZP is een middel om mensen meer de regie te geven over hun eigen ziekte en ze te stimuleren tot zelfmanagement met behulp van de zorgverlener(s). Het IZP is een middel dat zorgverleners en patiënten helpt om het gesprek aan te gaan over de doelen waar de patiënt aan wil werken met behulp van zijn zorgverleners en naasten. Om zo de kwaliteit van leven te verbeteren. Het is een middel om afspraken die zorgverleners en patiënten met elkaar maken, transparant te krijgen en vast te leggen. Het werken met een IZP tenslotte kan de patiëntveiligheid bevorderen.

¹ NHG: Nederlands Huisartsen Genootschap; NPCF: Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie

² Raamwerk Individueel Zorgplan. Coördinatieplatform Zorgstandaarden voor chronische ziekten. Maart 2012.

Hoofdstuk 2. Belangrijkste conclusies en aanbevelingen

In beide projectlijnen is gebleken dat bij de ontwikkeling van én het werken met het IZP de proceskant van individuele zorgplanning en de productkant, het maken van afspraken tussen patiënt en zorgverlener, met elkaar in balans moeten zijn. De basis daarvoor is een gedeelde visie van partijen die in hun setting het werken met het IZP willen introduceren. Ons is gebleken dat er in het zorgveld heel verschillende beelden bestonden over IZP. Wij denken dat het project 'Plan van eisen Individueel ZorgPlan' heeft bijgedragen aan een meer gelijkgerichte visie op en beeld van het IZP. De deelname aan het project van NPCF en enkele patiëntenorganisaties was cruciaal.

De belangrijkste bevindingen uit de projectlijn 'Plan van eisen generiek Individueel Zorgplan' worden hieronder samengevat.

1. Het Individueel ZorgPlan omvat zowel het proces van individuele zorgplanning als de afspraken die de patiënt met zijn/haar zorgverleners maakt over de acties die worden ondernomen om bepaalde door de patiënt gestelde doelen te kunnen halen. Deze afspraken zijn op te vatten als het 'product'.
2. Gezamenlijke besluitvorming staat centraal in het proces van individuele zorgplanning.
3. Het generiek IZP is breed beschikbaar zodat patiënt en zorgverlener gericht van door hen relevant geachte onderdelen gebruik kunnen maken.
4. De patiënt heeft zelf toegang tot het IZP en bepaalt welke zorgverleners toegang hebben tot (delen van) het IZP.
5. Het IZP omvat die functionaliteit die het mogelijk maakt alle modules van het zorgverleningsproces te 'vullen'. Voor een toelichting en overzicht van de modules zie pagina 10 en 11.
6. In het primaire proces zijn 5 fasen te herkennen die een dynamische en cyclische toepassing van het IZP ondersteunen.
7. De afspraken die de zorgverlener en de patiënt met elkaar maken vormen de kern van het IZP.
8. Er zijn duidelijke raakvlakken met zelfmanagement: het IZP veronderstelt eenzelfde relatie tussen patiënt en zorgverlener die ondersteuning van zelfmanagement mogelijk maakt. Het IZP is dan ook een hulpmiddel om de zelfregie van de patiënt zo goed mogelijk te ondersteunen.

Aanbevelingen

1. Het verdient aanbeveling bij alle implementatie-activiteiten aandacht te besteden aan zowel de proces- als de productkant.
2. Daarbij dient systematisch aandacht te worden besteed aan de cultuuromslag die nodig is voor een goede toepassing door zorgverleners en inbedding van individuele zorgplanning in hun werkmethoden.
3. Het Plan van eisen dient in een volgende stap te worden doorontwikkeld in een uniform informatiemodel. Op basis daarvan kunnen leveranciers de gewenste functionaliteit in hun systeem inbouwen. Het gebruik van een uniforme, breed gedragen communicatiestandaard is daarbij een voorwaarde.

Hoofdstuk 3. Het project

Het project

In de praktijk bestaan veel modellen individuele zorgplannen die sterk verschillen in vorm en inhoud. Er zijn zorgplannen voor verschillende doelgroepen: mensen met één of meerdere chronische aandoeningen, kwetsbare ouderen (zorgleefplannen) en mensen die in het algemeen aan hun gezondheid willen werken.

Het doel van het project 'Ontwikkeling referentiemodel Individueel Zorgplan' is om meer richting te geven aan de ontwikkelingen en om meer uniformiteit in opzet en uitgangspunten te bevorderen. Het Raamwerk Individueel Zorgplan (IZP) van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden, nu deel uitmakend van het Kwaliteitsinstituut, dient hierbij als basis. Dit project richt zich op het primaire proces³. Benodigde onderdelen voor het secundaire proces zijn - indien relevant- opgenomen in het stappenplan. De stip aan de horizon van dit project is een individueel zorgplan, dat voor iedere patiënt en diens zorgverleners alle gewenste informatie bevat en veilig, digitaal beschikbaar is. Dit maakt dan deel uit van het Persoonlijk GezondheidsDossier

Het project wordt uitgevoerd door een kerngroep in samenwerking met een groot aantal partijen. NHG, NPCF en Vilans vormen de kerngroep. Patiëntenorganisaties (DVN, De Hart&Vaatgroep, Longfonds, NFK), brancheorganisaties (Actiz, LOK), organisaties van paramedici (KNMP, NVD, KNGF, V&VN), ICT leveranciers (Protopics, Labelsoft) en platforms als NICTIZ en Vita Valley/Vital Innovators zijn actief betrokken bij de ontwikkeling van het plan van eisen resp. de ontwikkeling van het referentiemodel.

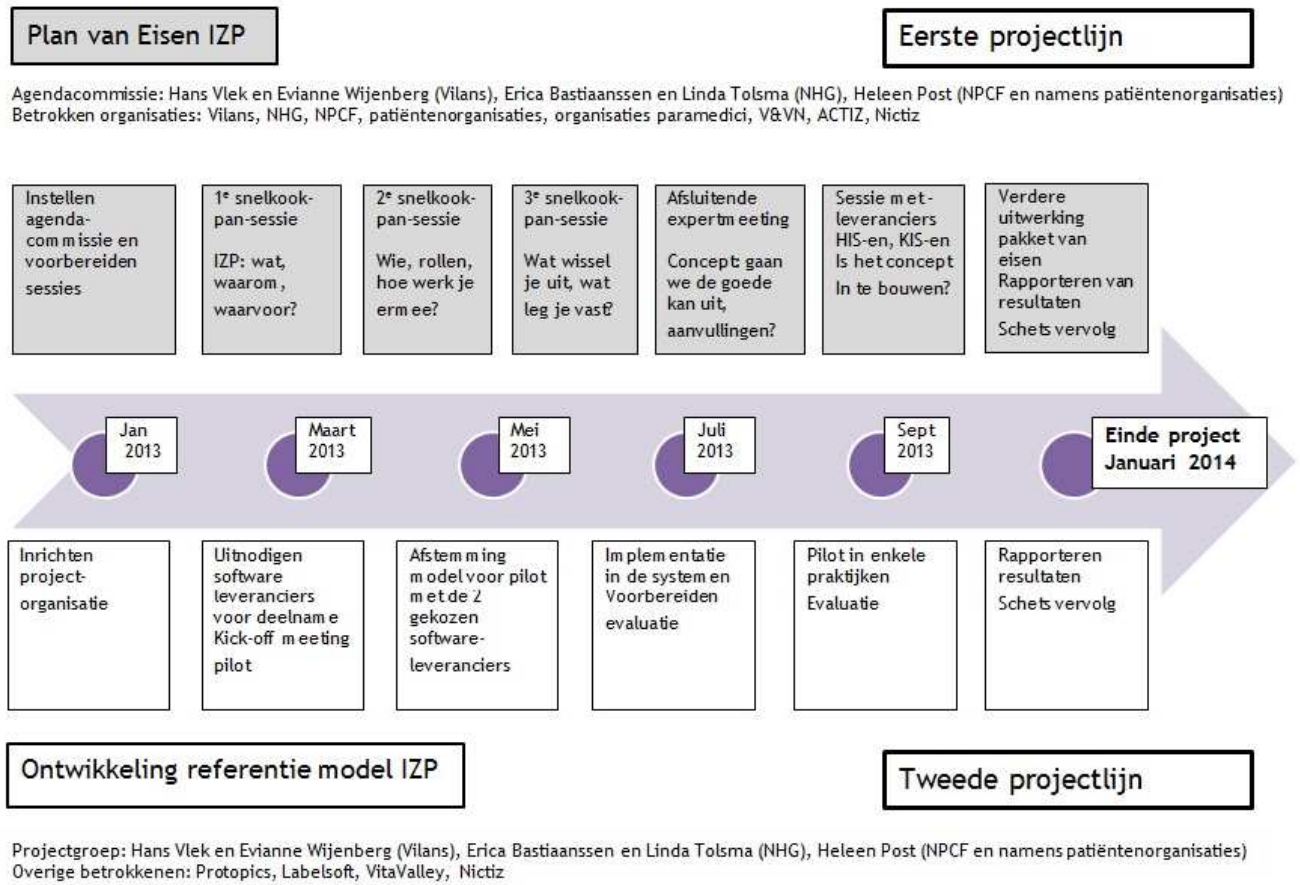
Het project is gestart in januari 2013 en heeft een doorlooptijd van één jaar. Het project heeft twee projectlijnen: 1) Plan van eisen IZP en 2) Ontwikkeling referentiemodel IZP. Deze projectlijnen zijn ter verduidelijking op de volgende pagina in figuur 1 weergegeven.

In de eerste projectlijn heeft de kerngroep samen met patiëntenorganisaties, organisaties van paramedici en brancheorganisaties gewerkt aan de opzet van een Plan van eisen voor een generiek IZP. In een viertal 'snelkookpan'-sessies is dat stapsgewijs tot stand gekomen. Het resultaat hiervan is een Plan van eisen waarin het Raamwerk is vertaald naar een beschrijving van de functionaliteiten van het complete, integrale individueel zorgplan met uniformiteit in opzet en uitgangspunten. Het concept werd ook met ICT-leveranciers besproken om mogelijke implementatiebarrières te verkennen.

In de tweede projectlijn heeft de projectgroep aan een referentiemodel voor het IZP gewerkt. Doel van deze tweede projectlijn is het ontwikkelen van een instrument dat ondersteuning biedt bij 'fase 4' en fase '5' van het generiek IZP. Dit model is uitgetest bij enkele huisartspraktijken. Het resultaat van deze projectlijn is een, aan de praktijk getoetste, beschrijving van een digitaal registratiemodel van de afspraken tussen zorgverlener en patiënt. Dit model kunnen leveranciers van de gebruikelijke bronsystemen vervolgens in hun systeem inbouwen. De resultaten van deze projectlijn worden in een aparte rapportage beschreven. In bijlage 1 van dit rapport wordt de opzet van dit onderdeel kort toegelicht.

³ Primaire proces start volgens de zorgstandaarden bij preventie en vroegdiagnostiek en volgt de patiënt tot in de laatste levensfase (Raamwerk Individueel Zorgplan), zie ook pagina 19.

Figuur 1. De projectlijnen Plan van eisen IZP en Ontwikkeling referentiemodel IZP



Hoofdstuk 4. Het Plan van eisen

4.1 Gehanteerde uitgangspunten

Bij het opstellen van het Plan van eisen (in het vervolg PvE) hebben we een aantal uitgangspunten gehanteerd. Voor een goed begrip van het PvE is het nuttig kennis te nemen hiervan. Deze zijn te onderscheiden van randvoorwaarden waarop later in dit rapport wordt ingegaan.

- Het Raamwerk IZP beschrijft het kader voor dit PvE.
- Het IZP is een hulpmiddel, heeft betrekking op het primaire proces, het is patiënt-georiënteerd. Bij complexe problematiek wordt gestreefd naar één cliëntsysteem – één plan – één case-manager⁴. Het is integraal toepasbaar.
- Shared decision making, of ‘gedeelde besluitvorming’, zien wij als de kern van het proces van individuele zorgplanning zoals ook in het recent verschenen RVZ rapport ‘De participerende patiënt’ is weergegeven.
- Het IZP is bondig, eenvoudig en kort als het kan, complex en uitgebreid als nodig is. De omvang van het zorgplan verandert mee met de omvang en complexiteit van de problematiek en/of de mate van zelfredzaamheid en regelcapaciteit van de patiënt. In bepaalde gevallen heeft het IZP niet alleen betrekking op de patiënt maar ook op diens mantel.
- In dit PvE zijn we van een proces van chronische zorg uitgegaan zoals in Nederland voor enkele chronische aandoeningen op basis van zorgstandaarden wordt geleverd. Bij de beschrijving gaan we uit van een initiële situatie in een proces van chronische zorg. In alle gevallen zal eerst een initieel IZP moeten worden afgesproken alvorens het cyclisch proces van uitvoeren/evalueren/bijstellen ingaat. Die initiële fase wordt gestart door de huisarts en/of praktijkondersteuner of door een medisch specialist.
- Het IZP sluit zoveel mogelijk aan bij praktijk van zorgprofessionals en wordt ondersteund door ICT, zowel ten behoeve van het IZP-proces als ten behoeve van het IZP als product.
- Zowel voor de patiënt als voor de betrokken zorgverleners is het IZP toegankelijk en beschikbaar. Dat is het uitgangspunt. Bij chronische problematiek is er vaak sprake van multidisciplinaire samenwerking om goed afgestemde zorg te kunnen bieden. Het is dan essentieel om de relevante informatie te delen over de doelen en afspraken over de wijze waarop aan die doelen wordt gewerkt. Voor het delen van die informatie zijn tal van systemen en applicaties beschikbaar zoals patiëntportalen van HISen en KISen, ZISen⁵, zorgleefplan van thuiszorgorganisaties etc. De realiteit is dat op dit moment de functionaliteit noch de toegankelijkheid van deze applicaties voor patiënten op het gewenste niveau zijn gerealiseerd. Een IZP zal dan ook voorlopig ook als hard copy moeten worden aangeboden aan patiënten.
- Alleen die informatie die relevant is voor de uitwisseling tussen verschillende betrokken personen (betrokken zorgverleners en de patiënt) wordt in een van de hierboven geschetste

⁴ Casemanagement is een systematische werkwijze die toegepast wordt bij cliënten waar de zorgvraag hier aanleiding toe geeft en waarvan de inhoudelijke en organisatorische complexiteit de reguliere zorgverlening overstijgt en waarbij de regelcapaciteit van de cliënt en zijn systeem gezien de situatie te laag is. Casemanagement coördineert de zorg vanuit de behoefte van de cliënt. Uit: Margje Mahler. Casemanagement, op weg naar passende zorg en ondersteuning dichtbij. Rapport tot stand gekomen op verzoek van VWS. Vilans 22 maart 2013

⁵ KIS: KetenInformatieSysteem, HIS: HuisartsenInformatieSysteem, ZIS: ZiekenhuisInformatieSysteem

applicaties gepresenteerd en gedeeld. Daarmee is de patiënt de facto de enige die op de hoogte is van en toegang heeft tot alle IZP-elementen in de verschillende systemen.

- Voor zorgverleners is belangrijk dat dubbelregistratie wordt voorkomen. Dit is zelfs een voorwaarde om voldoende draagvlak te verwerven bij zorgverleners. Door een goede gegevensuitwisseling tussen de verschillende bronssystemen i.c. de registratiesystemen die door verschillende disciplines gebruikt worden, kan dit gerealiseerd worden.
- Voor patiënten is de presentatie van het IZP in een persoonlijk gezondheidsdossier met uitgebreidere functionaliteit belangrijk. Daarbij wordt gedacht o.m. aan (links naar) informatie, dagboekfunctie, coachfunctie e.d. Voor meer informatie daarover verwijzen wij naar de visie over het persoonlijk gezondheidsdossier van de NPCF⁶ⁱ. Verdere uitwerking valt buiten het bereik van dit project.
- In dit project spreken wij niet van eigenaarschap, maar van rechten en plichten met betrekking tot dossiervorming. Dat onderschrijft de gelijkwaardigheid tussen patiënt en zorgverlener. De auteurs wet en de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) verstrekken hiervoor de juridische basis.

⁶ http://www.npcf.nl/images/PDF/NPCF_visie_Persoonlijk_Gezondheidsdossier.pdf



Dit project wordt mogelijk gemaakt door:

Het Kwaliteitsinstituut

4.2 Waaraan moet een IZP voldoen?

In deze paragraaf worden de eisen beschreven waaraan het IZP idealiter moet voldoen. Dit overzicht is tot stand gekomen op basis van ervaringen met bestaande IZP-en enerzijds en wensen en behoeften van zowel patiënten als zorgverleners anderzijds. De in deze paragraaf beschreven functionaliteiten zullen volledig beschikbaar moeten zijn. De toepassing (van delen) ervan hangt van de specifieke situatie van de patiënt af. In het IZP zouden alleen die elementen die op dat moment relevant zijn, zichtbaar gemaakt moeten kunnen worden. Uitgangspunt is dat in de dagelijkse praktijk met de patiënt een inschatting zal worden gedaan welke van de beschikbare functionaliteiten nuttig en relevant zijn. Het is dus niet de bedoeling dat elke keer dat een IZP wordt opgesteld onderstaand rijtje volledig wordt doorlopen en vastgelegd.

Uit onderstaand overzicht moge blijken dat er een onderscheid kan worden gemaakt tussen een professioneel, bijvoorbeeld medisch, dossier en het IZP. Delen van het medisch dossier kunnen worden opgenomen in het IZP.

De afspraken die de zorgverlener en de patiënt maken over de aanpak vormen de kern van het IZP.

Een generiek IZP omvat onderstaande functionaliteiten.

- Beschrijving van de klachten/vragen en van gezondheidsproblemen
- Beschrijving van motivatie en bereidheid tot gedragsverandering en (zelfmanagement) vaardigheden
- Beschrijving van problemen m.b.t het functioneren en participeren
- Overzicht van risicofactoren/risicoprofiel
- Meet- en streefwaarden
- Bevindingen lichamelijk en ander onderzoek (beeldvormend-, functie-, laboratorium-onderzoek)
- Diagnose(s) en (in de toekomst ook) ICF-classificatie⁷
- Overzicht van voorgeschreven en mogelijk ook afgeleverde medicijnen
- Proces van SDM (gezamenlijke besluitvorming): voor welke opties werd gekozen, eventueel met onderbouwing
- Inventarisatie van problematiek in, bijvoorbeeld, de SFMPC matrix: Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychologisch, Communicatief
- Doelen van de patiënt waarvoor gekozen wordt
- Het prioriteren van behandelopties in relatie tot de doelen van de patiënt
- Afspraken over de aanpak die nodig is om de gestelde doelen te bereiken, te onderscheiden naar wat de zorgverlener doet en wat patiënt zelf doet, welke ondersteuning waarbij nodig is en wie die ondersteuning zal bieden. Dit is de kern van het IZP.
- Vastleggen begeleiding van de patiënt door de 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 informatie en educatie met links naar sociale kaart etc.

Deze elementen zijn in onderscheiden fasen van het zorgverleningsproces op te nemen. Ze worden hier onder in modules geordend.

⁷ ICF International Classification of Functioning, disability and health, zie bijlage 3

4.3 Modules

Het Plan van eisen (PvE) is samengesteld uit een aantal elementen, modules, die samen het generiek IZP vormen. In figuur 2 is een overzicht van de modules weergegeven. Zij hebben zowel betrekking op het proces van individuele zorgplanning als op het resultaat daarvan, namelijk de afspraken die de patiënt en de zorgverlener samen maken.

Fasen

In het zorgverleningsproces worden enkele fasen onderscheiden. Deze fasen zijn vergelijkbaar met de SOEP-fasen die in het Raamwerk worden benoemd. SOEP staat voor: Subjectief Objectief Evaluatie Plan. De SOEP-benaming wordt door ons niet gevolgd omdat die door andere disciplines dan huisartsen en praktijkondersteuners niet herkend wordt. Daarnaast suggereert de SOEP-nomenclatuur dat er sprake is van een zekere vaste sequentie met een bepaalde tijdsvolgorde die ontleend is aan die van het consult in de huisartspraktijk. Het gaat echter om procesonderdelen die niet altijd noodzakelijkerwijs in die vaste sequentie, in één consult met/door één zorgverlener worden doorlopen.

Wie – wat - waar

Daarnaast worden 'wie – wat – waar'-kolommen onderscheiden. In het zorgverleningsproces worden door diverse betrokkenen activiteiten ondernomen die relevant zijn voor het IZP-proces en -product. Het model beschrijft welke activiteiten door wie ondernomen worden en waar dat wordt vastgelegd. Tevens een compilatie van IZP-elementen die worden beschouwd als de informatie die voor betrokken zorgverleners beschikbaar moet zijn wanneer er sprake is van een multidisciplinaire samenwerking. Essentiële voorwaarde voor het kunnen delen van deze informatie is dat de patiënt daar toestemming voor heeft gegeven. En dat de diverse bronssystemen digitaal kunnen communiceren met de omgeving waarin het IZP wordt gepresenteerd. In de huidige setting van chronische zorg in de eerste lijn is dat in veel gevallen een KIS-portaal (Keten Informatie Systeem - portaal). In de toekomst is het persoonlijk gezondheidsdossier mogelijk ook een relevante optie. Een deel van de patiënten echter zal vooralsnog niet kiezen voor een ICT ondersteund systeem maar deze gegevens liever vastgelegd zien in een papieren versie.

Er zijn veel vragenlijsten beschikbaar die ondersteunend kunnen zijn aan zowel de zorgverlener als zorgvrager in elk van de fasen. Op zich is het gebruik van deze lijsten in veel gevallen zinvol. Bij gebrek aan een veldnorm doen wij geen suggesties voor vragenlijsten of instrumenten die in deze fase gebruikt kunnen worden. Wij zijn van oordeel zijn dat alleen gevalideerde instrumenten die door het veld als 'gouden standaard' zijn gekozen concreet kunnen worden opgenomen. De consequentie hiervan is dat de communicatie tussen bron- en doelsysteem vooralsnog voor het merendeel vrije tekstvelden betreft.

Dit PvE is geen statisch verhaal. In de nabije toekomst zullen nieuwe inzichten en ontwikkelingen ongetwijfeld leiden tot noodzakelijke aanpassingen of aanvullingen en verbeteringen.

Figuur 2 Welke eisen stellen we: overzicht IZP- modules

IZP MODULES INITIEEL	WIE	WAT	WAAR	WELKE INFORMATIE DELEN?8
FASE 1 Het verzamelen van relevante informatie die nodig is om tot een goede en volledige analyse van de situatie te komen	<ul style="list-style-type: none"> Huisarts/ specialist POH/PVK/ ANP⁹ Patiënt 	<ul style="list-style-type: none"> Wensen en vragen van de patiënt Exploratie GG domein¹⁰. functioneren en participeren 	<ul style="list-style-type: none"> HIS KIS ZIS 	Ter besluitvorming door zorgverlener en patiënt In KIS (-portaal) of PGD of hard copy
FASE 2 Het verzamelen van onderzoeks-gegevens	<ul style="list-style-type: none"> Huisarts/ specialist POH/PVK/ ANP Patiënt 	<ul style="list-style-type: none"> Ziektegebonden gegevens: klachten, beloop, risico's, resultaten lab. en functieonderzoek, gebruik van medicijnen en effecten daarvan, bevindingen lichamelijk onderzoek 	<ul style="list-style-type: none"> HIS KIS ZIS 	Klachten, beloop, risico's, resultaten lab. en functieonderzoek, gebruik van medicijnen en effecten daarvan In KIS (-portaal) of PGD of hard copy
FASE 3 <ul style="list-style-type: none"> Analyse en diagnosestelling, doelen stellen en SDM¹¹ 	<ul style="list-style-type: none"> Huisarts/ specialist Zorgverlener, Patiënt 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnose, ICPC-classificatie¹² 2. ICF-classificatie¹³, indien voorhanden 3. Het SDM/proces onderscheidt 3 stappen¹⁴: met de patiënt dient te worden besproken <ul style="list-style-type: none"> • dat er een keuzeoptie is, • welke opties voor zijn situatie voorhanden zijn, • het maken van een keuze van een of meerdere opties. Vastleggen: welke optie gekozen met evt. onderbouwing 4. Geïnterviewde problematiek in (bijvoorbeeld) SFMPC matrix 5. Oriëntatie op motivatie, zelfmanagement- en gezondheidsvaardigheden 6. Doelen die de patiënt zich stelt 	<ul style="list-style-type: none"> HIS KIS ZIS patiënt-portaal 	Minimaal <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnose 2. ICF-classificatie (indien voorhanden) 3. Ingevulde SFMPC-matrix of vergelijkbare matrix 4. Analyse ZM-vaardigheden 5. Door patiënt gestelde doelen 6. Voor welke doelen die volgens een van de betrokkenen in aanmerking hadden moeten komen, werd niet gekozen en waarom niet? In KIS (-portaal) of PGD of hard copy
FASE 4 Het maken van concrete afspraken tussen zorgverlener en patiënt (zie ook deelproject 'Ontwikkeling referentiemodel kern-IZP', bijlage 3)	<ul style="list-style-type: none"> Huisarts/ specialist POH/PVK/ ANP Patiënt 	<ul style="list-style-type: none"> Afspraken die beiden met elkaar maken om aan de gekozen doelen te kunnen werken, zie deelprojectplan voor nadere toelichting. Ook het met de patiënt afgestemde actieplan van een multidisciplinair overleg (MDO) valt hieronder 	<ul style="list-style-type: none"> HIS KIS ZIS patiënt-portaal Hard copy 	Afspraken volledig presenteren. In KIS (-portaal), PGD, hard copy
FASE 5 Het cyclisch uitvoeren, monitoren, evalueren en bijstellen van het IZP	<ul style="list-style-type: none"> Alle betrokken zorgverleners die door de patiënt in diens netwerk zijn uitgenodigd én de patiënt of diens mantelzorger 	<ul style="list-style-type: none"> Follow up van gemaakte afspraken en uitvoering daarvan: wat werd door wie uitgevoerd en met welk resultaat? Soms gaat het hierbij om de follow-up van in een MDO (multidisciplinair overleg) gemaakte afspraken. 	<ul style="list-style-type: none"> In het bronstelsysteem van betrokken zorgverleners resp. KIS/ Patiënt-portaal, hard copy 	Volledig presenteren. In KIS (-portaal), PGD, hard copy

Involvelden in informatiesystemen

8 Voorwaarde: Helderere autorisatie- en logging procedure

9 POH: praktijkondersteuner huisarts; PVK: praktijkverpleegkundige; ANP: Advanced Nurse Practitioner

10 GG-domein: Gedrag en Gezondheid, zie ook <http://rvz.net/publicaties/bekijk/brochure-van-zz-naar-gg>

11 SDM: Shared Decision Making, het proces van gezamenlijke besluitvorming

12 ICPC International Classification in Primary Care

13 ICF-classificatie 'International Classification of Functioning, Disability and Health'(ICF). Dit is een referentieclassificatie van de WHO, zie bijlage 5 voor toelichting

14 RVZ rapport de participerende patiënt, juni 2013.

Hoofdstuk 5. Randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie

Voor een goede implementatie en een adequaat gebruik van het IZP dient aan een aantal voorwaarden te zijn voldaan. Deze worden hieronder kort toegelicht.

Het belang van uniformiteit

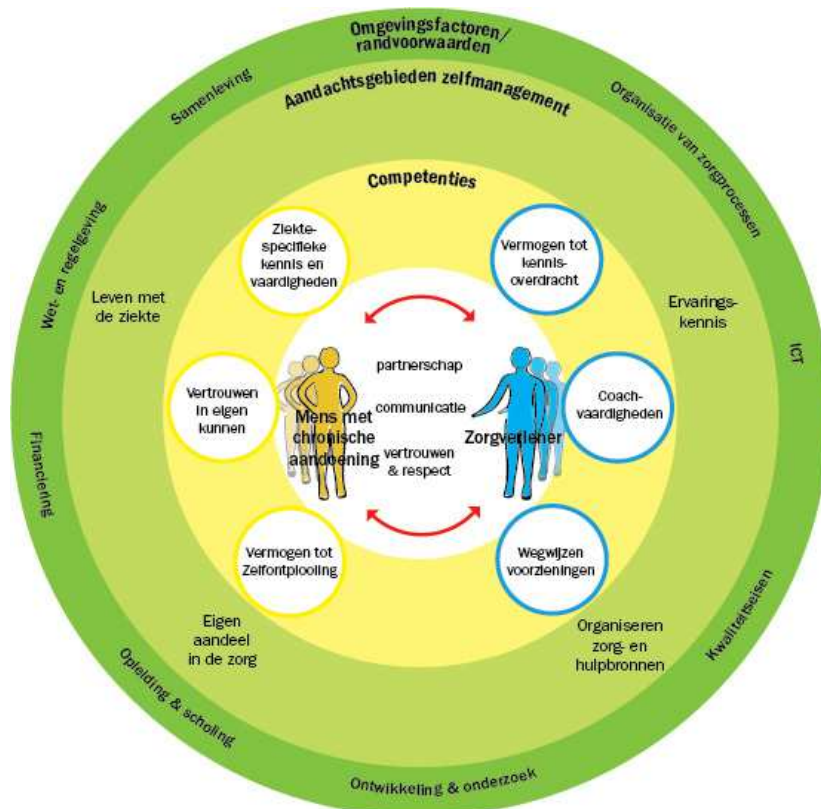
- Voor de patiënt is een uniforme werkwijze m.b.t. individuele zorgplanning belangrijk.
- Voor zorgverleners geeft uniformiteit beter inzicht in het totale proces. Dit draagt bij aan transparantie. Het is ook een voorwaarde voor gegevensuitwisseling bij multidisciplinaire samenwerking. Een eenduidige en uniforme wijze van hanteren van de begrippen is net zo van belang. Het uniform vastleggen van gegevens in bronsystemen en een uniforme uitwisseling tussen systemen is een van de grootste uitdagingen in de zorgketens.
- Nadere afstemming met sectoren als de gehandicaptenzorg en langdurende zorg is van belang om uiteindelijk tot één plan te komen.

Zelfmanagement en IZP

Individuele zorgplanning en zelfmanagement zijn onlosmakelijk aan elkaar verbonden. Het IZP is een belangrijk hulpmiddel bij zelfmanagementondersteuning. In het Generiek Model Zelfmanagement van het CBO (zie figuur 3) kan het IZP gesitueerd worden in de kern van de figuur, namelijk als exponent van het partnerschap van patiënt en zorgverlener.

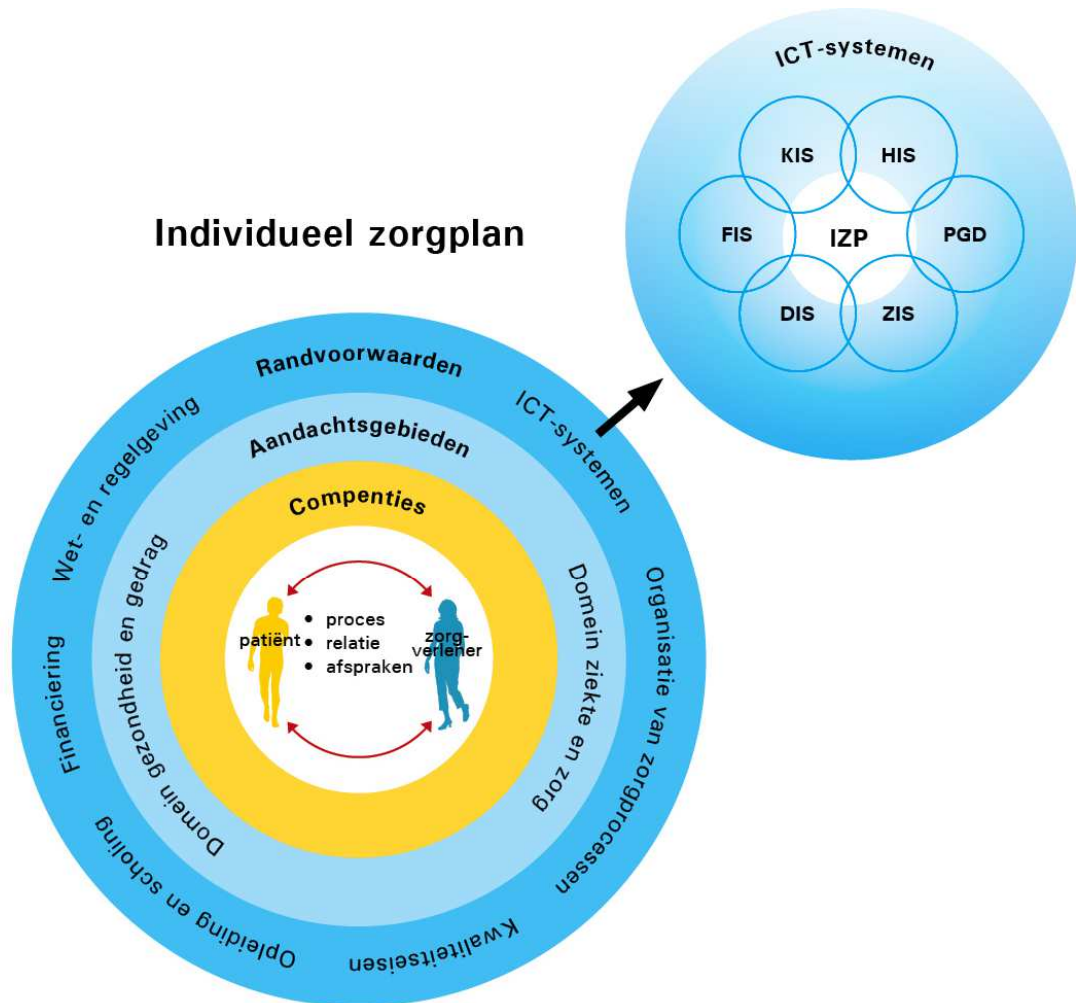
Het Generiek Model Zelfmanagement weerspiegelt goed de kenmerken van en randvoorwaarden voor het IZP. Het generiek IZP is dan ook opgenomen in de generieke module Zelfmanagement die begin 2014 door het CBO in opdracht van het Kwaliteitsinstituut wordt opgeleverd.

Ook bij patiënten die (zeer) beperkt tot zelfmanagement in staat zijn kan het gebruik van het IZP van toegevoegde waarde zijn.



Figuur 3. Het generieke zelfmanagement-model van CBO

Figuur 4 hieronder is ontworpen naar analogie van het generiek zelfmanagement-model. Daar is voor gekozen om de samenhang te benadrukken. Een goed begrip van de samenhang tussen beide figuren ondersteunt o.i. een goede implementatie. De kern in beide figuren heeft betrekking op het proces tussen zorgverlener en de patiënt wat hierboven al werd benadrukt. Tevens op de afspraken die beiden op basis van dat proces maken. De cirkel competenties is identiek weergegeven aan die van het zelfmanagementmodel. In de omschrijving van het plan van eisen hebben we die buiten beschouwing gelaten omdat ze daar geen directe plek in hebben. Niettemin zijn ze een voorwaarde voor goede individuele zorgplanning. Vanuit de cirkel 'Randvoorwaarden' wordt verwezen naar de ICT-systemen en de complexe ICT-infrastructuur die zich in het Nederlandse zorgveld voordoet.



Figuur 4. Het generieke model IZP. Bron: generiek model Zelfmanagement, CBO.

Hierboven werd een goede IT-ondersteuning als uitgangspunt voor individuele zorgplanning genoemd. De connectiviteit tussen de bronssystemen in de nederlandse situatie is echter nog verre van optimaal. Aan het kunnen delen van IZP-informatie op adequaat IT-ondersteund niveau wordt dan ook op dit moment zeker niet voldaan.

Voor patiëntenorganisaties is de ideale toekomstige situatie het best verbeeld door het PersoonlijkGezondheidsDossier (PGD) te situeren waar nu in de figuur 'ICT-systemen', in het wit het IZP is weergegeven. Het IZP maakt dan integraal deel uit van het PGD.

Autorisatie- en loggingprocedures, veiligheids- en juridische aspecten

- De patiënt bepaalt wie tot zijn netwerk (van zorgverleners) behoort, wie toegang heeft tot welke gegevens en wanneer deze uitgewisseld moeten worden. Dit vereist autorisatie- en logging procedures. Vigerende richtlijnen worden hiertoe toegepast. Tot op zekere hoogte is autorisatie gerealiseerd in de huidige KetenInformatieSystemen (KIS) maar die is over het algemeen nog beperkt tot disciplineniveau.
- Een adequate beveiliging van de infrastructuur is een essentiële voorwaarde.
- Juridische basis: de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst en de auteurswet zijn van toepassing.

Gegevensuitwisseling

- Hierboven werd al opgemerkt dat voor een succesvolle implementatie gegevensuitwisseling tussen diverse systemen die in gebruik zijn bij zorgverleners een voorwaarde is. .
- In de optimale infrastructuur voor gegevensuitwisseling is het PGD een volwaardig systeem waarmee bronsystemen van zorgverleners gegevens uitwisselen. Vooralsnog is deze infrastructuur nog niet beschikbaar. Momenteel kan de structuur waarin de KISen momenteel als platform gebruikt worden om informatie te delen als second best oplossing worden gezien. Deze KIS-en hebben bijna alle een patiëntportaal waardoor de patiënt toegang heeft tot (delen van) de KIS-informatie. Een verdere optimalisering vraagt investeringen. Deze investering is tevens nodig om een groter aantal patiënten toegang te bieden tot de beschikbare portaalfuncties dan momenteel het geval is. Dat vereist een eenduidige en breed ondersteunde standaard voor gegevensuitwisseling.

Bijlagen

Bijlage 1. Globale toelichting ontwikkeling referentiemodel 'kern IZP'

In de projectlijn Ontwikkeling referentiemodel IZP (zie pag. 6) is de kern van het IZP uitgewerkt. Dit model werd geïmplementeerd in twee informatiesystemen en uitgetoetst in enkele huisartsenpraktijken. Hiervan wordt in een apart rapport verslag gedaan.

Uitwerking fase 4: Kern IZP

De afspraken tussen de patiënt de zorgverleners vormen de kern van het werken met het IZP. Ze worden vastgelegd in fase 4 van het proces zoals in het Plan van eisen beschreven: het maken van concrete afspraken tussen zorgverlener en patiënt. Eerder in dit rapport zijn de afspraken die zorgverlener en patiënt met elkaar maken omschreven als het IZP-product. Dit referentiemodel is een concrete uitwerking van fase 4. De andere fasen dienen eenzelfde uitwerking te krijgen. Deze was niet realiseerbaar binnen de context waarbinnen ons project moest worden uitgevoerd.

Belang zorgverlener én patiënt

Voor de zorgverlener én de patiënt zijn de vastgelegde afspraken het uitgangspunt van de zorg als geheel, inclusief de zelf- en mantelzorg. De afspraken worden gemaakt uitgaande van de doelen en de wensen van de patiënt. De zorgverlener kan zijn verantwoordelijkheid nemen in het zorgproces, wanneer er concrete afspraken vastliggen, zodat helder is wat zijn rol hierbinnen is. Ditzelfde geldt voor de patiënt. De afspraken vormen het deel van het zorgplan dat geheel gedeeld wordt tussen patiënt en betrokken zorgverleners (tenzij de patiënt om persoonlijke redenen een deel van de afspraken niet ter inzage stelt met alle betrokken zorgverleners).

Afspraken

In de afspraken wordt vastgesteld welke activiteiten ondernomen gaan worden om een doel te bereiken, wie deze activiteit uitvoert, welke zorgverlener zorgt voor het monitoren hiervan (de case manager) en wanneer deze activiteit plaats vindt. Dit geldt ook voor het aandeel dat de patiënt zelf neemt. Door het zo concreet af te spreken, is het duidelijk voor alle betrokkenen wat er aan zorg voor en door deze patiënt gedaan wordt. Wanneer zaken anders verlopen dan afgesproken, wordt dit duidelijk zichtbaar bij de evaluatie en kan het plan worden bijgesteld.

Uitwisseling

Belangrijk is dat de informatie, die vastligt in de afspraken, voor alle betrokken zorgverleners en de patiënt ter beschikking is. Ook dient het IZP tijdens het proces bijgesteld te kunnen worden. De stip op de horizon hierbij is een digitaal IZP, dat centraal beschikbaar is en door alle betrokkenen veilig en gemakkelijk kan worden onderhouden. Dit krijgen we niet van vandaag op morgen voor elkaar. Op dit moment ligt het onderhouden van het IZP in het verlengde van de taken van de huisarts. De huisarts heeft de regierol in de eerste lijn en al jarenlang ervaring met het onderhouden van een elektronisch patiëntendossier. Daarom is als eerste stap in de implementatie een model opgezet als een verlengstuk van de huidige informatiesystemen uit de eerste lijn.

Om de kern van het zorgplan vanuit de verschillende informatiesystemen te kunnen uitwisselen, is een communicatie-standaard nodig waarin is vastgelegd wat er in de afspraken is vastgelegd en welke gegevenselementen hierin zitten. Dit is uitgewerkt in het referentiemodel, dat is uitgetest in een beperkte pilot. Dit model vormt de basis van een berichtenstandaard, op basis waarvan elektronische gegevensuitwisseling plaats vindt.

Model

In het model wordt alleen de kern van het IZP meegenomen: de afspraken tussen patiënt en zorgverleners op basis van de gestelde doelen.

Het omvat de volgende onderdelen:

- betrokkenen: zorgverlener, patiënt, mantelzorger, case manager
- doelen
- afspraken

Pilot

In de pilot is gekeken waar de softwarebouwer tegen aanloopt wanneer het model wordt ingebouwd in het informatiesysteem, waarmee gewerkt wordt in de huisartsenpraktijk. Tevens zijn indrukken verkregen over de inpasbaarheid en uitvoerbaarheid in het dagelijkse werk van huisarts en praktijkondersteuner.

Belangrijkste conclusies

1. Het vastleggen van de doelen en bijbehorende afspraken tussen patiënt en zorgverleners wordt als zinvol ervaren door zowel huisartsen en praktijkondersteuners als patiënten. De omschrijving van de doelen en afspraken is hierbij in eigen bewoordingen vast te leggen. Het model van het IZP, dat in de pilot is uitgetest, biedt hiervoor de mogelijkheid.
2. Het model voor het IZP biedt softwareleveranciers voldoende basis voor de inbouw van een module in een informatiesysteem voor de zorgverlener voor het werken met een IZP in de dagelijkse praktijk van de huisartsenvoorziening.
3. De belangrijkste gemiste functionaliteit is het bieden van duidelijke overzichten en het kunnen aanpassen van het IZP in de loop van de tijd. Deze functionaliteit is wel genoemd in het model, maar zal beter moeten worden uitgewerkt in de softwaremodules door de softwarehuizen.
4. Knelpunt is nog het combineren van de doelen en afspraken vanuit enerzijds de medische zorgverlening (gegeven de aandoeningen van de patiënt) anderzijds het individuele "verhaal" van de patiënt en zijn persoonlijke inkeer van zelfmanagement. In feite betreft dit het proces van gezamenlijke besluitvorming, fase 3 in het plan van eisen.

Bijlage 2. Bij dit project betrokken organisaties

Projectgroep

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
Vilans

Betrokken organisaties

Patiëntenorganisaties:

Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG raad)
De Hart&Vaatgroep
Diabetesvereniging Nederland
Longfonds patiëntenvereniging
Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)
MS Vereniging Nederland
Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties (VSOP)

Paramedici/branche/zorgorganisaties:

Actiz
CAHAG
Careyn
Isala Klinieken
Kenniscentrum Ketenzorg Chronische Ziekten
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
LOK
Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
Platform VG & Vereniging VG netwerken
PoZoB
Respect Zorggroep Scheveningen
Stadsmaatschap Utrecht
Stichting Zorg in Houten (SMZH)
Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN)
V&VN Praktijkverpleegkundigen & Praktijkondersteuners
Zorggroep eerste lijn (ZEL)

Overig:

Achmea
Adviesgroep Terts
College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
Erasmus MC Research: GENERO
NICTIZ
NIVEL
Trimbos Instituut
Vermaat Advies
Vita Valley
Vital Innovators



Dit project wordt mogelijk
gemaakt door:

Het Kwaliteitsinstituut

ICT- Leveranciers

Care2u
CompuGroup Medical Nederland B.V., Euroned
CSC/iSOFT
Fastguide
Medicinfo
OmniHIS BV
Pharma Partners
Portavita
Promedico ICT BV
TeleMC
Topicus/Protopics
Transitieproject
VitalHealth



Dit project wordt mogelijk
gemaakt door:

Het Kwaliteitsinstituut

Bijlage 3. Het ICF model en het primaire proces

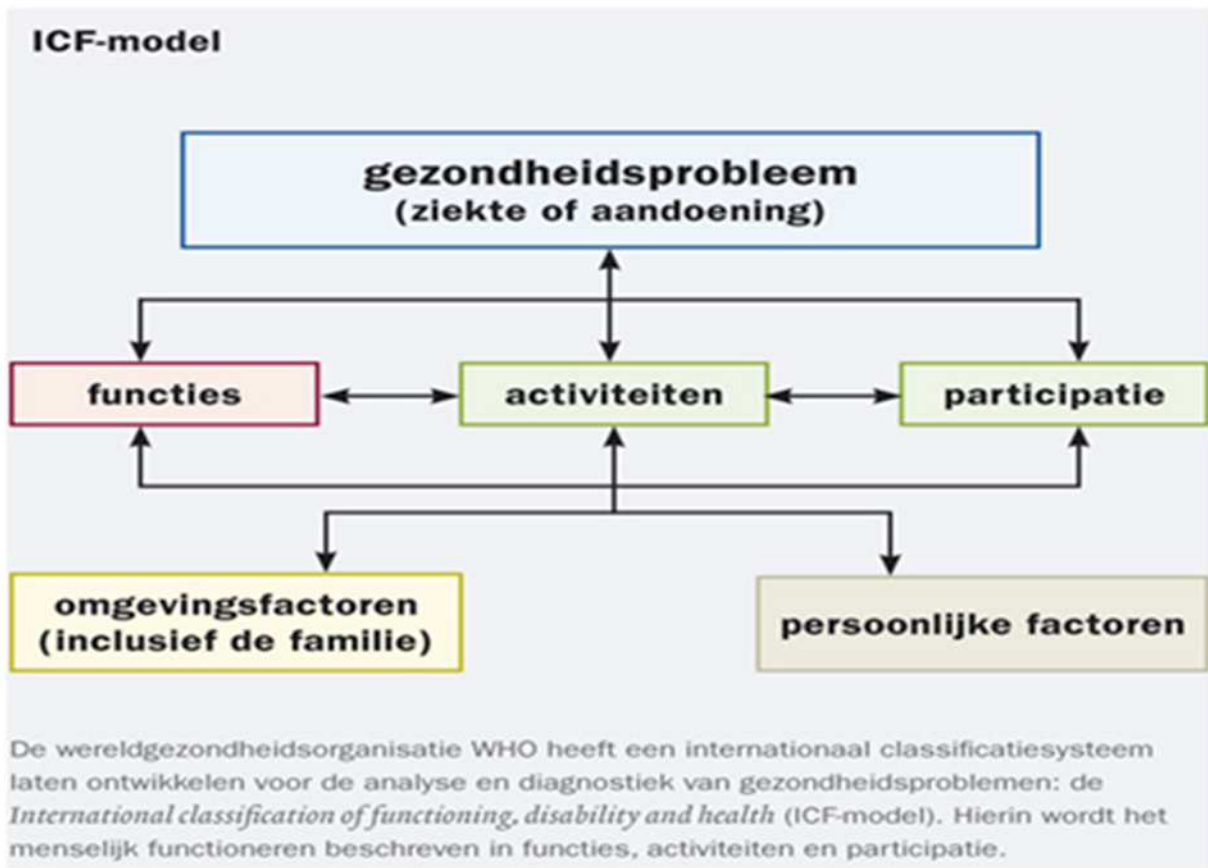
In de moderne persoonsgerichte zorg wordt niet alleen aandacht besteed aan ziektegerichte aspecten maar ook aan aspecten als functioneren en participeren. In feite wordt het 'klassieke' primaire proces dat betrekking heeft op het zg. ZZ-domein (Ziekte en Zorg) verbreed naar het zg GG-domein, dat van Gezondheid en Gedrag, zie figuur 5. Het ZZ-domein wordt geassocieerd met een diagnose classificatie systeem als de ICPC (International Classification of Primary Care) terwijl het GG-domein geassocieerd kan worden in de ICF, de International Classification of Functioning, disability and health.



Figuur 5. Het persoonsgerichte primaire proces. Bron: White paper Persoonsgerichte zorg. Vilans, 2013.

Het ICF-model wordt in de nederlandse gezondheidszorg in enkele sectoren gebruikt, bijvoorbeeld in de fysiotherapie en revalidatiegeneeskunde terwijl het ook in 'WMO-kringen' wordt toegepast.

Ons pleidooi hier is om het ICF-model op te nemen in de werkmethode in de eerstelijns chronische zorg. Dat zal een systematisch werken met alle aspecten van het IZP zeker faciliteren. In figuur 6 is het ICF-model weergegeven.



Figuur 6. ICF-model. Bron. Visser–Meily JMA, c.s. (2009). *Meer dan de patiënt alleen*. Medisch Contact, 19:854-7