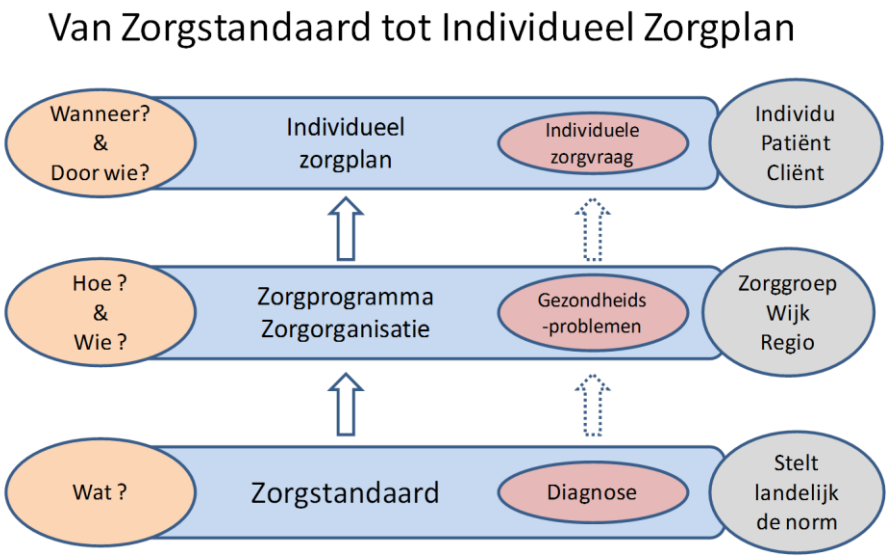
Raamwerk Individueel Zorgplan

Achtergrond

Voor consistentie en continuïteit van de zorg is het van belang dat -ongeacht bij welke zorgverlener(s) de patiënt komt- een Individueel Zorgplan (IZP) gemaakt en gevolgd wordt volgens een vaste structuur. Het IZP vervult een sleutelrol in de kwaliteit van de chronische zorg. Het bevordert de vertaling van algemene normen voor goede zorg -zoals vastgelegd in de zorgstandaarden- naar de individuele doelen, behoeften en situatie van de patiënt.



De zorgstandaard start bij preventie en vroegdiagnostiek en volgt de patiënt tot de laatste levensfase. Doel is het realiseren van multidisciplinaire, samenhangende en op elkaar afgestemde zorg waarbij de patiënt nadrukkelijk betrokken wordt als startpunt van de zorgrelatie en als medeverantwoordelijke voor de zorgresultaten. 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.

Het Individueel Zorgplan ‘groeit’ als het ware met de veranderende gezondheidsproblematiek, behoeften en levensfasen van een patiënt mee. Simpel en beknopt als de problematiek en behoefte van de patiënt eenvoudig is, uitgebreid als deze complex zijn. Bij een patiënt met een te hoge bloeddruk en overgewicht, die naar de inschatting van de zorgverlener uitstekend in staat is om zijn risicofactoren te beperken, volstaat een relatief eenvoudig IZP. Mocht na verloop van tijd bij deze patiënt de gezondheidsproblematiek complexer worden (bv. diabetes is inmiddels gediagnostiseerd en hij wordt getroffen door een hartinfarct), dan zal de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de patiënt uitgebreider zijn, zo ook het IZP. In de laatste levensfase zullen bijkomende cognitieve problemen en verminderde zelfredzaamheid zorgen voor een zeer complexe zorgvraag. Dit zal vérstrekkende gevolgen hebben voor de mate waarin ondersteuning geboden wordt en door wie. Het zwaartepunt van de zorgvraag zal bovendien verschuiven naar functiebehoud en kwaliteit van leven.

Dit raamwerk biedt een structuur voor de totstandkoming van zowel het proces als de inhoud van het IZP. De nadere invulling en toets in de praktijk zal geïnitieerd moeten worden vanuit het veld. De verschillende initiatieven die hieruit ontstaan, zullen gecoördineerd worden door het coördinatieplatform Zorgstandaarden (CPZ). Op deze manier wordt geborgd dat het raamwerk dé leidraad blijft en waar nodig aangevuld wordt met inzichten uit de praktijk.

Uitgangspunten individueel zorgplan

1. Patiënt-georiënteerd

- Ervaren klachten en beperkingen vormen het startpunt en worden aangevuld met informatie over kwaliteit van leven, zelfredzaamheid, gezondheids- en zelfmanagementvaardigheden, risicosignalering en te verwachten problematiek.
- Patiënt participeert maximaal op geleide van eigen wensen en mogelijkheden.
- Perspectief is op de mogelijkheden en niet alleen of voornamelijk op de beperkingen.
- Aansluiten bij leefomgeving patiënt (bv. activiteiten op primaire omgeving, werk en wijkniveau). Zorg wordt a.h.w. om de patiënt heen georganiseerd.

2. Algemene opzet

- Raamwerk maakt het mogelijk om zowel één als meerdere gezondheidsproblemen te vatten in één individueel zorgplan (co- en multimorbiditeit). Raamwerk IZP is onafhankelijk van 'ingangsziekte' of 'ingangszorgverlener'.
- Zorgplan is simpel en kort als het kan, complex en uitgebreid als nodig is. De omvang van het zorgplan verandert mee met de omvang van de problematiek en de zelfredzaamheid van de patiënt.
- Overzichtelijkheid, eenvoud en gebruik van taal afgestemd op de patiënt is essentieel voor het in de praktijk laten slagen van het individueel zorgplan.

3. Sluit aan op gedachtegoed van zorgstandaarden

- Evenals de zorgstandaard is ook het IZP 'levensloopbestendig'.
- Veranderende rollen van zorgvrager en zorgverlener zijn een essentieel uitgangspunt in zorgstandaarden. Het IZP faciliteert de kanteling naar meer coachende zorg.
- De zorgstandaarden zijn de kern van de programmatische aanpak chronische ziekten waarbij aansluiting bij leefomgeving patiënt en wijkgerichte benadering sleutelbegrippen zijn.

4. Sluit zoveel mogelijk aan bij praktijk van zorgprofessionals

- Raamwerk is opgesteld met de SOEP methodiek als uitgangspunt.
- Geen onnodige administratieve belasting.

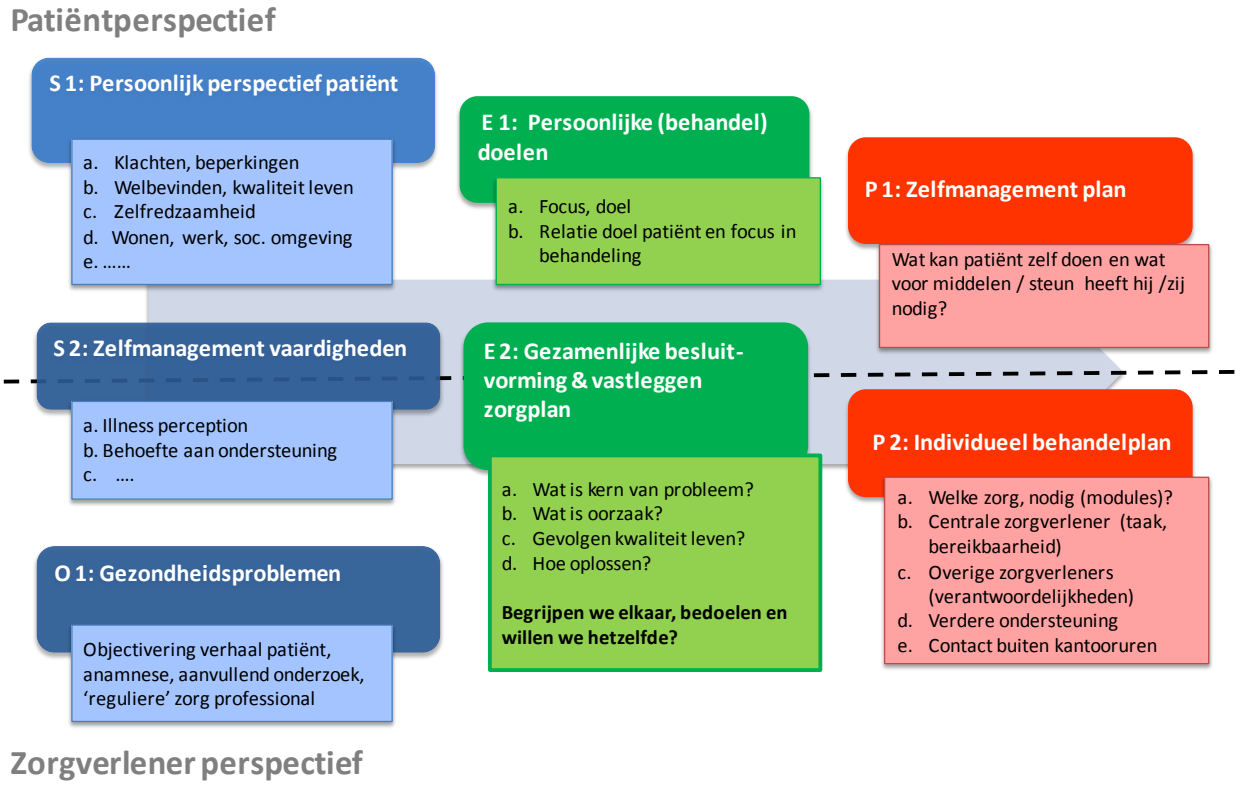
5. Ondersteund door ICT

- Gegevensuitwisseling tussen betrokken zorgverleners en patiënt is van cruciaal belang (o.a. huisarts, verpleegkundige, apotheker, fysiotherapeut, medisch specialist, maatschappelijk werker).
- Aansluiten bij huidige informatiesystemen: Geen additioneel informatiesysteem voor de zorgpraktijken, maar ondersteuning van en in de huidige systemen.
- Het IZP moet zowel op papier als digitaal aangeboden kunnen worden aan patiënt én zorgverlener(s). Enerzijds omdat niet alle patiënten in staat zijn om te gaan met een computer, anderzijds omdat een direct toegankelijke versie op papier een geheugensteun kan vormen voor patiënt en/of (mantel)zorger.

Raamwerk Individueel Zorgplan

Basis voor een goed IZP is om aan de hand van een persoonlijk gesprek samen met de patiënt al zijn zorgbehoeften op basis van het patiëntperspectief goed in beeld te brengen. Kwalitatieve methodes, zoals open interviews, vraaggesprekken zijn goede methodes om dit doel te behalen. (Delen van) vragenlijsten kunnen additioneel gebruikt worden, maar zullen niet in alle gevallen noodzakelijk zijn. Het IZP beoogt een checklist te geven voor de te bespreken onderwerpen. Deze is ingedeeld in hoofdrubrieken: S1, S2, O1, E1, E2, P1 en P2. Waar nodig kan verder ingezoomd worden in de subru-

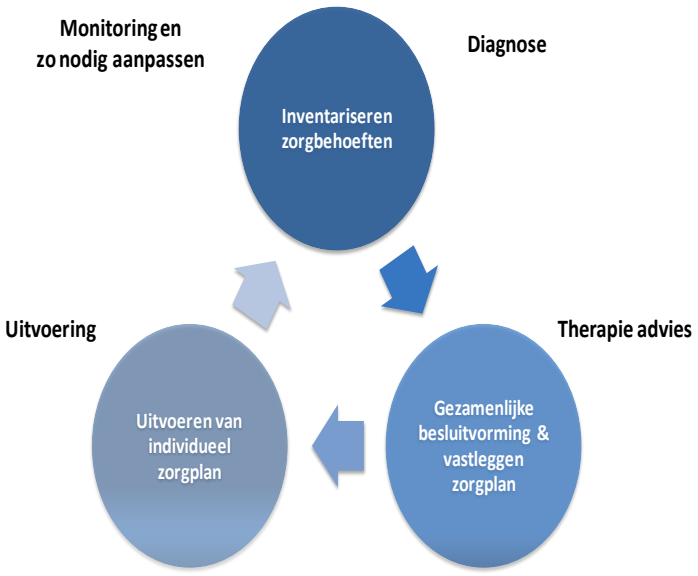
brieken (a, b, c, etc.). Zie onderstaande figuur.



Cyclisch proces

Het opstellen, uitvoeren, monitoren en eventueel aanpassen van een IZP is een cyclisch proces

1. *Diagnose*: de patiënt wordt in kaart gebracht, waarbij niet alleen het medisch/ zorg perspectief maar primair het persoonlijk perspectief van de patiënt als uitgangspunt genomen wordt.
2. *Therapie advies*: Na gezamenlijke besluitvorming over (behandel)doelen en benodigde zorg en ondersteuning wordt een IZP vastgelegd.
3. *Uitvoering*: Vervolgens wordt het IZP uitgevoerd.
4. *Monitoring*: Periodiek moet gezamenlijk worden geëvalueerd of de streefdoelen zijn gehaald en of bijstellen van het zorgplan noodzakelijk of wenselijk is.

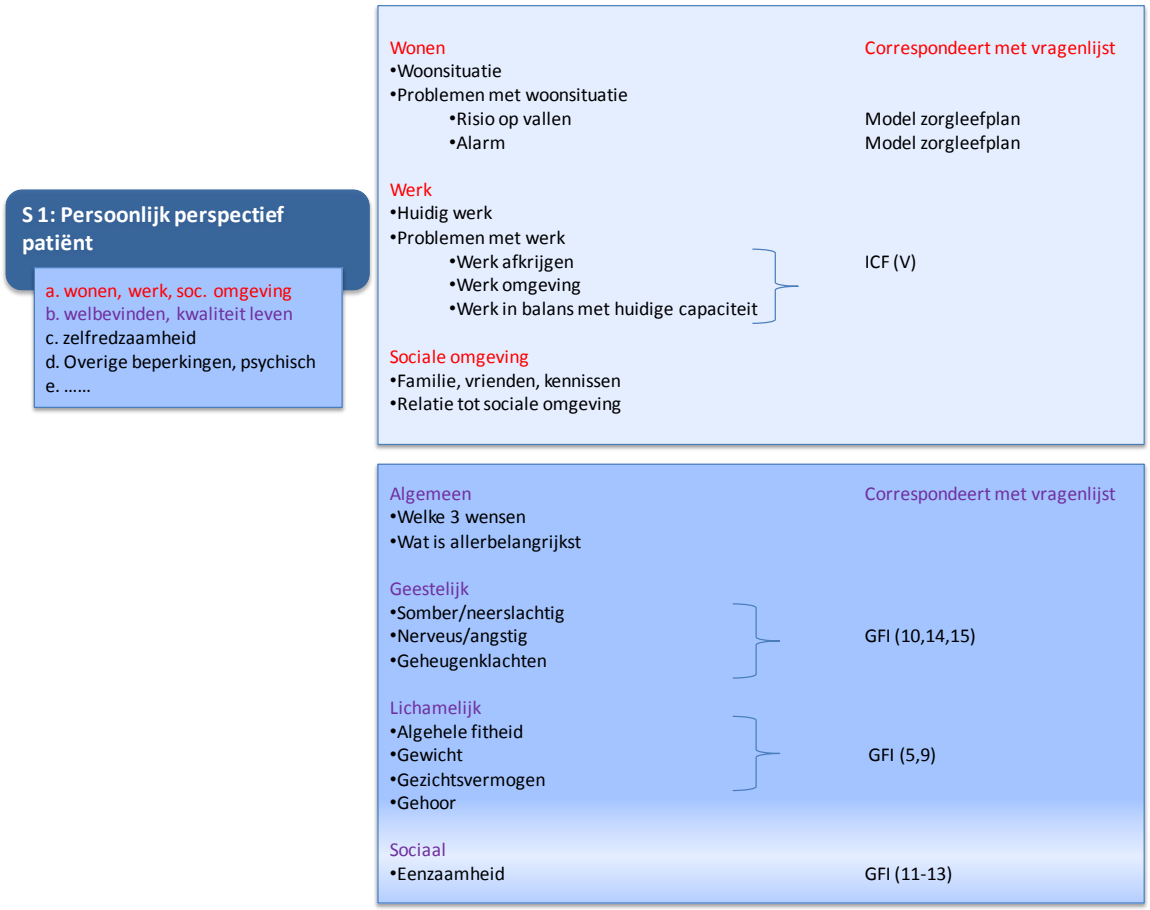


Ad 1. Diagnose: In kaart brengen van de patiënt

Bij het in kaart brengen van de patiënt zijn de volgende aspecten van belang:

- De verwachtingen en wensen van de patiënt; wat vindt hij/zij belangrijk.
- Het sociale systeem van de patiënt.
- De zelfmanagementvaardigheden en motivatie van de patiënt.
- De generieke en ziektespecifieke problemen t.g.v. de ziekte(n) waar de patiënt aan lijdt.

Hierbij kan desgewenst gebruik gemaakt worden van (delen van) gevalideerde en gestandaardiseerde vragenlijsten, zoals in het voorbeeld hieronder.



<u>S: Subjectief: Inventariseren zorgbehoeften van de patiënt</u>

S 1. Persoonlijke situatie en perspectief patiënt
Aansluiten bij de beleving van de patiënt. De klacht van de patiënt verbreden naar onderliggende problematiek en de beperkingen in kaart brengen zonder te duiden. De volgende aspecten kunnen geïnventariseerd worden:

1a. Wonen, werk, sociale omgeving
1b. Welbevinden en kwaliteit van leven: wat vindt patiënt belangrijk in het leven
1c. Zelfredzaamheid: participatie en activiteiten
1d. Ervaren klachten en beperkingen

Zo nodig kan gebruik worden gemaakt van (delen van) vragenlijsten (bijv. SF 12 of 36, de ICF, KATZ 12, de Utrechtse copinglijst of psychiatrische screeningslijsten als de SCL 90). Tevens bestaan ziekte

specifieke vragenlijsten voor sommige aandoeningen, zoals de Ziektelastmeter COPD of QoL-vragenlijsten.

Let op: dit is niet altijd nodig! Voorkomen moet worden dat het opstellen van een IZP een bureaucratische moloch wordt. In veel gevallen volstaat een goed gesprek of een paar simpele vragen, bijvoorbeeld de vraag aan de patiënt om een cijfer te geven voor zijn leven of 3 wensen te doen.

S 2. Zelfmanagementvaardigheden: inventarisatie mogelijkheden t.a.v. zelfmanagement patiënt
Zelfmanagementvaardigheden van de patiënt en de daaruit voortvloeiende ondersteuningsbehoefte dienen in kaart te worden gebracht. Zo nodig kan gebruik gemaakt worden van (delen van) vragenlijsten.
2a. Illness perception (bijv. PIH-NL, ziektespecifieke vragenlijsten diabetes etc)
2b. Behoefte aan zelfmanagement ondersteuning (bijv quick scan patiëntprofielen CBO)

O: Objectief: onderzoek en diagnostiek

O 1. Gezondheidsproblemen: inventarisatie zorgbehoeften vanuit zorgperspectief
Op basis van richtlijnen en standaarden wordt de gezondheidsproblematiek vastgesteld. Dit is diagnosegericht, en wordt gestuurd door zorgverlener. Het grootste gedeelte van de benodigde informatie wordt verzameld tijdens de anamnese, het lichamelijk en aanvullend onderzoek. Gedeeltelijk kan de informatie voor dit onderdeel komen uit de vragenlijst die de patiënt vooraf invult. Dit onderdeel van het Raamwerk IZP sluit aan bij de bestaande zorgverlenerspraktijk van objectivering van gezondheidsklachten.

Ad 2. Therapieadvies: (Behandel)doelen, gezamenlijke besluitvorming en vastleggen IZP

Op basis van de informatie die is verkregen in de voorgaande fasen van het Raamwerk (door patiënt ervaren klachten en de invloed op de kwaliteit van leven, mogelijkheden van de patiënt om zelf bij te dragen aan de verbetering van kwaliteit van leven, de objectief vastgestelde onderliggende oorzaken) bespreken patiënt en zorgverlener samen welke conclusies getrokken kunnen worden voor het vervolg.

E: Evaluatie en gezamenlijke besluitvorming
Het is uitermate belangrijk dat geverifieerd wordt of de patiënt en de zorgverlener dezelfde perceptie hebben over de problematiek en de (zorg)doelen. Doelen kunnen voor de patiënt meer omvatten dan het bereiken van bepaalde meetwaarden, denk bijvoorbeeld aan ‘op vakantie kunnen gaan’, zelf naar de bakker kunnen gaan, hobby’s uit kunnen oefenen.

E 1. Persoonlijke behandeldoelen patiënt
Persoonlijke behandeldoelen afleiden uit de gezondheidsproblemen in relatie tot het persoonlijk perspectief van de patiënt.
1a. Waar ligt voor de komende periode de focus en wat is het doel
1b. Wat is de relatie tussen het doel van de patiënt en de focus in de behandeling

E 2. Gezamenlijke besluitvorming
Op basis van de verkregen informatie bespreken patiënt en zorgverlener welke conclusies getrokken kunnen worden. Dit vormt de basis voor het uitvoerende deel van het individueel zorgplan: het Plan van Aanpak.

Geverifieerd wordt of patiënt en zorgverlener elkaar goed begrijpen, hetzelfde bedoelen en willen:
2a. *Wat is de kern van het probleem?*
2b. Wat is daarvan de oorzaak?
2c. Wat zijn de (negatieve) gevolgen daarvan voor de kwaliteit van leven?
2d. Hoe kunnen we dat oplossen?

Ad 3. Uitvoering van het Individueel Zorgplan

Het individueel zorgplan dient als leidraad voor het zorgproces. Het is een plan van aanpak voor de daaropvolgende periode. Het Plan van Aanpak bevat een duidelijke taak- en verantwoordelijkheids-verdeling tussen patiënt, centrale zorgverlener en overige zorgverleners en heeft zowel ziekte-specifieke als ziekteoverstijgende modules. De doelen en (zorg)activiteiten zijn concreet benoemd, inclusief de tijdsplanning en de verantwoordelijkheden. De uitvoering van het individueel zorgplan zal waarschijnlijk niet beperkt worden tot zorg die door de zorgverzekeraar gefinancierd wordt, maar ook zorg betreffen die onder de WMO valt, zoals welzijnswerk of ondersteuning op wijkniveau.

P: Plan van Aanpak
Het Plan van Aanpak bestaat uit twee met elkaar samenhangende onderdelen, die hieronder toegelicht worden.

P 1. Zelfmanagement plan patiënt
De vraag die in P1 beantwoord wordt is: Wat kan de patiënt zelf doen en wat heeft hij daarvoor aan middelen en ondersteuning nodig? Het antwoord op deze vraag kan deels verkregen worden op basis van de informatie zoals verkregen in onderdeel "S"[1].

P 2. Individueel behandelplan patiënt
Het Individueel behandelplan beschrijft enerzijds de zorg die de patiënt krijgt en door wie deze geleverd wordt. Daarnaast bevat het ook praktische informatie, bijv. over de centrale zorgverlener[2].
.
2a. Welke zorg (in de breedste zin van het woord) heeft een patiënt nodig (generieke en ziektespecifieke modules zorgstandaarden).
2b. Wie is de centrale zorgverlener, wat is de taak en hoe te bereiken.
2c. Wie zijn de overige zorgverleners en waarvoor zij zijn verantwoordelijk.
2d. Wie verzorgt de verdere ondersteuning en waar bestaat die uit.
2e. Met wie kan de patiënt contact opnemen in geval van nood / buiten kantoortijden.

Ad 4. Monitoring

Regelmatig bekijken patiënt en zorgverlener of de afgesproken doelen zijn gehaald en zo nee, wat de patiënt aan (extra) ondersteuning nodig heeft om de doelen wel te behalen. Nieuwe doelen kunnen worden vastgesteld. Daarbij wordt er door de patiënt, zijn eventuele naaste(n) en de zorgverlener(s) voortdurend op gelet dat de patiënt in staat wordt gesteld de beperkingen van ziekten en ouderdom in te passen in het leven en waar mogelijk de regie over zijn leven te behouden.

[1] In opdracht van het CPZ onderzoekt het CBO momenteel hoe zelfmanagement binnen het IZP gestalte kan krijgen.
[2] Voor de omschrijving van de centrale zorgverlener verwijzen we naar het Chronic Care Model en de uitkomsten van de invitational over de centrale zorgverlener d.d. 3 oktober 2011.