



# Algemene inleiding ketenzorg

## Generiek

ZIO

Versie 4.0, 220216

## Inhoud

|        |   |    |
|--------|---|----|
| 1      | Algemene inleiding .....                                    | 3  |
|        | Vragen en/of ondersteuning nodig? .....                     | 4  |
| 2      | De ontwikkeling, opzet en implementatie van ketenzorg ..... | 5  |
| 2.1    | Het ontwikkelingsproces .....                               | 5  |
| 2.2    | Verantwoordelijkheden ZIO en de betrokken partijen .....    | 5  |
| 2.3    | Implementatietraject .....                                  | 5  |
| 2.4    | Evaluatie van de ketenzorgprogramma's .....                 | 5  |
| 3      | Populatie en doelgroep .....                                | 7  |
| 4      | Registratie en declaratie .....                             | 8  |
| 5      | Ketenzorg algemeen .....                                    | 9  |
| 5.1    | Uitvoering taken conform het zorgprotocol .....             | 9  |
| 5.2    | Preventie .....   | 9  |
| 5.3    | Diagnostiek .....   | 10 |
| 5.4    | Checken in- en exclusiecriteria .....                       | 10 |
| 5.5    | Behandeling .....   | 11 |
| 5.6    | Monitoring .....  | 11 |
| 6      | Advies No-show beleid .....                                 | 12 |
| 7      | Zelfmanagement .....  | 15 |
| 8      | Patiëntinformatie .....                                     | 16 |
| 9      | Consultatie .....   | 17 |
| 9.1    | Indicaties voor consultatie .....                           | 17 |
| 9.2    | Werkwijze .....   | 17 |
| 10     | Aandoeningsspecifieke richtlijnen .....                     | 18 |
| 11     | Taakomschrijving en deskundigheidseisen .....               | 20 |
| 11.1   | Algemene taakomschrijving .....                             | 20 |
| 11.2   | Deskundigheidseisen & Coaching .....                        | 20 |
| 11.2.1 | Aanvullende voorwaarden .....                               | 20 |
| 11.2.2 | Coaching .....  | 20 |

## 1 Algemene inleiding

ZIO (Zorg in Ontwikkeling) is een eerstelijns zorgorganisatie in Maastricht en Heuvelland (gemeente Maastricht, Eijsden-Margraten, Valkenburg aan de Geul en Meerssen). ZIO staat voor optimale kwaliteit van zorg en bereikt dit mede door de eerstelijns zorgaanbieders, zoals huisartsen en fysiotherapeuten, in hun praktijk adequaat te ondersteunen. Bij ZIO zijn (gevestigd) huisartsen, verenigd in de vereniging RHZ, fysiotherapeuten, aangesloten bij Stichting Fy'net en diëtisten aangesloten bij het netwerk eerstelijns diëtisten Die'Net. Het beleid van ZIO wordt vormgegeven door het beleid van aangesloten eerstelijns zorgaanbieders. Een onafhankelijke raad van toezicht houdt toezicht op de bedrijfsvoering van ZIO.

In 2008 werd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gekozen voor een programmatische aanpak van chronische ziekten om de kwaliteit van zorg te verbeteren en daarnaast ook de zorgkosten te beperken.<sup>1</sup> Om deze programmatische zorg te organiseren werden landelijke zorgstandaarden opgesteld, waarin werd aangegeven waar kwalitatief goede zorg aan moest voldoen.<sup>2</sup> Het Ministerie van VWS introduceerde de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) als nieuwe bekostigingssystematiek voor deze programmatische aanpak van zorg. Deze financiering maakte het mogelijk om alle afzonderlijke onderdelen van de ketenzorg als één prestatie of product in te kopen. In 2010 werd integrale bekostiging structureel ingevoerd voor de chronische zorg voor mensen met diabetes, vasculair risicomanagement (VRM) en COPD<sup>3</sup>. Een DBC is zowel een instrument dat de zorg voor een (chronische) ziekte in een eerstelijns keten beschrijft als een instrument voor structurele bekostiging van de zorg in de keten. Bij eerstelijns ketenzorg draagt de huisarts de medische eindverantwoordelijkheid voor de zorgverlening van een patiënt. Ketenzorg dekt alle zorg benodigd in het traject van diagnosestelling tot nazorg van de mens met de chronische ziekte waarvoor de ketenzorg van toepassing is.

Vernieuwen en/of veranderen van de zorg voor (chronisch) zieken is een veelomvattende taak. Wagner<sup>4</sup> ontdekte gemeenschappelijke kenmerken bij succesvolle interventies die de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken bevorderden. Deze gemeenschappelijke kenmerken bundelde hij in het Chronic Care Model. De kernelementen van dit model zijn de ondersteuning van het zelfmanagement, het ontwerp van het zorgproces, middelen om besluitvorming te ondersteunen en het gebruik van klinische informatiesystemen.<sup>4</sup> Het Chronic Care Model wordt als uitgangspunt gehanteerd bij de opzet, implementatie en evaluatie van de eerstelijns ketenzorgprogramma's. Ketenzorg wordt gedefinieerd als 'een vorm van zorg die, toegesneden op de behoefte van de patiënt, wordt verleend op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen alle zorgverleners, gedurende het gehele traject van preventie, diagnose, behandeling en (na)zorg'. Er is sprake van een gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden'.<sup>5</sup>

Vanuit ZIO worden sinds 2006 eerstelijns ketenzorgprogramma's ontwikkeld, geïmplementeerd en geëvalueerd. Deze eerstelijns ketenzorgprogramma's worden continue geëvalueerd en aangepast aan de nieuwe (inter)nationale richtlijnen en de ervaringen van de betrokken patiënten en

<sup>1</sup> Klink, D. Programmatische aanpak van chronische ziekten, brief VWS aan Tweede Kamer. 13 juni 2008 [cited 2013, 27 februari]. Available from: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2008/06/16/programmatische-aanpak-van-chronische-ziekten.html>.

<sup>2</sup> De Bakker, prof. dr. Eindrapport van de evaluatiecommissie integrale bekostiging, integrale bekostiging: werk in uitvoering. 2012 [cited 2013, 27 februari]. Available from: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-voor-chronisch-zieken/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/06/26/eindrapport-van-de-evaluatiecommissie-integrale-bekostiging-integrale-bekostiging-van-zorg-werk-in-uitvoering.html>.

<sup>3</sup> JT de Jong-van Til, LC Lemmens, CA Baan, JN Struijs. De organisatie van zorggroepen anno 2011. Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren. RIVM 2012

<sup>4</sup> Wagner, E. H., B. T. Austin, et al. (1996). *Organizing care for patients with chronic illness*. Millbank Q 74(4): p. 511- 514.

<sup>5</sup> Long Alliantie Nederland (LAN). *Zorgstandaard COPD*. Oktober 2010.

zorgverleners bij de ketenzorg. Met ketenzorg wordt beoogd de kwaliteit van zorg voor mensen met de (chronische) aandoeningen, zoals astma en diabetes mellitus type 2 (DM2) in de regio Maastricht-Heuvelland te optimaliseren door het leveren van kwalitatief hoogstaande geïntegreerde eerstelijnszorg tegen beheersbare en bestuurbare kosten. In de regio Maastricht-Heuvelland zijn op 1 januari 2022 in totaal zes eerstelijns ketenzorgprogramma's actief, namelijk astma, DM2, COPD, verhoogd vasculair risico (VVR), hart- en vaatziekten (HVZ) en ouderenzorg.

#### Vragen en/of ondersteuning nodig?

Mocht u vragen en/of opmerkingen hebben over de ketenzorg, dan kunt u contact opnemen met ZIO.

## 2 De ontwikkeling, opzet en implementatie van ketenzorg

### 2.1 Het ontwikkelingsproces

Bij de ontwikkeling van ketenzorg wordt gestart met het opstellen van een zorgstandaard. Een zorgstandaard (ofwel het theoretisch kader) beschrijft uit welke zorgonderdelen kwalitatief goede eerstelijns zorg dient te bestaan en is gebaseerd op nationale en internationale richtlijnen. Een zorgstandaard wordt ontwikkeld door een regionale multidisciplinaire werkgroep waarin van alle bij het ziektebeeld betrokken zorgverleners één of twee afgevaardigden zijn betrokken. De zorgstandaard wordt door de multidisciplinaire werkgroep vervolgens vertaald in een zorgprofiel. Een zorgprofiel beschrijft per zorgonderdeel 1) welke zorgverleners betrokken zijn; 2) wat de tijdsbesteding is per zorgverlener; 3) de frequentie waarin het zorgonderdeel vóórkomt; 4) voor wie (welk percentage van de patiënten) het zorgonderdeel relevant is. Voor de ontwikkeling van zorgprofielen maakt de multidisciplinaire werkgroep hoofdzakelijk gebruik van de eigen inhoudelijke expertise. De zorgprofielen worden door ZIO vertaald in een kostprijsberekening. Daarnaast worden door de multidisciplinaire werkgroep ook verwijscriteria, streefwaarden en kwaliteitsindicatoren benoemd. De opdracht van deze werkgroep is naast het ontwikkelen van de ketenzorg ook het implementeren, monitoren en evalueren van de inhoud van ketenzorg. Samen vormen alle onderdelen het zorgprotocol, dat de ketenzorg vertegenwoordigt. Het zorgprotocol heeft een levensduur van drie jaar en wordt gedurende het traject geëvalueerd.

### 2.2 Verantwoordelijkheden ZIO en de betrokken partijen

ZIO is de hoofdcontractant voor de regio Maastricht-Heuvelland en is verantwoordelijk voor de afsluiting van een ketenzorg contract met de zorgverzekeraars. Daarnaast is ZIO eindverantwoordelijk voor de te leveren prestatie en het bijbehorende budget, en sluit ZIO contracten over prijs, kwaliteit en volume van zorg af met onderaannemers, zoals individuele huisartsen. Als hoofdcontractant biedt ZIO iedere gekwalificeerde zorgverleners een deelcontract aan. ZIO is ook eindverantwoordelijk voor de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van de ketenzorg. Hierbij moet worden opgemerkt dat de zorginhoudelijke aspecten van de diverse ketenzorgprogramma's een gezamenlijke verantwoordelijkheid kennen van de multidisciplinaire werkgroep ketenzorg en ZIO. De opdracht om eerstelijns ketenzorg voor de diverse zorgprogramma's te ontwikkelen heeft ZIO bij de verschillende inhoudelijke multidisciplinaire werkgroepen ketenzorg neergelegd.

### 2.3 Implementatietraject

Veranderingen in de zorg gaan veelal langzaam en een veranderingsproces kost tijd<sup>6</sup>. Het is daarom van belang dat de praktijkvoering in de huisartsenpraktijk optimaal wordt ondersteund. Dit vereist een gedegen implementatietraject met aandacht voor onder andere communicatie, protocollen, ICT en een scholingsaanbod.<sup>7</sup>

Bij de start van een ketenzorgprogramma vindt zowel een inhoudelijke scholing als een informatiebijeenkomst (kick-off) over de opzet en uitvoering van de ketenzorg plaats. Bij de kick-off bijeenkomst worden alle betrokken zorgverleners bij de zorgprogramma's uitgenodigd en staat het zorgprotocol, de registratie van zorg en de implementatie centraal.

### 2.4 Evaluatie van de ketenzorgprogramma's

Na de start van een ketenzorgprogramma staat het continue evalueren van de ketenzorg centraal. Gedurende het contractjaar vinden daarom verschillende activiteiten plaats om de ketenzorg te evalueren en te optimaliseren.

---

<sup>6</sup> Grol, R., M. Wensing, et al. (2005). *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Clinical Practice*. London, Elsevier.

<sup>7</sup> Frederix, M.G.W.E., et al. (2008). Meer dan een pufje. Zuid-Limburg ontwikkelt eerstelijns keten DBC COPD. *Medisch Contact*, 12(7): 297-299.

Ten eerste komen de verschillende multidisciplinaire werkgroepen ketenzorg minimaal jaarlijks bijeen om het desbetreffende ketenzorgprogramma te evalueren, monitoren en zo nodig aan te passen aan de nieuwste (inter)nationale (wetenschappelijke) inzichten.

Ten tweede is regelmatige afstemming met patiënten en inzicht in de ervaringen, verwachtingen en tevredenheid van patiënten van groot belang. Om dit in kaart te brengen wordt op verschillende manieren patiëntervaringen in beeld gebracht.

Tenslotte wordt de kwaliteit van zorg gemonitord via kwaliteitsindicatoren geregistreerd in het KIS (Keten Informatiesysteem) MediX. De geleverde zorg, zowel de consulten als informatie over de gezondheidstoestand van de patiënt, wordt door de zorgverleners geregistreerd in MediX. Voor ieder zorgprogramma zijn kwaliteitsindicatoren opgesteld. Om zowel de kwaliteit als de registratie van de zorgverlening te kunnen evalueren worden deze indicatoren geanalyseerd om na te gaan of de doelstellingen zijn behaald en of er mogelijkheden zijn voor verbetering. Deze gegevens worden ook gebruikt voor de jaarrapportages, regiobrede benchmark, interne audits ketenzorg en overige spiegelrapportages op praktijkniveau. In de ketenspecifieke protocollen worden de kwaliteitsindicatoren van het betreffende ketenzorgprogramma beschreven. Kwaliteitsindicatoren bestaan zowel uit uitkomst- als procesindicatoren. De gegevens worden jaarlijks (en zo nodig vaker) geanalyseerd aan de hand van de kwaliteitsindicatoren. De kwaliteitsindicatoren voor de ketenzorgprogramma's zijn opgesteld op basis van de landelijke kwaliteitsindicatoren.

### 3 Populatie en doelgroep

De regio Maastricht-Heuvelland heeft ongeveer 170.000 inwoners. De regio kenmerkt zich door een lage sociaaleconomische status (SES) en een hoog zorggebruik. Ook op het gebied van geneesmiddelen gebruik scoort deze regio hoog ([www.volksgezondheidszorg.info](http://www.volksgezondheidszorg.info)). Bovendien is er sprake van een bevolkingsafname in de afgelopen jaren. De verwachting is dat in het zuiden van Limburg het inwonersaantal de komende jaren verder zal afnemen. Deze afname is onder andere het gevolg van de vergrijzing van de bevolking. De gezondheid van de inwoners van Zuid-Limburg is jarenlang negatief beïnvloed door het mijnverleden en de aanwezigheid van industrie. Ondanks het feit dat de gezondheid van de Limburgers momenteel sterk is verbeterd ten opzichte van vroeger, blijft de gezondheid achter bij de gezondheid van de Nederlandse bevolking. De (gezonde) levensverwachting ligt in Limburg nog altijd lager dan het landelijke gemiddelde. Voor de Limburgse bevolking vormen diabetes en obesitas een serieuze bedreiging. Vooral het aantal mensen met obesitas is de afgelopen jaren sterk gegroeid. In totaal heeft 35% van de bevolking in Zuid Limburg obesitas. Het aantal rokende mensen in de regio ligt op 32% van de bevolking dit tegenover 27% van de Nederlandse bevolking.

In de regio Maastricht-Heuvelland werken ruim 80 gevestigde en ruim 60 praktijkondersteuners bij de 23 huisartspraktijken. In de regio is één academisch ziekenhuis aanwezig en zijn verschillende eerste- en tweedelijns gezondheidszorgorganisaties en individuele zorgverleners actief. De regio kenmerkt zich door een lange traditie van transmurale samenwerking die al gestart is sinds eind jaren zeventig.

## 4 Registratie en declaratie

De zorgverlening binnen de ketenzorg wordt door ZIO, op basis van de registratie in MediX, aan de huisartsenpraktijk uitbetaald. MediX presenteert overzichten van de uitbetalingen in het gebruikersdashboard. Op de [website van ZIO](#) is de declaratiewijzer voor het desbetreffende kalenderjaar te vinden.



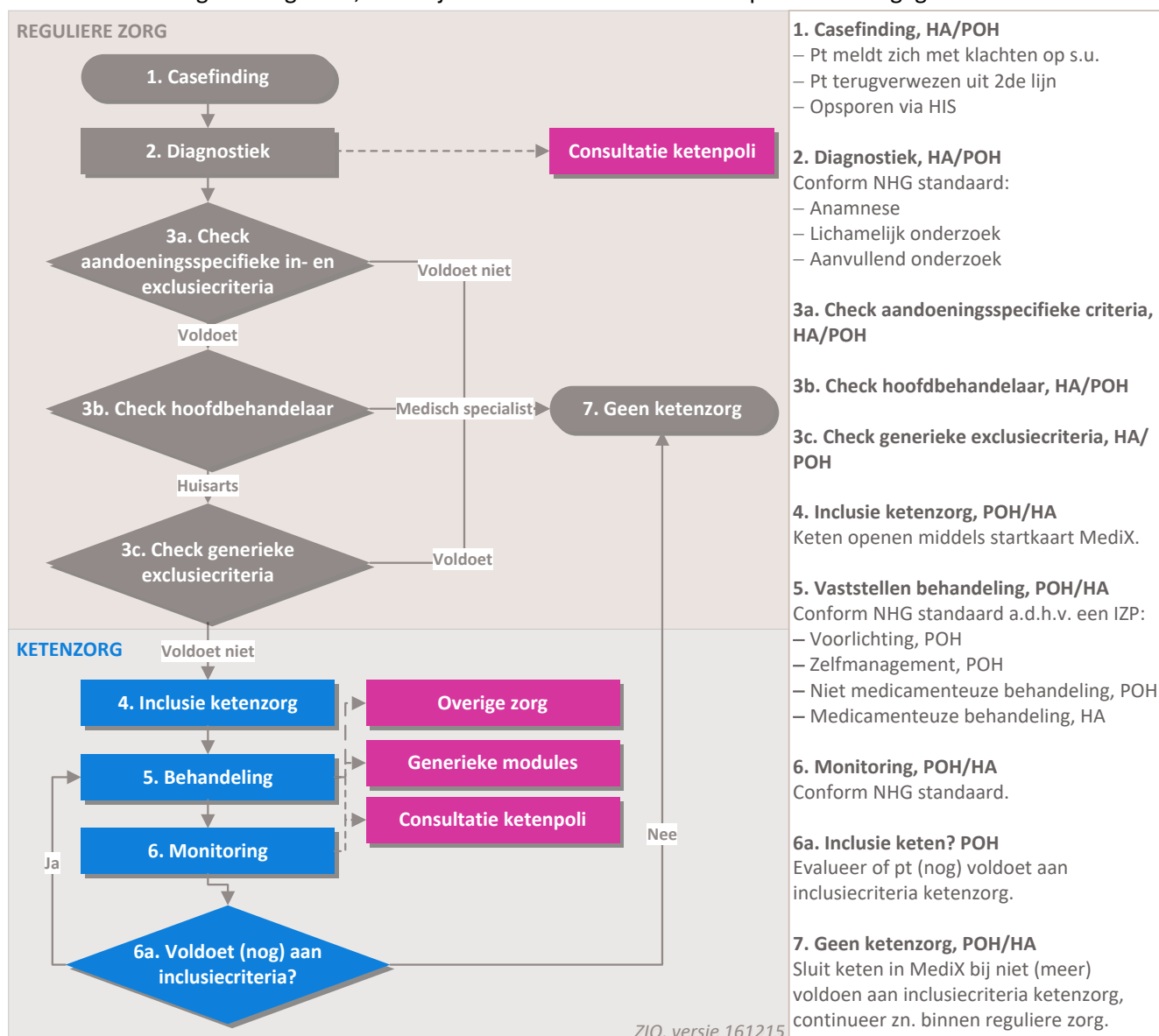
## 5 Ketenzorg algemeen

De ketenzorg wordt in dit hoofdstuk beschreven aan de hand van de verschillende onderdelen van het zorgcontinuüm, te weten preventie, diagnostiek, inclusie, behandeling en monitoring.

### 5.1 Uitvoering taken conform het zorgprotocol

De zorgverleners handelen binnen de ketenzorgprogramma's conform de voor de beroepsgroep geldende standaarden en richtlijnen en wijken daarvan af indien het belang van de patiënt daartoe aanleiding geeft. Het zorgprotocol beschrijft de basiszorg en laat ruimte over voor bijsturing bij complicaties en extra benodigde zorg.

Onderstaand **figuur** presenteert de stappen die worden doorlopen binnen ketenzorg. Deze stappen worden rechts in figuur toegelicht, waarbij ook de uitvoerder van de stap wordt weergegeven.



Figuur 1 Algemeen stappenplan ketenzorg.

### 5.2 Preventie

Ketenzorg beperkt zich tot individuele zorgverlening dus tot individu-gerichte preventie namelijk de geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Geïndiceerde preventie richt zich op casefinding ofwel het gericht opsporen van patiënten met een verhoogd risico op een chronische aandoening, zoals rokers of mensen met overgewicht.

### 5.3 Diagnostiek

Diagnostiek van de chronische aandoening wordt conform de huidige standaarden en richtlijnen in kaart gebracht. Voor het stellen van de diagnose wordt anamnese, lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek zoals longfunctieonderzoek, laboratorium of ECG uitgevoerd. Mochten huisarts en praktijkondersteuner diagnostische problemen ondervinden dan kan de specialist worden geconsulteerd (zie voor meer informatie de [ketenspecifieke zorgprotocollen](#)).

### 5.4 Checken in- en exclusiecriteria

Het is cruciaal dat de betrokken zorgverleners zowel de ziekte specifieke als de generieke in- en exclusiecriteria volledig en zorgvuldig hanteren wanneer de start van een ketenzorgprogramma wordt overwogen. (zie **figuur 2**). Deze criteria zijn als volgt:

A. De aandoeningsspecifieke in- en exclusiecriteria: zie voor nadere toelichting de [ziektespecifieke protocollen](#).

B. Hoofdbehandelaar:

| Wanneer komt en blijft een patiënt in de keten (HIS label 'hoofdbehandelaar huisarts')?   | Wanneer wordt de keten beëindigd (HIS label 'hoofdbehandelaar specialist')?   |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. De huisarts hoofdbehandelaar is</li> <li>2. Bij medisch specialistische consultatie als onderdeel van het zorgprogramma</li> <li>3. Bij een verwachte <b>kortdurende</b> (max. 1 jaar) medische specialistische interventie, kan de pt in MediX op de 'parkeer' stand worden gezet, zodat deze goed in beeld blijft voor de huisartsenpraktijk maar waarbij de financiële zaken rondom de ketenzorg wel stopgezet zijn</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Als een medisch specialist na verwijzing de behandeling overneemt, wordt deelname aan het zorgprogramma beëindigd.</li> </ol> |

C. Generieke exclusiecriteria:

| Generieke exclusiecriteria           | Toelichting   |
|--------------------------------------|---|
| <b>Op verzoek van de patiënt</b>     | <p><b>Persoonlijke omstandigheden</b><br/>                     Persoonlijke omstandigheden kunnen er toe leiden dat deelname aan het ketenzorgprogramma niet langer opportuun is; bv. in geval van een beperkte levensverwachting of ernstige vormen van comorbiditeit waarbij de verwachting bestaat dat deelname aan het zorgprogramma geen toegevoegde waarde heeft en palliatieve zorg, respectievelijk casemanagement meer is aangewezen). De zorgverlener en de patiënt kunnen beiden het initiatief nemen om de persoonlijke omstandigheden te bespreken.</p> <p><b>Onvoldoende meerwaarde</b><br/>                     Als patiënten aangeven onvoldoende meerwaarde te ervaren van deelname aan het ketenzorgprogramma, kan de programmatische zorg worden beëindigd. Bij het vermoeden van onvoldoende meerwaarde zal ook de zorgverlener het initiatief nemen dit met de patiënt te bespreken.</p> |
| <b>Op initiatief van de huisarts</b> | <p><b>Stabiel met lage ziektelast/ afname medische noodzaak</b><br/>                     Langdurige stabilisering van de gezondheidssituatie van de patiënt met een afgenomen ziektelast kan reden zijn het zorgprogramma te beëindigen (bijv. een al vele jaren niet meer rokende COPD patiënt met een stabiele longfunctie en lage ziektelast, of een patiënt op hoge leeftijd met stabiele bloedglucosewaarden bij wie de programmatische diabeteszorg geen bijdrage levert aan diens kwaliteit van leven). De zorgverlener en de patiënt kunnen beiden het initiatief nemen om het ontbreken van meerwaarde van de programmatische zorg als gevolg van de langdurige stabilisatie van de gezondheidssituatie te bespreken.</p>  |
| <b>No show</b>                       | Patiënten die herhaald niet verschijnen op de afgesproken controles (no show) worden benaderd om te bespreken of zij nog gebruik willen blijven maken van het zorgprogramma. De zorgverlener neemt hiertoe het initiatief. Volg hierbij het advies  |

|   |
|---|
| en stroomschema No-Show in <a href="#">hoofdstuk 6</a> . Op de <a href="#">ZIO website</a> staan voorbeeldbrieven gepubliceerd. |
|---|

Uitgangspunt van de in- en exclusiecriteria zijn de inhoudelijke overwegingen van zorgverleners die bepalen of een patiënt in ketenzorg wordt opgenomen. Aan het besluit om een keten wel/niet te starten en/of te sluiten ligt een gezamenlijk besluit van de patiënt en zorgverlener ten grondslag. Voor inclusie in een ketenzorgprogramma wordt de patiënt over de zorgverlening binnen het zorgprogramma geïnformeerd en de bereidheid en motivatie voor deelname van de patiënt aan de keten getoetst.

## 5.5 Behandeling

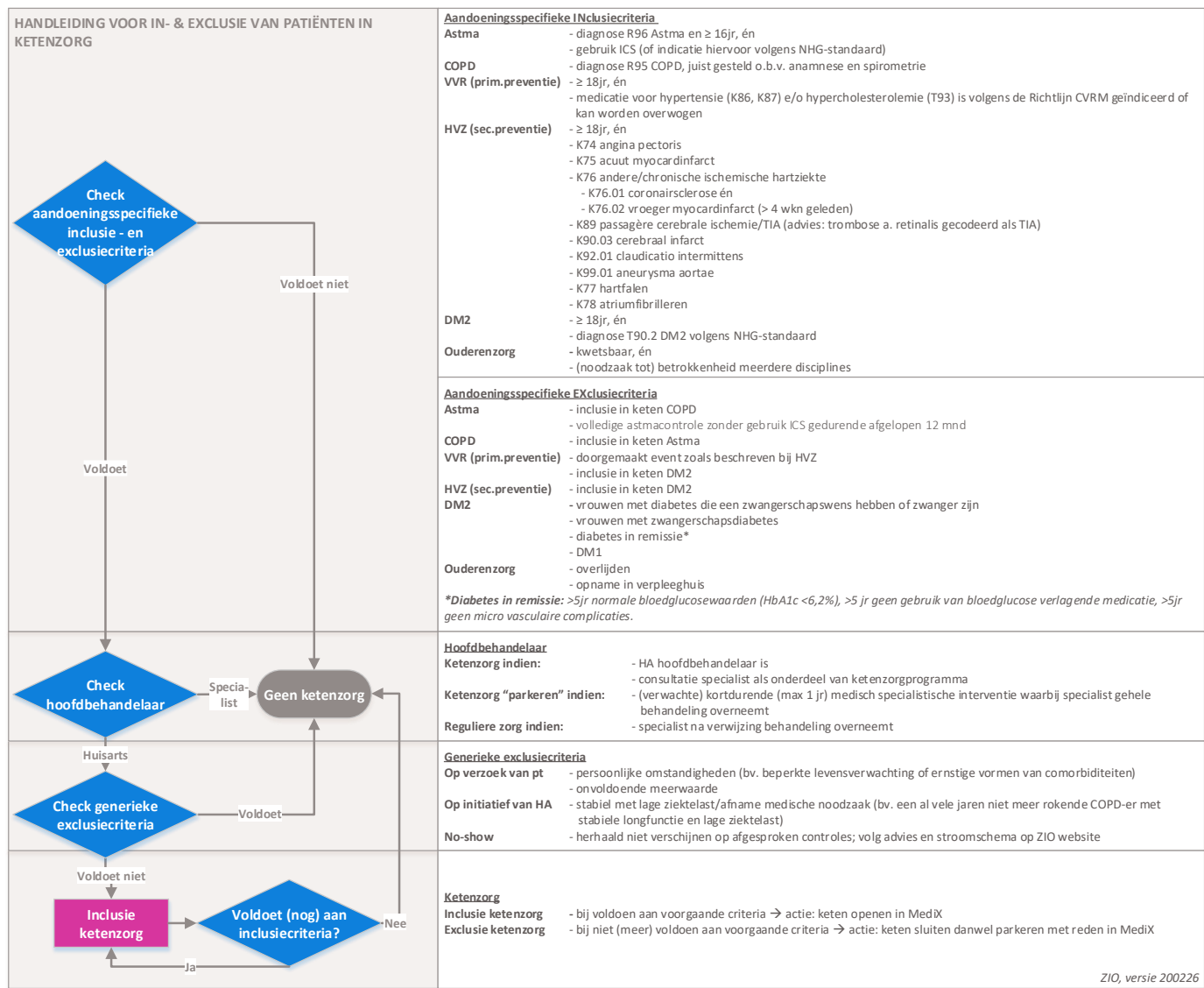
Nadat de diagnose is gesteld en is besloten dat behandeling binnen de ketenzorg geïndiceerd is op basis van de aandoeningsspecifieke en generieke inclusiecriteria, wordt de behandeling binnen de ketenzorg gestart. Het doel van de behandeling is het verbeteren van de kwaliteit van leven en het afnemen van klachten en beperkingen van de aandoening. De behandeling bestaat uit voorlichting, zelfmanagement en niet-medicamenteuze behandeling zoals voeding, stoppen met roken of bewegen en eventueel medicamenteuze aanpak. Welke onderdelen binnen de behandeling aan bod komen is afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt. Indien de doelen van de behandeling niet bereikt worden of andere vragen over de situatie van de patiënt aanwezig zijn, kan de specialist of gespecialiseerde verpleegkundige binnen de ketenzorg worden geconsulteerd.

## 5.6 Monitoring

Voor een goede behandeling is een regelmatige follow-up van belang. Hierdoor kunnen veranderingen in de gezondheidstoestand tijdig gesignaleerd worden en kan de zorg op de veranderde zorgvraag worden aangepast. De frequentie van de monitoring kan van patiënt tot patiënt en van moment tot moment verschillen. De minimale controlefrequentie is voor ketenzorgpatiënten éénmaal per jaar. Adviezen over de frequentie van controles worden per keten gepresenteerd in [ketenspecifieke protocollen](#). De wijze en de frequentie van monitoring wordt met de patiënt besproken en vastgelegd in het individueel zorgbehandelplan. Ieder consult zullen de doelen worden besproken, wordt gekeken of ze bereikt zijn en waarom wel of niet. Zo nodig worden de doelen bijgesteld. Iedere patiënt wordt, binnen de ketenzorg, minimaal één keer per jaar in de huisartsenpraktijk gecontroleerd (m.u.v. de stabiele VVR patiënt (module 1, basiszorg)). Onderdeel van de jaarcontrole is tevens het beoordelen of de behandeling binnen de ketenzorg nog geïndiceerd is op basis van de aandoeningsspecifieke en generieke inclusiecriteria.

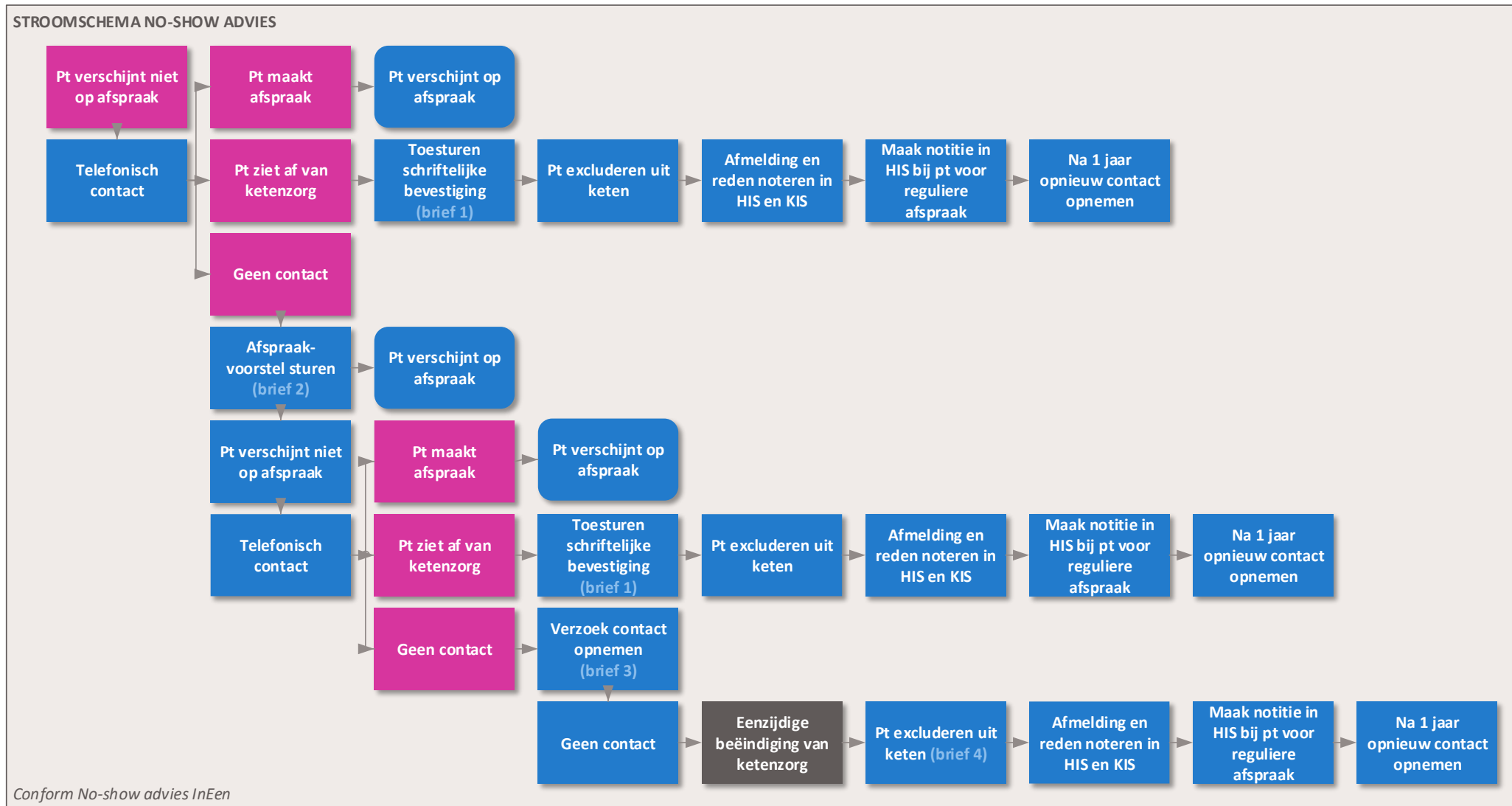
## 6 Advies No-show beleid

Als een patiënt herhaaldelijk niet verschijnt bij controleafspraken en niet reageert op uitnodigingen voor controleafspraken kan een huisarts de afweging maken om deelname aan het ketenzorgprogramma eenzijdig te beëindigen. De benodigde stappen om tot een zorgvuldige afweging te komen kunnen per situatie verschillen en worden beschreven in **figuur 3** op pagina 13. De inschatting van de huisarts speelt hierbij een cruciale rol. Een dergelijke afweging is niet alleen afhankelijk van het missen van controleafspraken, maar ook gebaseerd op de kennis van een huisarts over de persoonlijke omstandigheden van de patiënt en zijn/haar omgeving. Een besluit over het beëindigen van deelname aan een ketenzorgprogramma is omgeven met zorgvuldigheidseisen gericht op het nakomen van de zorgplicht van een huisarts. Vanwege deze zorgplicht mag van een huisarts worden verwacht dat hij/zij patiënten blijft aanspreken en motiveren om aan het ketenzorgprogramma deel te nemen. Op de [ZIO website](#) worden voorbeeldbrieven gepubliceerd.



ZIO, versie 200226

Figuur 2 Handleiding voor in- en exclusie patiënten in ketenzorg.



Figuur 3 Stroomschema No-show Advies

## 7 Zelfmanagement

De wijze waarop en de mate waarin iemand zijn chronische aandoening onder controle krijgt hangt mede af van zijn gedrag, waarbij ook allerlei psychologische factoren een rol kunnen spelen. Dit betekent dat bij elk consult adequaat omgaan met de ziekte (zelfmanagement) relevant kan zijn. Hier ligt in eerste instantie een verantwoordelijkheid voor de patiënt zelf. Daarnaast dienen zorgverleners hiervoor oog te hebben. Om eventuele hiaten in het zelfmanagement op te sporen kunnen patiënt en zorgverlener gebruik maken van de navolgende thema's:

- a. Kennisniveau (o.a. voldoende kennis over de aandoening, over de werking en het juist gebruik van medicatie en het leren werken met een individueel zorgplan);
- b. Technische copingvaardigheden (o.a. vaardigheden waarbij de patiënt leert hoe hij (de eerste) signalen van verslechtering kan herkennen en weet welke acties hij moet ondernemen);
- c. Therapietrouw (o.a. uitvoerbaarheid en inpasbaarheid van de gedragsadviezen).

Daarnaast spelen nog andere factoren een rol bij zelfmanagement, zoals voldoende sociale steun uit de omgeving, vertrouwen van de patiënt om met zijn ziekte om te kunnen gaan en de ernst van de klachten.

Ter ondersteuning van zelfmanagement wordt een individueel zorgplan opgesteld. In dit plan staat welke doelen zijn afgesproken, welke beslissingen zijn genomen voor het realiseren van deze doelen, welke begeleiding de patiënt krijgt, hoe en wanneer wordt gecontroleerd en bijgesteld en wie vanuit het behandelteam verantwoordelijk is voor het behandelbeleid. Het individuele zorgplan heeft als doel de integrale gezondheidstoestand van de patiënt te verbeteren. Dit betekent dat alle betrokken zorgverleners op de hoogte zijn van het individuele zorgplan en hun eigen bijdragen aan de behandeling toevoegen aan het zorgplan. Daarmee is het voor betrokken zorgverleners en patiënt duidelijk wat de ander doet en waarom. De streefdoelen van de patiënt zijn in principe leidend. De centrale zorgverlener schetst een realistisch beeld van wat met de behandeling bereikt kan worden en wat de patiënt kan doen als dit niet bereikt wordt. De centrale zorgverlener begeleidt de patiënt zo nodig bij het nastreven van de behandeldoelen. Het zorgplan beschrijft de zorgvraag, de behandeldoelen (algemeen en persoonlijk), de behandelinterventies, persoonlijk stappenplan (wat te doen bij toename van de klachten) en de wijze van evaluatie. Het is belangrijk om naast de betrokkenheid van de patiënt ook zijn of haar directe omgeving te betrekken bij het opstellen van het individuele zorgplan. Het uiteindelijke doel is de afname van het aantal klachten en verbetering van kwaliteit van leven. Op basis van de doelstellingen vindt de frequentie van monitoring plaats. Onderdelen die het zelfmanagement van patiënten kunnen ondersteunen, zijn begeleiding op het gebied van voeding, bewegen, roken en stress via internet of in/rondom de huisartsenpraktijk (conform het reguliere zorgaanbod). Hiermee wordt beoogd beter aan te sluiten bij de wensen van de patiënt en de motivatie voor leefstijlaanpassingen te verhogen. Voorbeelden zijn de website [www.DIEP.info](http://www.DIEP.info) (Diabetes Interactie Educatie Programma), de generieke ziektelastmeter ontwikkeld door MUMC+ en Universiteit Maastricht.

## 8 Patiëntinformatie

Om de zorg voor de patiënten inzichtelijker te maken, is het belangrijk dat patiënten informatie krijgen over enerzijds relevante aspecten van de chronische aandoening en anderzijds het behandeltraject. Hiervoor is een patiëntenfolder opgesteld. Daarnaast staan op de ZIO website, onder het menu '[Patiëntfolders](#)', meerdere folders en informatiebrieven gepubliceerd die uitgereikt kunnen worden aan patiënten, het betreft o.a.:

- Folder "[Ketenzorg voor mensen met een chronische aandoening](#)"
- Folder "[Diëtist binnen de ketenzorg](#)"
- Folder "[Fundusfotografie bij diabetes mellitus](#)"



## 9 Consultatie

Binnen de ketenzorg bestaat de mogelijkheid tot consultatie van de kaderhuisarts, specialist en/of specialistisch verpleegkundige. Gedurende de consultatie blijft de patiënt binnen de eerstelijns ketenzorg onder behandeling en blijft de huisarts de hoofdbehandelaar en medisch eindverantwoordelijk voor de behandeling.

### 9.1 Indicaties voor consultatie

1. Diagnostische problemen.
2. Niet of onvoldoende bereiken van de behandeldoelen ondanks adequate therapie.
3. Niet of onvoldoende kunnen beantwoorden van de zorgvraag van de patiënt.
4. Bij vragen en/of advies aan specialist(isch verpleegkundige).

### 9.2 Werkwijze

De consultatie kan op verschillende manieren plaatsvinden namelijk:

1. Via de berichtfunctie in MediX, of
2. Telefonisch, of
3. De patiënt wordt gezien op de ketenpoli.

#### *Ad 1. Consultatieknop MediX*

Bij niet acute zaken kan de huisarts/POH via MediX een bericht sturen naar specialist en/of specialistisch verpleegkundige. Twee keer per week beantwoordt de specialist(isch verpleegkundige) alle vragen. Het antwoord wordt via MediX naar de huisarts/POH verstuurd. Voor deze consultatie heeft de specialist(isch verpleegkundige) alle relevante informatie nodig. Via het HIS kan een digitale verwijsbrief worden samengesteld en geplakt worden in het journaal van MediX (zie de [instructiefilm](#)).

#### *Ad 2. Telefonische consultatie*

De huisarts kan telefonisch contact opnemen met de specialist(isch verpleegkundige), zie contactgegevens op de ZIO website.

#### *Ad 3. Patiënt wordt gezien op ketenpoli*

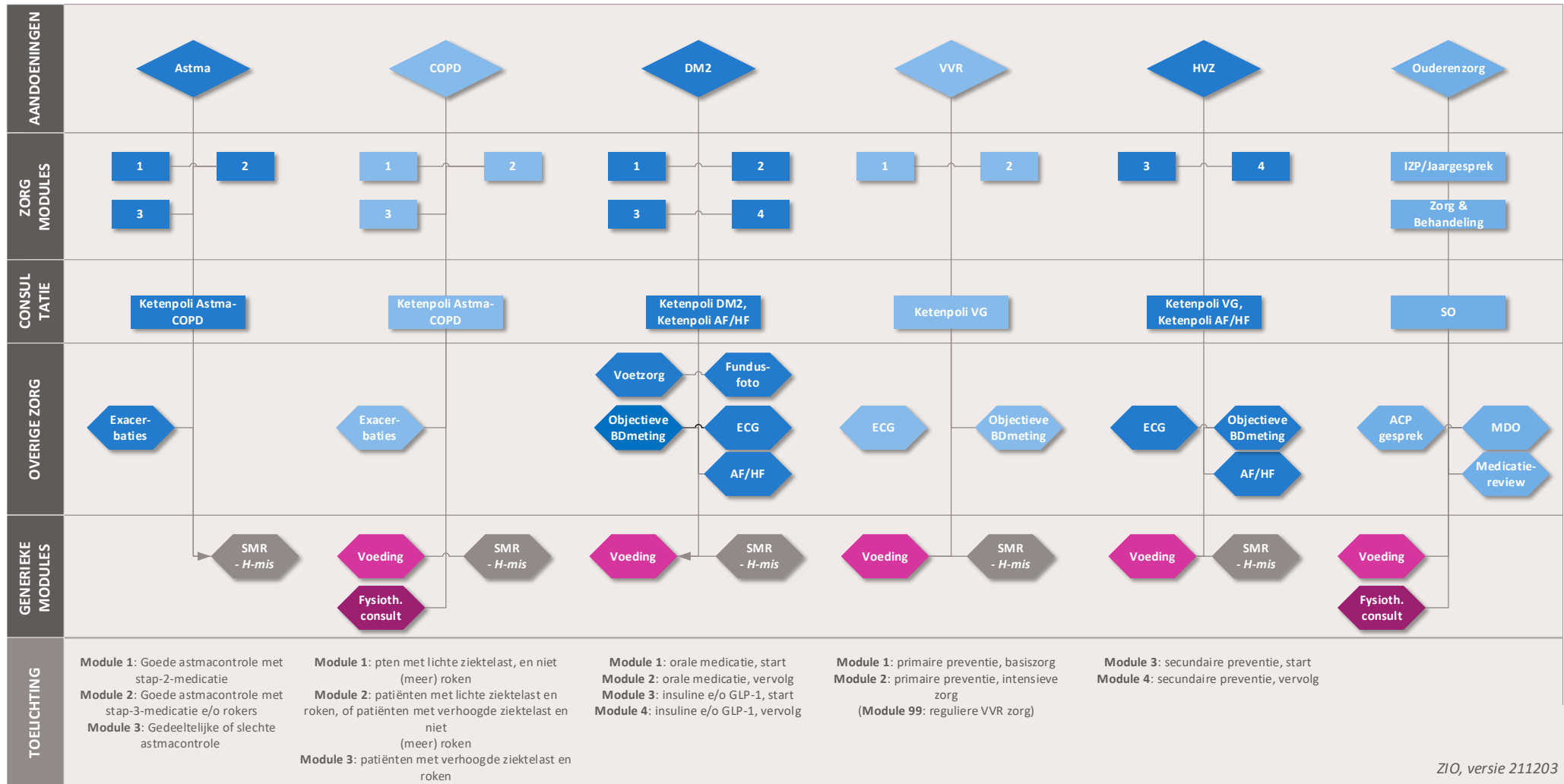
Indien na de twee bovenstaande consultaties in overleg wordt besloten om de patiënt op de ketenpoli te zien wordt een aantal acties doorlopen. Deze acties verschillen per keten en worden toegelicht in de [ketenspecifieke zorgprotocollen](#).

## 10 Aandoeningsspecifieke richtlijnen

Het zorgproces binnen de ketens is beschreven in aparte ketenspecifieke zorgprotocollen (met o.a. een toelichting op inclusiecriteria, de indeling van de zorgmodules (inclusief monitoringsfrequentie) en eventuele aanvullende zorgmodules).

- **Astma**
- **COPD**
- Diabetes Mellitus type 2 (**DM2**)
- Verhoogd Vasculair Risico (**VVR**, Primaire Preventie)
- Hart- en Vaatziekten (**HVZ**, Secundaire Preventie)
- **Ouderenzorg**

Welke zorg en generieke modules gecontracteerd zijn per keten in 2022 vindt u in figuur 4 op de volgende pagina.



Figuur 4 Gecontracteerde zorg 2022-2023

## 11 Taakomschrijving en deskundigheidseisen

In dit hoofdstuk worden de taken en verantwoordelijkheden en voorwaarden t.a.v. deskundigheid beschreven voor de zorgprofessionals betrokken binnen de ketenzorg.

### 11.1 Algemene taakomschrijving

In de ketenspecifieke protocollen wordt van de gecontracteerde disciplines binnen de betreffende keten een algemene taakomschrijving gegeven. Voor een aantal disciplines gecontracteerd binnen de ketenzorg, m.u.v. de praktijkmedewerkers, geldt een leveranciersbeoordeling.

### 11.2 Deskundigheidseisen & Coaching

Contractvoorwaarde binnen de ketenzorg is het volgen van scholing door POH, zie het scholingsbeleid op de [ZIO website](#). ZIO biedt een nascholingscurriculum aan voor huisartsen en POH waarmee aan deze verplichting voldaan kan worden, zie voor programma en aanmelden de [ZIO website](#).

#### 11.2.1 Aanvullende voorwaarden

Voor een aantal onderdelen van de ketenzorgprogramma's gelden aanvullende voorwaarden, deze worden in de [ketenspecifieke protocollen](#) gepresenteerd.

#### 11.2.2 Coaching

Op verzoek kan binnen de ketenzorgprogramma's een coach gecontacteerd/ingeschakeld worden. Er geldt enkel een verplichting tot coaching bij het starten met het addendum Insulinetherapie. Verder wordt sterk geadviseerd gebruik te maken van coaching wanneer men start met het addendum AF/HF.

De mogelijkheden zijn divers, afhankelijk van de vraag van de betreffende POH. Voorbeelden zijn o.a. gezamenlijke consultvoering of het bespreken van casuïstiek. De contactgegevens van de coaches treft u in onderstaande tabel:

| Ketenzorg  | Coaching t.a.v.   | Naam coach                         |
|------------|---|------------------------------------|
| Astma-COPD | Algemeen: zorg en astma en COPD patiënten, opzetten ketenzorg astma e/o COPD, etc | Maxime Niemann e/o Hilde Bastiaens |
| DM2        | Add. Insulinetherapie   | Ellen Hakvoort                     |
| HVZ        | Add. AF/HF  | Fabienne Beckers                   |