

# EINDRAPPORT PROJECT

## IMPLEMENTATIE GENERIEK RAAMWERK IZP:

### ANDERS LEREN WERKEN

## PROFESSIONELE EFFECTIVITEIT IN PERSOONSGERICHTE ZORG

### SAMEN BESLISSEN, HET HOE EN WAAROM



Gezamenlijk project van het Nederlands Huisartsen Genootschap, InEen, Zuyd Hogeschool Heerlen, Universiteit Maastricht, V&VN Praktijkverpleegkundigen & Praktijkondersteuners, Vilans, NPCF en het Zorginstituut Nederland.

**Projectleiders namens NHG / InEen:**

Ilonka Brugemann

Marjan Verschuur – Veltman

**Contactpersonen:**

Nederlands Huisartsen Genootschap

Liesbeth v.d. Jagt

Esther Kersbergen-Brak

[e.kersbergen-brak@nhg.org](mailto:e.kersbergen-brak@nhg.org)

InEen

Frederik Vogelzang

[f.vogelzang@ineen.nl](mailto:f.vogelzang@ineen.nl)

Mariska Smit

[m.smit@ineen.nl](mailto:m.smit@ineen.nl)

Dit project is tot stand gekomen door een subsidie van het **Zorginstituut Nederland**.

Marjolein de Booy

Zorginstituut Nederland

[MBooy@zinl.nl](mailto:MBooy@zinl.nl)

Utrecht, oktober 2017

## Inhoud

|  |    |
|--|----|
| 1. Inleiding .....   | 4  |
| 2. Doelstellingen project .....  | 6  |
| 3. Activiteiten en resultaten .....  | 7  |
| 3.1 De training .....  | 7  |
| 3.1.1 Proces .....   | 7  |
| 3.1.2 Leergang professionele effectiviteit in persoonsgerichte zorg .....            | 9  |
| 3.2 Opleidingen .....  | 10 |
| 3.3 Kwaliteitsinstrument .....   | 12 |
| 3.4 Onderzoek .....  | 12 |
| 4. Projectorganisatie .....  | 13 |
| 5. Aanbevelingen naar aanleiding van het project.....                                | 15 |
| 6. Literatuur.....   | 17 |
| Bijlage 1 Deelnemers project .....   | 18 |
| Bijlage 2 Informatiefolder leergang.....   | 19 |
| Bijlage 3 KBA persoonsgerichte zorg voor professionals .....                         | 22 |
| Bijlage 4 Organisatiescan persoonsgerichte zorg.....                                 | 25 |
| Bijlage 5 Onderzoek.....   | 36 |
| Bijlage 6 Projectplan Implementatie generiek Raamwerk IZP: anders leren werken ..... | 40 |

# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Het project “Generiek raamwerk IZP, anders leren werken” is een vervolg op het Project Gezamenlijke Besluitvorming. In dit laatstgenoemde project hebben NHG, Maastrichts Universitair Medisch Centrum/Zuyd Hogeschool en InEen in 2015 samengewerkt aan een model voor gedeelde besluitvorming<sup>1</sup>. Het doel van het project was het ontwikkelen van een handreiking<sup>2</sup> voor gezamenlijke besluitvorming (samen beslissen) op basis van persoonsgerichte doelen en zorgafspraken. De handreiking is een praktische uitwerking van het model van samen beslissen met een concrete beschrijving van de werkwijze.

Door het project “Generiek raamwerk IZP, anders leren werken” krijgt het project ‘Gezamenlijke Besluitvorming’ een vervolg gericht op de implementatie en borging bij zorgverleners. Het zwaartepunt van het project lag bij het ontwikkelen van een blended training.

De training richt zich op het toepassen van gezamenlijke besluitvorming en het werken met het individueel zorgplan door huisartsen en praktijkondersteuners. Het doel is het ontwikkelen van een zeer interactieve, gedegen en goed ontvangen leergang die huisartsen, praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen de mogelijkheid biedt zich de vaardigheden en attitude van de persoonsgerichte professional eigen te maken.



<sup>1</sup> Eindrapport Gezamenlijke besluitvorming, Gezamenlijk project van Nederlands Huisartsen Genootschap, InEen, Zuyd Hogeschool Heerlen en Universiteit Maastricht en het Zorginstituut Nederland, 2015

<sup>2</sup> Handreiking gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken. oktober 2015

[https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\\_org/uploads/151208\\_handreiking\\_gezamenlijke\\_besluitvorming\\_def\\_0.pdf](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/151208_handreiking_gezamenlijke_besluitvorming_def_0.pdf)

## 1.2 Scope en focus van het project

Op het titelblad van dit eindrapport staan twee titels genoemd. De eerste titel: *Implementatie generiek raamwerk IZP: Anders leren werken* is de titel van het projectplan, zie bijlage 1, geschreven door dhr. I. Smeele (NHG) en dhr. F. Vogelzang (InEen) in juli 2015. Deze titel is gebaseerd op het project 'Ontwikkeling referentiemodel Individueel Zorgplan' wat het NHG, Vilans en de NPCF ontwikkelden in opdracht van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden (CPZ), overgegaan in het Kwaliteitsinstituut en nu onderdeel van Zorginstituut Nederland. Het ging om een programma van eisen voor een generiek Individueel Zorgplan (IZP). Daarbij is ook de vertaalslag gemaakt naar een referentiemodel voor het vastleggen van afspraken tussen patiënten en zorgverleners. Het programma van eisen en het referentiemodel voor een IZP werden begin 2014 aangeboden aan Zorginstituut Nederland en gepubliceerd<sup>3</sup>. Het referentiemodel is een doorontwikkeling van het Raamwerk generiek IZP dat door het CPZ ontwikkeld is.

Om het project en in het bijzonder de training voor professionals aantrekkelijk te maken bleek *Implementatie generiek raamwerk IZP: Anders leren werken* geen geschikte werktitel. Het impliceert dat zorgverleners nu niet goed werken en het anders moeten doen. Daarbij had inmiddels de term IZP een negatieve bijklank onder professionals gekregen. Een titel die in zichzelf al weerstand oproept is waarschijnlijk niet het meest geschikt om implementatie van het achterliggende gedachtegoed te bevorderen. Echter, het was nog niet zo makkelijk een titel te vinden die het geheel kon omvatten én appellerend was. Het is geworden: "*Professionele effectiviteit in persoonsgerichte zorg. Samen beslissen, het hoe en waarom*". Daarmee is voor een verbreding van het IZP naar Persoonsgericht zorg gekozen, hetgeen professionals meer aanspreekt. Veel professionals proberen al persoonsgericht te werken en er bestaat behoefte om het persoonsgerichte karakter van de (huisartsen)zorg verder inhoud en betekenis te geven. Wat dat precies betekent en hoe dat in de praktijk verder vorm te geven blijft een ingewikkeld vraagstuk. Gezamenlijke besluitvorming wordt door de Patiëntenfederatie graag "samen beslissen" genoemd. Zo is deze nieuwe titel omarmd door alle partijen.

---

<sup>3</sup> 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

## 2. Doelstellingen project

Het bevorderen van de implementatie van de handreiking Gezamenlijke besluitvorming via:

1. Het ontwikkelen van een blended trainingsaanbod ter ondersteuning van de benodigde attitude- en gedragsverandering bij zorgverleners in de huisartsenzorg gericht op het werken met een IZP. De kern van het werken met het IZP is het proces van gezamenlijke besluitvorming. Het te ontwikkelen trainingsaanbod helpt huisartsen en praktijkondersteuners de gezamenlijke besluitvorming en het werken met een IZP in de praktijk toe te passen. Na een succesvolle ontwikkeling van de trainingsmodule voor de huisartsenzorg (huisartsen en POH) zal deze ook voor andere disciplines (apothekers, fysiotherapeuten, diëtisten, psychologen, etc.) beschikbaar worden gemaakt.
2. Het bevorderen van opname van het blended scholingsaanbod en de eindtermen in de opleidingscurricula van huisartsen en POH.
3. Het ontwikkelen van een kwaliteitsinstrument in de huisartsenvoorziening waarmee ten behoeve van het (interne) kwaliteitsbeleid het gebruik van een generiek Individueel Zorgplan bevorderd kan worden.
4. Het schrijven van een onderzoeksvoorstel aansluitend bij de vragen uit het veld met als vraagstelling of het gebruik van het IZP daadwerkelijk bijdraagt aan:
  - integrale persoonsgerichte en domein overstijgende zorg;
  - het faciliteren van het proces van gezamenlijke besluitvorming in de dagelijkse praktijk van zorgverleners en patiënten.

Met als uiteindelijke doel bij te dragen aan een betere kwaliteit van leven en tevredenheid van de zorgvrager.

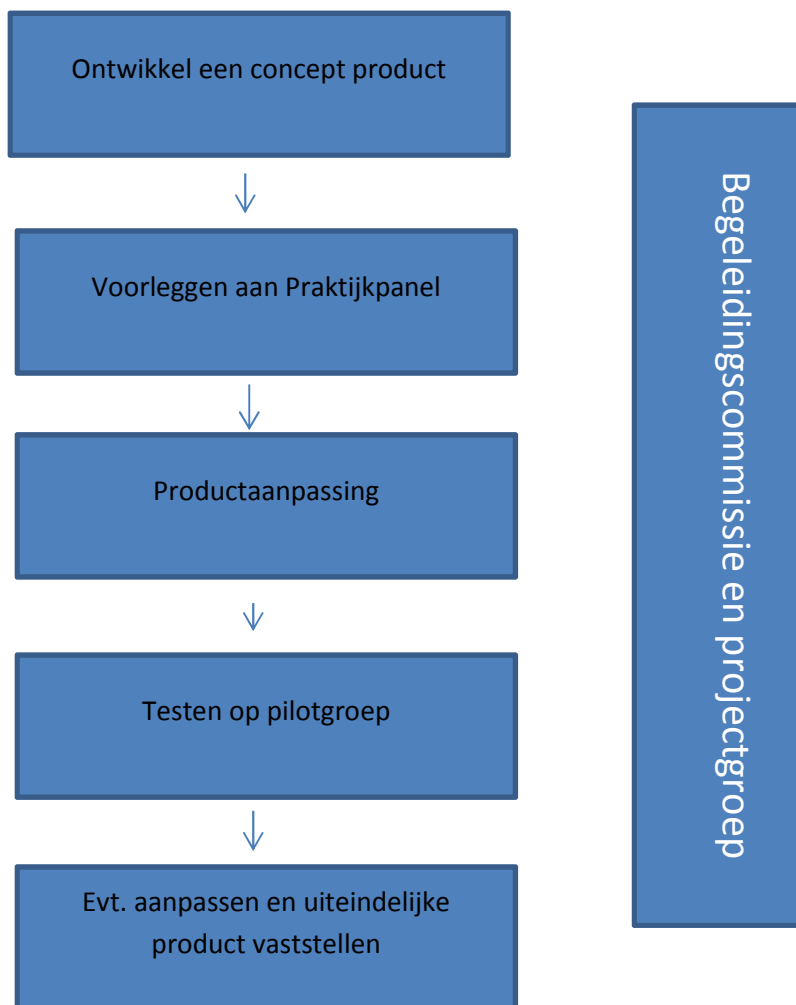
### 3. Activiteiten en resultaten

Volgens het projectplan (zie bijlage 6) werden uiteenlopende activiteiten ondernomen om de beoogde producten ontwikkelen en de projectdoelstellingen te realiseren. Dit hoofdstuk beschrijft in vier paragrafen de belangrijkste activiteiten en de bereikte resultaten.

#### 3.1 De training

##### 3.1.1 Proces

De projectleiders ontwikkelden met de begeleidingscommissie en projectgroep een concept training. Dit concept is voorgelegd aan een praktijkpanel. Na deze bijeenkomst werd de training aangepast en is de basistraining getest bij twee pilotgroepen. Na deze pilot werd het product opnieuw aangepast en vastgesteld. Zie flowchart.



*Figuur 2, Flowchart ontwikkeling trainingsaanbod*

##### **Praktijkpanel**

Het praktijkpanel bestond uit negen personen van 3 zorggroepen; van elke zorggroep een huisarts, een praktijkverpleegkundige/praktijkondersteuner en een beleidsmedewerker (deelnemers zie bijlage 2). Het praktijkpanel is 6 oktober 2016 bij elkaar gekomen. Het doel van het praktijkpanel was

om feedback te geven op de training. Er werden inhoudelijke en organisatorische zaken voorgelegd aan het panel: wel of niet voor duo's de training beschikbaar stellen, wel of niet video-opnames maken. Ook werd gekeken naar de opzet en duur van de training, de titel en de inhoud van de wervingsfolder met als doel om er voor te zorgen dat veel deelnemers de training gaan volgen. De adviezen vanuit het panel waren 1) de zorggroep in de regio actief in het geheel te betrekken 2) een praktische en inhoudelijke training te ontwikkelen, die na werktijd gegeven kon worden 3) de training aan te bieden voor praktijkkoppels van huisarts en praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige.

### **Video's**

Er is gekozen voor het gebruiken van eigen beeldmateriaal als een belangrijk onderdeel van deze training. Ervaring leert dat het opnemen van video in de eigen spreekkamer en het terugkijken daarvan een zeer effectief instrument is bij het opleiden van professionals in consultvoering en effectieve communicatie. Door opnames te maken, deze met behulp van een vragenlijst samen te observeren en analyseren en hierover uit te wisselen en te reflecteren wordt er door professionals veel geleerd. Daarbij kunnen concrete individuele ontwikkelpunten worden aangegeven. Professionals ervaren vrijwel altijd een zekere drempel bij het aan de slag gaan met deze onderwijsvorm. Vanwege de verwachte effectiviteit is er toch voor gekozen het werken met video's een centrale rol te geven in deze trainingen.

### **De concept training**

Na de input van het praktijkpanel, bestond uit een basistraining van twee bijeenkomsten met een e-learning tussen bijeenkomst 1 en 2, gevolgd door facultatieve vervoltrainingen. De basistraining werd gegeven in koppels van een huisarts met praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige (POH/PVK). De pilot werd gedraaid één groep deelnemers afkomstig uit een zorggroep in Tilburg en één groep deelnemers samengesteld uit diverse regio's. De ervaring was dat deelnemers na twee bijeenkomsten onvoldoende bagage hadden om in de praktijk werkelijk anders te gaan werken. Besloten is te komen tot een leergang van 4 bijeenkomsten waarbij deelnemers wel individueel kunnen kiezen tussen 2 richtingen voor bijeenkomst 3 en 4. Dit laatste om ook de training voor de professionals zelf enigszins "persoonsgericht" te maken.

Er is een pilot met de vervoltraining in de regio Tilburg gedaan. Deelnemers hebben daar individueel kunnen kiezen om in de tweede helft van de leergang "persoonsgerichte zorg in de keten" of "de coachende professional" te volgen.

### **Evaluatie van de pilots**

Over het algemeen zijn de verschillende onderdelen van de training goed ontvangen. Vooral het bekijken van eigen beeldmateriaal werd door de deelnemers als zeer leerzaam ervaren. Deelnemers benadrukten het belang van follow up na de training. Aan het einde van de leergang was zowel zichtbaar (aan de hand van oefeningen tijdens de training en het beeldmateriaal) dat deelnemers zich deze manier van werken meer "eigen" hadden gemaakt. Een resultaat dat na 2 bijeenkomsten nog amper/onvoldoende zichtbaar was. Deelnemers ervaren de meerwaarde van de training in de dagelijkse praktijk. Zij raden de training aan aan collega's. Uiteraard zijn er ook verbeterpunten genoemd in de evaluaties. De genoemde suggesties voor verbetering zijn inmiddels grotendeels doorgevoerd. Dit betreft met name het meer oefenen, minder theorie en concepten in bijeenkomst



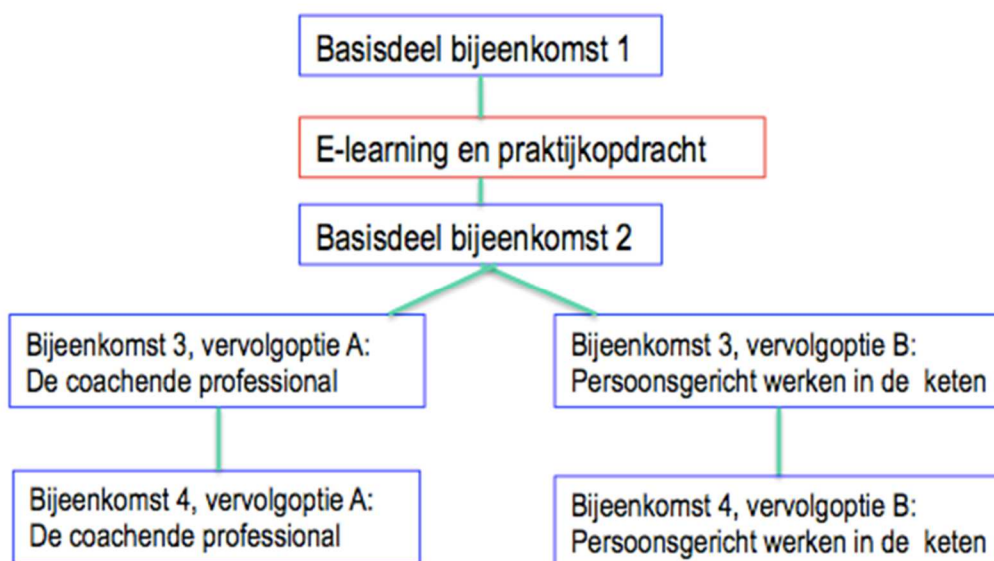
1, daarmee direct ook minder herhaling van in bijeenkomst 1 behandelde theorie in de e-learning en een verbeterde instructie ten aanzien van de technische aspecten van de video's.

### 3.1.2 Leergang professionele effectiviteit in persoonsgerichte zorg

Aan de hand van de ervaringen uit de pilot werden de definitieve inhoud en opzet van de training bepaald. De leergang "Professionele effectiviteit in persoonsgerichte zorg. Samen beslissen het hoe en waarom" is gericht op het ontwikkelen van vaardigheden én attitude. Persoonsgerichte zorg en het IZP worden theoretisch onderbouwd en in de context geplaatst én krijgen deelnemers handvatten zich ook na de leergang individueel of samen met collega's te blijven ontwikkelen (zie ook de beschrijving in de folder (bijlage 2)).

De leergang bestaat uit vier trainingsavonden van 4 uur en huiswerkopdrachten met onder meer een elearning en het opnemen van gesprekken met patiënten in de dagelijkse praktijk.

Na het basisdeel, de eerste 2 bijeenkomsten, kan de deelnemer kiezen tussen twee vervolgdelen: Optie A de coachende professional of optie B persoonsgericht werken in de keten.



#### Een introductieworkshop

Een workshop van 1 tot 1,5 uur die op congressen e.d. gegeven kan worden.

#### Train de trainers

Het bekwamen van trainers in deze leergang vraagt met het oog op het waarborgen van de onderwijskwaliteit speciale expertise van trainers. Trainingskoppels moeten zelf beschikken over een achtergrond en ruime ervaring als huisarts en POH/PVK, alsmede inzicht en affiniteit met persoonsgerichte zorg en ervaring met interactief onderwijs, met name ook op het gebied van communicatie en samenwerking. Ten minste 1 van de trainers moet gekwalificeerd supervisor/coach zijn. Op 21 september is er een train-de-trainers bijeenkomst gehouden met een aantal toekomstige

trainers die aan de criteria voldoen. Nieuwe trainers zullen altijd eerst een leergang meelopen met een ervaren trainer waarna beoordeeld zal worden of zij gekwalificeerd zijn om de training te geven.

## 3.2 Opleidingen

Om het bevorderen van opname van het blended scholingsaanbod en de eindtermen in de opleidingscurricula van huisartsen en POH uit te voeren hebben de projectleiders diverse gesprekken gevoerd met afgevaardigden van huisartsopleidingen en POH-opleidingen. De training is door het NHG en InEen aangeboden aan huisarts en POH opleidingen voor integratie in het bestaande onderwijs.

### Opleiding voor praktijkondersteuners

Vanuit de POH-opleidingen kwamen verschillende reacties terug. Een opleiding gaf aan dat zij de term persoonsgerichte zorg niet gebruiken in het opleidingsaanbod. Het accent wordt gelegd op Health Counseling, Motiverende gespreksvoering en positieve gezondheidszorg. Het uitgaan van wat waarde heeft voor de cliënt is daarin belangrijk en gezamenlijke besluitvorming is dat ook. In de opleiding is een complete basistraining motivational interviewing opgenomen van 3 dagen, hierin staat vooral de onderliggende attitude centraal, verder is het een belangrijk onderwerp bij intervisie en oefenen praktijkondersteuners bij COPD en CVRM vooral met de verdieping vanuit het House of Care-model. Daarnaast geeft deze opleidingscoördinator het volgende aan: *“Ik zou het onderwerp wel graag meer aandacht willen geven en met name in de stage praktijken want we kunnen scholen wat we willen maar als het op de stage toch gaat over vooral vinken zijn we weer terug bij af”*. Een andere opleiding schrijft hierover: *“Wij hebben wel behoefte aan een deskundige op dat vlak. Het is zoals eerder gezegd niet eenvoudig in de praktijk en ook iets wat gedragen moet worden in de gehele praktijk. Het los komen van de focus op streefwaarden en je meer richten op de persoonlijke doelen van de patiënt is wel iets wat we als een rode draad meenemen binnen de opleiding. Maar ik zou er graag nog meer aandacht aan besteden.”*

### Huisartsenopleiding

Een grote groep betrokkenen van Huisartsopleiding Nederland werkte de afgelopen jaren aan een vernieuwing van het competentieprofiel huisartsen en aan het vaststellen van de 10 thema's en Kenmerkende Beroeps Activiteiten (KBA's). In deze thema's en KBA's van de huisartsenopleiding is geen explicitering van persoonsgerichte zorg en het generiek individueel zorgplan (izp) opgenomen. Dit werd benoemd als een bewuste keuze. Juist de persoonsgebonden zorg, immers een kernwaarde, kan niet worden gereduceerd tot een geïsoleerd aandachtspunt. In de huisartsopleidingen bestaat veel aandacht voor patiëntgerichtheid en aansluiting bij de patiënt. APC (Arts Patiënt Communicatie) is een belangrijk onderdeel van de opleidingen. Er is onderwijs in gezamenlijke besluitvorming, motiverende gespreksvoering en oplossingsgericht werken. Een aantal opleidingen is wel bewust bezig met extra aandacht voor gezamenlijke besluitvorming, het persoonsgerichte werken en het generiek IZP. De indruk bestaat dat de persoonsgerichte zorg mogelijk voldoende in de opleidingen zit, de huisartsen in opleiding (aios) van de toekomst is wel toegerust is voor het leveren van persoonsgerichte zorg. Door de geconsulteerde deskundigen van de opleidingen worden als grootste knelpunten worden momenteel gezien in het geprotocolleerd werken in de chronische zorg en derhalve wordt geadviseerd vooral POH's die vooral opgeleid en werkzaam zijn in het

geprotocolleerd werken deze leergang aan te bieden.

Voorafgaand aan het project bestond de idee dat het project een grotere invloed zou kunnen hebben op de opleidingscurricula. De projectduur is daarvoor echter verre van toereikend. Dit betekent dat het opnemen van het scholingsaanbod in de curricula van de opleidingen voor huisartsen en praktijkondersteuners niet mogelijk is binnen de beperkte duur van het project. Of zoals één van de opleidingsdeskundigen het verwoorde: *“het heeft 30 jaar geduurd voor het exploreren van de hulpvraag werkelijk geïmplementeerd is, het afgesproken plan werkelijk persoonsgericht maken, daar zal ook heel wat jaren overheen gaan”*.

Aanbevelingen die uit de gesprekken met de deskundigen van de huisartsopleidingen naar voren zijn gekomen:

- Sluit aan bij de ontwikkeling die er al is, denk aan inzet op “van SOEP naar SOEPS”, gericht op het subjectiever (persoonsgericht) maken van de P.
- Ga uit van EBM (Evidence Based Medicine) inde betekenis zoals oorspronkelijk bedoeld.
- Richt de pijlen op de huisartsopleiders. Aio’s leren het meest in de huisartspraktijk, dus als de opleiders persoonsgericht werken leren de aio’s deze manier van werken ook. Een geïsoleerd aanbod richting aio’s heeft waarschijnlijk weinig zin.
- Biedt de training aan bij het CHO (College Huisarts Opleiders) en stel de leergang beschikbaar aan de individuele huisartsopleidingen training voor opleiders en/of docenten. Maak het (in eerste instantie) een facultatief programma voor aio’s.
- Richt je op prakondersteuner vooral waar die nog zeer geprotocolleerd werkt in de chronische zorg. De aio’s leren de chronische zorg ook van de POH.
- Er worden wel kansen gezien om de aio’s via opleiding nog meer bekwaam te maken in de coachende rol.
- Bovenal: heb geduld.

Literatuur:

Competentieprofiel van de huisarts, sept 2016

[https://www.huisartsopleiding.nl/images/opleiding/Competentieprofiel\\_van\\_de\\_huisarts\\_2016.pdf](https://www.huisartsopleiding.nl/images/opleiding/Competentieprofiel_van_de_huisarts_2016.pdf)

Competentieprofiel van de POH, april 2017

<http://www.praktijkverpleegkundigen-praktijkondersteuners.nl//Files/Rapport%20POH%20Transitie%20-%2020%20april%202017.pdf>

### 3.3 Kwaliteitsinstrument

De projectdoelstelling *“Het ontwikkelen van een kwaliteitsinstrument in de huisartsenvoorziening waarmee ten behoeve van het (interne) kwaliteitsbeleid het gebruik van een generiek Individueel Zorgplan bevorderd kan worden”* is gedurende het project in overleg tussen opdrachtgever en dagelijkse projectbegeleiding (NHG en InEen) in lijn met de scope en focus van het project bijgesteld tot het ontwikkelen van instrumenten voor persoonsgerichte zorg. Vervolgens zijn er twee instrumenten ontwikkeld, één voor professionals en één voor organisaties.

Voor het tot stand komen van deze instrumenten is gebruik gemaakt van de expertise en ideeën in de projectgroep, werden deskundigen en literatuur geraadpleegd en zijn concepten aan toekomstige gebruikers voorgelegd. Suggesties zijn verwerkt tot de huidige producten:

- Kenmerkende Beroepsactiviteiten (KBA) persoonsgerichte zorg voor professionals, zie bijlage 3
- Organisatiescan voorpersoonsgerichte zorg, zie bijlage 4

Wij beschouwen deze producten als “work in progress”. Het betreft pogingen het persoonsgericht werken te expliciteren met als belangrijkste doel daarmee gebruikers (respectievelijk professionals en organisaties) te ondersteunen. Wat precies wordt verstaan onder persoonsgerichte zorg én wat optimale zorg is zal de komende tijd onderwerp van gesprek en in ontwikkeling blijven.

Tijdens de afsluitende bijeenkomst op 10 november zullen de daar aanwezige deskundigen en betrokkenen gevraagd worden over deze twee producten door te praten. Vervolgens zal een versie aan de leden van het NHG en InEen ter beschikking gesteld worden om deze te gaan gebruiken in de praktijk. Zie verder ook de aanbevelingen.

### 3.4 Onderzoek

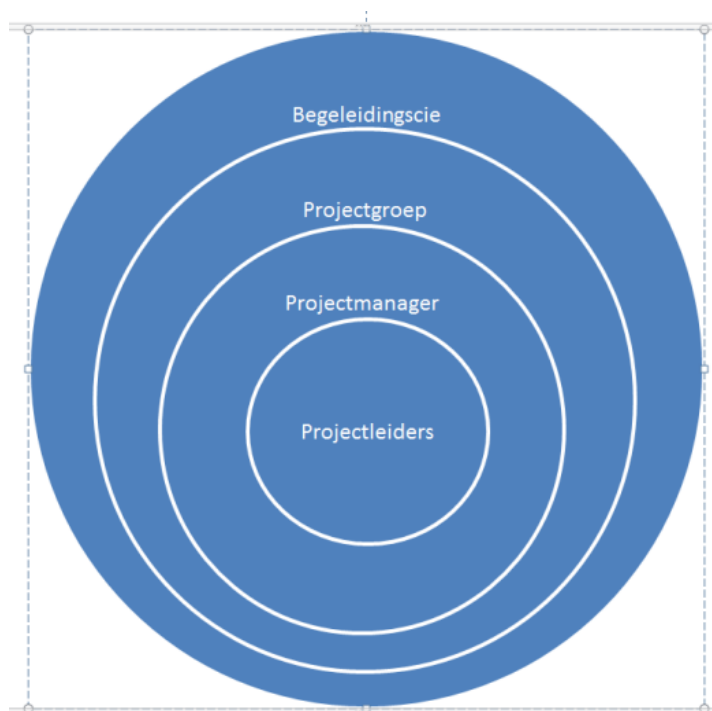
Met de opdrachtgever werd tijdens het project de doelstelling aangepast naar het aanleveren van onderzoeksvragen die uit de ervaringen tijdens dit project, het veld en de input van deskundigen gedestilleerd konden worden. Er werden enkele expertmeetings georganiseerd. Juist tijdens de periode dat deze expertmeetings plaatsvonden kwam er ook een nieuwe impuls. Het Zorginstituut Nederland was voornemens nog in 2017 een aanbesteding voor onderzoek naar diversiteit en persoonsgerichte zorg uit te zetten. De projectinspanningen hebben zich vervolgens geconcentreerd op het aanleveren van een document dat de opdrachtgever daarbij behulpzaam zou zijn. Het resultaat is te vinden in bijlage 5.

## 4. Projectorganisatie

### Organisatie

Voor dit project is gezocht naar projectleiders uit het veld. De projectleiders werden ondersteund door een projectmanager, projectgroep en begeleidingscommissie. De projectgroep bestond uit de projectleiders, de projectmanager en een medewerker van InEen en het NHG. De begeleidingscommissie bestond uit een afgevaardigde van de betrokken organisaties: het Nederlands Huisartsen Genootschap, InEen, Zuyd Hogeschool Heerlen en Universiteit Maastricht, V&VN Praktijkverpleegkundigen & Praktijkondersteuners, Vilans, NPCF en het Zorginstituut Nederland. Het project werd ondersteund door een projectsecretariaat vanuit het NHG.

Zie bijlage 2.



*Figuur*

*1, 'organogram project'*

De begeleidingscommissie is vijf keer bij elkaar gekomen. De rol van de begeleidingscommissie was adviserend, inspirerend, inhoud afstemmen, consensus en draagvlak creëren, ontwikkeling van producten ondersteunen en als sparringpartner fungeren. De rol van de projectgroep en de projectmanager was richting geven aan de projectleiders, voortgang toetsen en budget bewaken. De projectgroep is negen keer bij elkaar gekomen. De opzet en inhoud van de training, het voorleggen aan het praktijkpanel en het uitvoeren van de pilot werden voorbereid en uitgevoerd. Er was aandacht voor de projectplanning en het budget.

Binnen de begeleidingscommissie werden zaken besproken zoals de wijziging van de scope en focus, zie inleiding. De expertise van de aanwezigen werd onder andere gebruikt om over terminologie: eenheid van taal te spreken. Ervaringen van de commissieleden met het trainen van professionals

werden uitgewisseld. Soms was het voor de projectleiders lastig om alle ideeën, opvattingen en meningen mee te nemen binnen het project aangezien deze niet altijd eensluidend waren. Er werden opiniërende gesprekken gevoerd over de rol van de praktijkverpleegkundige/praktijkondersteuner, over de betekenis van e-health en over het motiveren van professionals. Naast het consulteren van een begeleidingscommissie en het praktijkpanel hebben de projectleiders gesprekken gevoerd met andere stakeholders in het veld rondom persoonsgerichte zorg en opleiding.

### **Onderdelen project**

Het zwaartepunt van het project lag bij het ontwikkelen van de blended training.

### **Planning**

De projectleiders zijn aangenomen in februari 2016, waardoor de projectgroep en begeleidingscommissie niet in september 2015 maar in februari 2016 operationeel waren. Het project begon dus, met toestemming van het Zorginstituut, een half jaar later dan in het projectplan was opgenomen.

Het ontwikkelen van het “blended” deel van de training, meer specifiek het maken van een e-learning, kostte meer tijd dan verwacht. Daarnaast bleek het werven van deelnemers, plannen, uitvoeren en evalueren van de pilottrainingen voor de nodige vertraging te zorgen. Begin 2017 is besloten om het project te verlengen tot eind september 2017.

## 5. Aanbevelingen naar aanleiding van het project

Enkele aanbevelingen die volgen uit het project.

### **Training:**

- Zorg dat zo veel mogelijk professionals geïnspireerd en gemotiveerd raken dergelijke training te gaan volgen.
- Train in praktijkkoppels, zorg dat (in de loop van de tijd) alle praktijkmedewerkers meegenomen worden in het persoonsgericht werken.
- Zorg voor “life long learning” door een gestructureerd regionaal vervolg op de leergang.
- Blijf hiervoor gebruik maken van effectieve leermethoden zoals het (samen) bekijken van eigen consultvoering en intervisie.
- Zorg voor een hoge kwaliteit van training door bij het vervolg gebruik te maken van gekwalificeerde docenten, huisartsen en POH/PVK’s met praktijkervaring en NHG-supervisoren.
- Ontwikkel een vervolgtraining persoonsgerichte ouderenzorg

### **Kenmerkende Beroeps Activiteit persoonsgerichte zorg:**

- Stel de Kenmerkende Beroeps Activiteit (KBA) ter beschikking als reflectie- en observatie-instrument aan alle geïnteresseerde huisartsen, praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen
- Gebruik deze KBA als discussiestuk en onderlegger bij scholing en opleidingsactiviteiten waarin persoonsgerichte zorg en het individueel zorgplan thema’s zijn
- Gebruik deze KBA bij de eerstvolgende curriculumherziening
- Bundel ervaringen en overweeg tweejaarlijkse aanpassing aan de hand van voortschrijdend inzicht

### **Organisatiescan:**

- Maak de scan digitaal
  - Bundel de uitkomsten in een databestand en gebruik deze data voor een gericht vervolgaanbod
  - Maak de uitkomst meer dan een score en zorg voor een advies op maat
  - Ondersteun het advies op maat bestaat met suggesties voor geschikte instrumenten en tools, maak daarbij gebruik van de instrumentenkoffer van Zelfzorg Ondersteund!
  - Zorg voor onderling contact en uitwisseling van ervaringen en informatie tussen organisaties
  - Laat de organisatiescan invullen door meerdere invullers per organisatie en bespreek de uitkomsten binnen een organisatie
- Zie verder bijlage 4.

### **Onderzoek:**

- Zorg dat onderzoek steeds (deel)antwoorden probeert te vinden op de brede onderliggende vraag: In welke context vindt persoonsgerichte zorg plaats, welke uitkomsten zijn er en welke processen en mechanismen daarbij spelen een rol.
- Een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek is daarbij aangewezen.
- Zorg dat onderzoek praktijkgericht is en tegemoet komt aan de behoeften uit de praktijk en van de diverse stakeholders.

### **Projecten als deze:**

- Zorg voor grote betrokkenheid en invloed van uitvoerend professionals (mensen met “de voeten in de klei”) bij elk project, zorg voor vertegenwoordiging in projectleiding, alle overleggen en bij de

productontwikkeling

- Zorg dat projectleiders vanaf het begin van het uitwerken van een projectvoorstel betrokken zijn en indien mogelijk het projectplan (helpen) opstellen.



## 6. Literatuur

### In dit rapport genoemde bronnen:

Handboek effectieve communicatie in de huisartsenpraktijk. Dielissen, v.d. Jagt, Timmermans, 2016

Handreiking gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken. oktober 2015

[https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\\_org/uploads/151208\\_handreiking\\_gezamenlijke\\_besluitvorming\\_def\\_0.pdf](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/151208_handreiking_gezamenlijke_besluitvorming_def_0.pdf)

Het gebruik van individuele zorgplannen voor mensen met een chronische ziekte. Kennissynthese Nivel, december 2015

<https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Kennisynthese-zorgplannen.pdf>

Integratie van zorg, Inzichten uit (onderzoeks)programma's tussen 2005 en 2017, Vrijhoef e.a., Tijdschr gezondheidswet, DOI 10.1007/s12508-017-0068-z

Op weg naar eenheid van taal, Een handreiking voor een eenduidig begrippenkader voor zelfmanagement bij chronische aandoeningen. Zelfzorg Ondersteund, November 2016

<http://zelfzorgondersteund.nl/wp-content/uploads/2016/12/Op-weg-naar-eenheid-van-taal-november-2016.pdf>

Overzicht thema's en KBA's, huisartsopleiding Nederland, 2014

<https://www.huisartsopleiding.nl/opleiding/thema-s-en-kba-s>

Persoonsgerichte zorg in richtlijnen, contradictie of paradox? Oratie Prof. Dr. Jako Burgers, juni 2017

Whitepaper Persoonsgerichte zorg, Vilans 2014

[http://www.kennispleinchronischezorg.nl/docs/KCZ/Whitepaper\\_Persoonsgerichte\\_zorg\\_Vilans2014.pdf](http://www.kennispleinchronischezorg.nl/docs/KCZ/Whitepaper_Persoonsgerichte_zorg_Vilans2014.pdf)

Zonder context geen bewijs, over de illusie van evidence based practise, RVS, juni 2017

[https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Zonder\\_context\\_geen\\_bewijs.pdf](https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Zonder_context_geen_bewijs.pdf)

## **Bijlage 1 Deelnemers project**

### **Begeleidingscommissie (BGC) met Experts**

Leden:

- Ivo Smeele (NHG, voorzitter tot 1 juli 2016)
- Liesbeth v.d. Jagt (NHG, voorzitter vanaf juli 2016)
- Frederik Vogelzang (InEen)
- Marjolein de Booy (ZINL)
- Gertrud van Vulpen (V&VN PVK/POH)
- Heleen Post (NPCF)
- Trudy v.d. Weijden/Sandra Beurskens (UvM/ Zuyd)
- Jeroen Havers (Vilans)
- Ilonka Brugemann
- Marjan Verschuur – Veltman
- Sylvia Vroman (NHG, verslaglegging)

### **Projectgroep**

Leden:

- Liesbeth v.d. Jagt, voorzitter (NHG)
- Job den Boer (NHG)
- Mariska Smit (InEen)
- Marjan Verschuur – Veltman
- Ilonka Brugemann

### **Praktijkpanel**

Leden:

DOH

- Nathalie Eikelenboom
- Godelieve Bernard
- Petra Wopereis

RCH Midden Brabant

- Leonie Tromp
- Anne-marie Daniels
- Maaïke Noot-Witteveen

Ketenzorg NU

- Diana Rietdijk
- Monique Bakker
- Marian Verkerk

### **Pilotgroepen**

- 16 deelnemers Zorggroep RCH Midden Brabant, Tilburg (basistraining)
- 15 deelnemers uit het hele land, open inschrijving, Soesterberg (basistraining)
- 16 deelnemers Zorggroep RCH Midden Brabant, Tilburg (vervolgtraining)

## Bijlage 2 Informatiefolder leergang

### LEERGANG PROFESSIONELE EFFECTIVITEIT IN PERSOONSGERICHTE ZORG

#### SAMEN BESLISSEN, HET HOE EN WAAROM

#### VOOR HUISARTS EN PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGE/ PRAKTIJKONDERSTEUNER

#### INLEIDING

Wil je ook het maximale halen uit je contact met de patiënt? Waar mogelijk meer eigen verantwoordelijkheid en zelfmanagement faciliteren? Naast medische professionele ook bewust coachende vaardigheden inzetten? Ben je op zoek hoe persoonsgerichte zorg concreet vorm te geven in de dagelijkse praktijk? Volg dan de training "Professionele effectiviteit in persoonsgerichte zorg. Samen beslissen, het hoe en waarom."

Bezig zijn met cijfers, afvinken van indicatoren en protocollen volgen, daar ben je geen huisarts of praktijkverpleegkundige/praktijkondersteuner voor geworden. Je wilt met de individuele patiënt bezig zijn en zorg op maat geven. Hoe geef je dat vorm en hoe integreer je dat met het voldoen aan zorgstandaarden, evidence en benchmarks? 'Samen beslissen' hoe doe je dat eigenlijk? Zou het werk er leuker van worden? Of de uitkomst beter?

#### OPZET LEERGANG

De leergang bestaat uit 4 bijeenkomsten en een e-learning (blended training). Je schoolt jezelf in de benodigde basishouding en gespreksvaardigheden. Je leert werken met hulpmiddelen om de zorg die je levert persoonsgericht, efficiënt en effectief te maken. Je spiegelt jezelf en anderen, bouwt door op je kwaliteiten, en wordt steeds professioneler persoonsgericht.

De leergang bestaat uit:

1. Een basisdeel bestaande uit twee bijeenkomsten van 4 uur, een e-learning en een praktijkopdracht.
2. Een vervolgdeel bestaande uit twee bijeenkomsten van 4 uur waarin een keuze gemaakt kan worden tussen traject A: De coachende professional of traject B: Persoonsgericht werken in de keten

De onderdelen van de leergang sluiten op elkaar aan. Het advies is dan ook om de delen na elkaar te volgen.

#### LEERDOELEN

Na afloop van de gehele leergang:

- Heb je inzicht in het gedachtegoed achter, en de randvoorwaarden voor, persoonsgerichte zorg;
- Betrek je de patiënten actiever in het zorgproces en ben je in staat zelfmanagement te stimuleren en te ondersteunen;
- Ken je het gespreksmodel gezamenlijke besluitvorming (samen beslissen) en kun je dit in de praktijk toepassen;

## LEERGANG PROFESSIONELE EFFECTIVITEIT IN PERSOONSGERICHTE ZORG

- Beheers je de gespreksvaardigheden en methodieken die passen bij deze manier van werken;
- Heb je (nader) kennis gemaakt met een meer coachende manier van werken;
- Ben je je bewust van je eigen persoonlijke ontwikkelingstraject op het gebied van persoonsgerichte zorg en geef je dat actief vorm.

### PROGRAMMA

#### **Basisdeel / bijeenkomst 1** (4 accreditatiepunten)

In de eerste bijeenkomst draait het om de introductie van persoonsgerichte zorg en het gespreksmodel gezamenlijke besluitvorming. Er wordt geoefend met de verschillende stappen uit het gespreksmodel en het generieke IZP. Persoonlijke motivatie en leerwensen komen aan bod.

#### **Tussen bijeenkomst 1 en 2** huiswerkopdrachten

- Oefenen, reflectie en video's opnemen
- E-learning (2 uur accreditatie aangevraagd)

#### **Basisdeel / bijeenkomst 2** (4 accreditatiepunten)

De kern in deze bijeenkomst wordt gevormd door de meest effectieve manier van leren: je gaat aan de slag met elkaars beeldmateriaal. Daarnaast wordt doorgegaan op de onderwerpen uit de e-learning en de eerste bijeenkomst.

#### **Vervolgdeel A / bijeenkomst 3; De coachende professional** (4 uur accreditatie aangevraagd):

In deze bijeenkomst leer je wat coachend werken is en leer je de basis. Na afloop heb je geoefend met de coachende rol en heb je handvatten om in de praktijk mee aan de slag te gaan.

#### **Vervolgdeel A / bijeenkomst 4; De coachende professional** (4 accreditatiepunten)

In de laatste bijeenkomst gaat het over veranderen, weerstand en hoe hiermee om te gaan. Daarnaast maak je (nader) kennis met oplossingsgericht werken en ronden we de leergang af.

#### **Vervolgdeel B / bijeenkomst 3; Persoonsgericht werken in de keten**

(4 accreditatiepunten):

Deze bijeenkomst bestaat uit theorie en praktische oefeningen over hoe 'samen beslissen' past in de geprotocolleerde zorg. Daarnaast leer je goed te kijken en te luisteren welke patiënt tegenover je zit, om tot een gezamenlijk besluit over het te volgen beleid te komen.

#### **Vervolgdeel B / bijeenkomst 4; Persoonsgericht werken in de keten**

(4 accreditatiepunten):

In de laatste bijeenkomst gaan we door op de onderwerpen uit de derde bijeenkomst en wordt besproken hoe persoonsgericht werken geïmplementeerd kan worden in de hele praktijk c.q. samenwerkingsketen.

NHG-SCHOLING

nhg

## LEERGANG PROFESSIONELE EFFECTIVITEIT IN PERSOONSGERICHTE ZORG

### WANNEER EN WAAR?

Het NHG organiseert deze training in samenwerking met de regionale scholingsaanbieders, zoals Zorggroepen, WDH's, ROSSen, en in company voor groepen, centra en praktijken.

### DOELGROEP EN GROEPSGROOTTE

De Basistraining is bedoeld voor duo's huisartsen met hun praktijkverpleegkundige/praktijkondersteuner. De groeps grootte is minimaal 5 en maximaal 9 duo's, dus 10-18 deelnemers.

De Vervoltrainingen zijn toegankelijk voor duo's of voor individuele huisartsen, praktijkverpleegkundigen/praktijkondersteuners.

### DOCENT

De Basistraining wordt verzorgd door twee trainers; een (kader)huisarts supervisie/coaching en een praktijkverpleegkundige/praktijkondersteuner. De Vervoltrainingen worden begeleid door één trainer.

### AANMELDEN

- Via de website van uw regionale scholingsaanbieder
- De Agenda op de NHG website vermeldt waar trainingen worden georganiseerd op [www.nhg.org/actueel/agenda](http://www.nhg.org/actueel/agenda)

### MEER WETEN?

Voor inhoudelijke informatie kunt u terecht bij Esther Kersbergen:

[e.kersbergen-brak@nhg.org](mailto:e.kersbergen-brak@nhg.org)

Voor organisatorische informatie kunt u terecht bij Yvonne Klapdoor:

[y.klapdoor@nhg.org](mailto:y.klapdoor@nhg.org)

### ACCREDITATIE

Voor huisartsen is de scholing geaccrediteerd.

Accreditatie voor praktijkverpleegkundigen en -ondersteuners is aangevraagd bij het Kwaliteitsregister V&VN en NVvPO.

Deze training is gemaakt door NHG en InEen en tot stand gekomen in samenwerking met onderstaande organisaties.

Het is een vervolg op de 'Handreiking Gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken'.



© 2017, Nederlands Huisartsen Genootschap



NHG-SCHOLING

nhg

## Bijlage 3 KBA persoonsgerichte zorg voor professionals

### KBA persoonsgerichte zorg voor professionals

#### Inleiding

Wat is persoonsgericht werken en hoe ziet dit er uit in de praktijk van huisarts en POH. Welke kennis, attitude en vaardigheden passen bij een persoonsgericht werkende professional?

Om dit te concretiseren kiezen we voor de vorm van een KBA. Een KBA is een Kenmerkende Beroepsactiviteit die van wezenlijk belang is voor het huisartsgeneeskundig handelen. Een KBA vraagt om een geïntegreerde toepassing van meerdere competenties. KBA's zijn observeerbaar als concreet gedrag en daarmee beoordeelbaar. Huisartsopleiding Nederland heeft eerder voor 10 thema's de bijbehorende KBA's opgesteld. KBA's zijn bedoeld om te gebruiken door opleiders en aios in de huisartsopleiding en zijn ook daarbuiten te gebruiken, mits door gekwalificeerde professionals in het betreffende beroep. Ook praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners hebben onderschreven dat deze KBA een aanvulling op de competentiebeschrijvingen kan zijn.

Wij formuleren hier een KBA persoonsgerichte zorg voor huisartsen en POH's. Deze aanzet dient beschouwd te worden als "work in progress". Het is een poging het persoonsgericht werken te expliciteren. Het inzicht in wat precies verstaan wordt onder persoonsgerichte zorg en wat optimale zorg is, blijft in ontwikkeling en (hopen wij) onderwerp van gesprek.

De huisartsen en POH's waar wij onderstaande aan voorgelegd hebben konden zich grotendeels vinden in deze punten. Zij benadrukten echter dat dit geen nieuw keurslijf kan en mag worden. Wij hopen dan ook dat onderstaande kan dienen waarvoor het bedoeld is: als ondersteuning voor professionals die bezig zijn met (zich ontwikkelen in) persoonsgerichte zorg.

#### Procedure

Voor het tot stand komen van deze KBA is gebruik gemaakt van de expertise en ideeën in de projectgroep en zijn deskundigen en literatuur geraadpleegd. De daaruit ontstane conceptversie is aan een aantal toekomstige gebruikers voorgelegd. De professionals waar wij deze KBA aan voorlegden waren "gewone" praktiserende huisartsen en huisartsopleiders, praktijkverpleegkundigen en POH's. De meerderheid had geen specifieke voorkennis op dit onderwerp. De suggesties van deze professionals zijn verwerkt tot de huidige producten.

Wij beschouwen deze KBA als "work in progress". Het betreft pogingen het persoonsgericht werken te expliciteren met als belangrijkste doel daarmee gebruikers (respectievelijk professionals en organisaties) te ondersteunen. Wat precies wordt verstaan onder persoonsgerichte zorg én wat optimale zorg is zal, zoals de geschiedenis laat zien, onderwerp van gesprek en in ontwikkeling blijven.

Op de afsluitende bijeenkomst op 10 november zullen de daar aanwezige deskundigen en betrokkenen gevraagd worden hierover door te praten. Daarna zal een versie aan de leden van de organisaties ter beschikking gesteld worden om te gaan gebruiken in de praktijk.

## **KBA Persoonsgerichte zorg**

### De professional

1. Gaat uit van diversiteit, stemt af op gezondheidsvaardigheden van de patiënt. Past communicatie, gedrag en houding aan de situatie aan.
2. Exploreert actief de hulpvraag en het perspectief van de patiënt inclusief wat voor de patiënt van waarde is.
3. Maakt waar mogelijk en passend gebruik van gezamenlijke besluitvorming.
4. Zorgt dat de patiënt goed geïnformeerd is zodat hij/zij zo goed mogelijk in staat is eigen keuzes te maken.
5. Zorgt dat elke patiënt vertrekt met een plan waar hij/zij voor heeft gekozen en/of actief mee heeft ingestemd. Stimuleert patiënt in het formuleren van persoonlijke doelen en een individueel plan.
6. Stimuleert waar mogelijk en passend eigen regie en zelfmanagement.
7. Zorgt voor continuïteit in de zorg, ook in een multidisciplinair team
8. Maakt persoonlijk contact, is open, respectvol en empatisch
9. Is gericht op bevorderen van gezondheid en gezondheidsvaardigheden, naast het gericht zijn op behandelen en voorkomen van ziekte.
10. Is in staat tot het toepassen van kennis en expertise op de unieke situatie van deze patiënt

Ad 1: De huisarts varieert in houding naar gelang de hulpvraag, medische situatie en de behoefte van de patiënt. Schematisch worden vier arts-patientrelatiemodellen onderscheiden die (soms ook binnen 1 consult) afwisselen; paternalistisch, informatief, interpretatief en deliberatief. In de persoonsgerichte zorg streven we naar zo deliberatief mogelijk. Zie verder bijlage 5

Ad 1: Gezondheidsvaardigheden: zijn (cognitieve) vaardigheden van individuen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, en te gebruiken bij het nemen van gezondheid gerelateerde beslissingen en de psychologische en sociale vaardigheden om deze beslissingen uit te voeren.

Ad 3: Zie handreiking gezamenlijke besluitvorming bijlage 3.

Ad 5: De professional stimuleert en ondersteunt patiënt zo veel mogelijk in het formuleren van eigen doelen, bespreekt opties en ondersteunt het keuzeprocess. Met de patiënt wordt een persoonlijk plan geformuleerd waarin de persoonlijke doelen staan en dat stappen/acties bevat waar hij/zij vertrouwen in heeft en waar hij/zij mee aan de slag kan. Tevens worden er zorgafspraken gemaakt. Dit wordt vastgelegd in een IZP.

Ad 6: Zie definities "Op weg naar eenheid van taal" bijlage 2

#### Bijlages:

1. Overzicht thema's en KBA's, huisartsopleiding Nederland, 2014
2. Op weg naar eenheid van taal, Zelfzorg ondersteund e.a., 2016
3. Handreiking gezamenlijke besluitvorming, NHG e.a.
4. Samenvatting handreiking gezamenlijke besluitvorming NHG e.a.
5. De huisarts-patiëntrelatie. Hoofdstuk 1.2 Handboek effectieve communicatie in de huisartsenpraktijk, 2016



## Bijlage 4 Organisatiescan persoonsgerichte zorg

### Organisatiescan persoonsgerichte zorg

Doel organisatiescan: bijdragen aan implementatie (-bereidheid) van persoonsgerichte zorg en gezamenlijke besluitvorming in de organisatie. Insteek is op organisatieniveau.

Voor wie is deze scan: Organisaties, dat kunnen huisartspraktijken maar ook ketenzorgorganisaties zijn, die willen weten waar hun organisatie staat als het gaat om voldoen aan de benodigde randvoorwaarden voor de implementatie van persoonsgerichte zorg.

Wie vult in: beleidsmedewerkers en/of zorgverleners van de betreffende organisaties. Wenselijk is dat meerdere personen uit de organisatie het instrument invullen om vervolgens met elkaar de uitkomsten te bespreken.

Wat levert deze scan je op: de invuller van deze scan doorloopt de elementen van het huis van persoonsgerichte zorg aan de hand van stellingen die staan voor randvoorwaarden om te komen tot persoonsgerichte zorg. De invuller geeft de eigen organisatie per stelling een score. Op deze manier wordt per element inzicht verkregen in welke randvoorwaarden van belang zijn. Hoe hoger het puntenaantal, hoe meer de invuller van mening is dat er aan randvoorwaarden binnen dat element in de organisatie vorm gegeven wordt. De uitkomsten zijn per definitie subjectief en niet bedoeld om te benadrukken wat er *niet* goed gaat, maar als stimulans om inzet te richten op een element waaraan (nog) minder aandacht aan is besteed. De uitkomst(en) van deze organisatiescan geeft een aanleiding om het gesprek met elkaar aan te gaan over de randvoorwaarden voor het organiseren van persoonsgerichte zorg. Een belangrijke eerste stap.

#### Vier essentiële onderdelen

Persoonsgericht werken is niet zomaar een trucje dat je kunt toepassen of leren, maar het vraagt inzet op verschillende elementen én van verschillende partijen. Het organiseren van zorg met de patiënt als vertrekpunt kent vier belangrijke aangrijpingspunten: **patiënt, zorgverlener, financiering en organisatie**. Om het organiseren van persoonsgerichte zorg op een bestendige manier vorm te geven, is het noodzakelijk voor organisaties om aandacht te hebben voor elk van deze elementen. In de praktijk blijkt het niet altijd duidelijk of voor de hand liggend waar je per onderdeel over na kunt denken. Om organisaties (zorggroepen of huisartsenpraktijken) op een praktische en eenvoudige manier te helpen inzicht te krijgen in randvoorwaarden die per element van belang zijn bij het implementeren van persoonsgerichte zorg, is deze organisatiescan ontwikkeld.

#### Persoonsgerichte zorg, waar hebben we het precies over?

In deze organisatiescan hanteren we de definitie van persoonsgerichte zorg zoals geformuleerd door Zelfzorg Ondersteund, NHG InEen en een aantal relevante partijen in het document 'Eenheid van

taal<sup>4</sup>: een manier om zorg op maat te bieden aan mensen met een gezondheidsprobleem. Kern van persoonsgerichte zorg is dat je als zorgverlener niet de klacht of aandoening centraal stelt, maar de persoon die de klacht presenteert. Bij de behandeling staat niet het gezondheidsprobleem centraal, maar de manier waarop de patiënt in het leven staat en zelf met het probleem omgaat.

Aanvullend wordt het begrip persoonsgerichte zorg als volgt beschreven. 'De professionele zorg heeft vanuit zijn rol een belangrijke rol om patiënten te ondersteunen om, vanuit het concept positieve gezondheid, zoveel mogelijke eigen regie te nemen. Daarnaast kunnen ook lotgenoten, mantelzorgers, ICT en eHealth dit ondersteunen. De mate waarin professionele zorg wordt ingezet, kan variëren. De professionele zorg houdt rekening met de individuele kenmerken van de patiënt en diens context. Dit wordt persoonsgerichte zorg genoemd. Huis van de persoonsgerichte zorg (figuur 1) is een voorbeeld van een manier waarop nader invulling wordt gegeven hoe de professionele zorg, in een ideale situatie, kan bijdragen aan het bevorderen van de eigen regie en zelfmanagement door de patiënt. De kern is de stapsgewijze werkwijze tussen het individu en de zorgverlener die samen de agenda bepalen, doelen en acties formuleren en follow-up organiseren'.



Figuur 1. Huis van de Persoonsgerichte zorg

Het 'Huis van persoonsgerichte zorg' is een flexibel raamwerk dat je als kader kunt gebruiken bij het ontwikkelen van een systematische aanpak voor persoonsgerichte zorg in een organisatie. Het huis bevat verschillende belangrijk niveaus die met elkaar samenhangen:

1. Kern van het huis: persoonsgerichte zorg
2. Links: goed geïnformeerde patiënten en mantelzorgers
3. Rechts: de coachende zorgverlener
4. Boven: organisatie die persoonsgerichte zorg faciliteert en ondersteunt

<sup>4</sup> Zelfzorg Ondersteund! November 2016. [Op weg naar eenheid van taal. Een handreiking voor een eenduidig begrippenkader voor zelfmanagement bij chronische aandoeningen:](#)

## 5. Onder: persoonsgerichte omgeving en zorginkoop<sup>5</sup>

### **Opzet van de organisatiescan**

De organisatiescan heeft betrekking op de verschillende elementen uit het Huis van de persoonsgerichte zorg. Met het doorlopen van deze organisatiescan maakt de invuller kennis met verschillende randvoorwaarden per element. Door vervolgens per randvoorwaarde de mate in te vullen waarin de invuller van mening is dat de organisatie aan die randvoorwaarde voldoet, ontstaat een puntenaantal per onderdeel. Op deze manier wordt per onderdeel inzicht verkregen in welke randvoorwaarden per element van belang zijn. Hoe hoger het puntenaantal, hoe meer men van mening is dat er aan randvoorwaarden binnen dat element in de organisatie vorm gegeven wordt. Door meerdere invullers uit een organisatie te vragen (vanuit verschillende functies) completeer je de kennis en ervaring binnen een organisatie over de benodigde randvoorwaarden en de mate waarin er aan wordt voldaan. Door deze vier elementen gezamenlijk te beoordelen en er niet één uit te lichten spreek je met deze aanpak van een systeembenadering.

### **Hoe vul ik de organisatiescan in?**

De organisatiescan bestaat per element uit stellingen waar de invuller een score op geeft. De score varieert van 1 tot 5. Score 1 staat voor 'hier is binnen mijn organisatie geen aandacht voor', verbetering op dit element is dus mogelijk. Score 5 betekent 'hier is binnen mijn organisatie al volop aandacht voor', dit is dus het maximale aantal punten dat voor de betreffende stelling kan worden gegeven.

De gegeven punten tel je per onderdeel op. Zo kom je vier keer tot een afzonderlijk puntenaantal. Hoe hoger het puntenaantal per onderdeel, hoe meer de invuller van mening is dat er aan de aspecten van dat element binnen de organisatie vorm gegeven wordt. Als er meerdere invullers per organisatie zijn, is het interessant om te zien of de verdeling in waardering per stelling gelijk is, of hoe de volgorde in waardering van de vier totaalscores ten opzichte van elkaar verschilt.

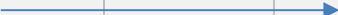
Het is niet eenvoudig, zo niet onmogelijk, om in een organisatie gelijktijdig aan alle vier elementen evenveel aandacht te besteden. Zeker als een organisatie net de eerste stappen gezet heeft in het persoonsgericht werken. De uitkomst per element is dan ook niet bedoeld om te benadrukken wat er niet goed gaat, maar als stimulans om inzet te richten op een element waaraan minder aandacht is besteed.


---

<sup>5</sup> White paper persoonsgerichte zorg. Vilans. Oktober 2014. <http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/white-paper-integrale-aanpak-persoonsgerichte-zorg.pdf>

| Element: de patiënt   | Wat doet jouw organisatie om de patiënt in staat te stellen om vorm te geven aan persoonsgerichte zorg? |   |   |   |   |                                       |
|---|---|---|---|---|---|---------------------------------------|
| Wie is 'de' patiënt? Heeft de organisatie een beeld van de patiënten en de behoeften die zij in het zorgproces hebben? Welke bijdrage verwacht de organisatie van hun patiënten in het zorgproces, en welke bijdrage levert de organisatie hier zelf aan om de patiënt hierbij te ondersteunen? | Hier is binnen mijn organisatie GEEN aandacht voor'   |   |   |   | Hier is binnen mijn organisatie VOLOP aandacht voor |                                       |
|   | 1   | 2 | 3 | 4 | 5   |                                       |
| 1. Mijn organisatie helpt de om een regierol te pakken door middel van het aanbieden van kennis (denk aan: groepsaanbod leefstijl, focusgroepen zorg op maat, workshops op onderwerp, patiëntencursussen, trainingen voor patiënten)  |   |   |   |   |   |                                       |
| 2. Mijn organisatie biedt de patiënt de ruimte om een regierol uit te oefenen in de spreekkamer door middel van technische ondersteuning of het aanbieden van andere tools (denk aan: digitaal groeiboekje, patientenportaal, ict, izp etc.)  |   |   |   |   |   |                                       |
| 3. In mijn organisatie is de toegevoegde waarde van persoonsgerichte zorg voor (een deel van) de patiënt(en) een leidend principe   |   |   |   |   |   |                                       |
| 4. Patiënten ervaren onze missie en visie over persoonsgerichte zorg in de praktijk.  |   |   |   |   |   |                                       |
| 5. Mijn organisatie communiceert in gezamenlijkheid over persoonsgerichte zorg richting de patiënt.   |   |   |   |   |   | Totaal aantal punten voor dit element |
| <b>Totaal aantal punten</b>   |   |   |   |   |   |                                       |

| Element: de zorgprofessional  | De patiënt die zijn weg uitstippelt en de professional als route begeleider.<br>In hoeverre faciliteert jouw organisatie de professional hierbij? |   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|---|---|--|
| Zorgverleners zijn gericht op het verlenen van zorg. Daar zijn ze voor opgeleid. Het voeren van een persoonsgericht gesprek waarin centraal staat om te achterhalen wat voor de patiënt van belang is, vraagt andere vaardigheden dan het beantwoorden van de medische vraag alleen. Het vraagt een benadering waarbij patiënten samen met hun zorgverlener beslissen over (medische) keuzes. | Hier is binnen mijn organisatie GEEN aandacht voor'   |   |   |   | Hier is binnen mijn organisatie VOLOP aandacht voor |  |
|   | 1   | 2 | 3 | 4 | 5   |  |
| 1. In mijn organisatie worden de professionals kennis, vaardigheden en tools aangeboden om 'het andere gesprek' met de patiënt te kunnen voeren (uitklappen).   |   |   |   |   |   |  |
| 2. De zorgprofessionals in mijn organisatie ervaren betrokken te zijn bij visievorming op persoonsgerichte zorg   |   |   |   |   |   |  |
| 3. De zorgprofessionals in mijn organisatie worden betrokken bij visievorming op persoonsgerichte zorg  |   |   |   |   |   |  |
| 4. Binnen mijn organisatie krijgen zorgprofessionals ruimte om waar nodig af te wijken van het protocol   |   |   |   |   |   |  |
| 5. In mijn organisatie is intercollegiale toetsing/reflectie op het bieden van persoonsgerichte zorg vanzelfsprekend.   |   |   |   |   |   |  |
| <b>Totaal aantal punten</b>   |   |   |   |   |   | <b>Totaal aantal punten voor dit element</b> |

| Element: de organisatie   | In welke mate wordt er binnen jouw organisatie georganiseerd op een manier die uitnodigt tot en bijdraagt aan persoonsgericht werken? |   |   |   |  |   |
|---|---|---|---|---|--|---|
| <p>Het organiseren van persoonsgerichte zorg vraagt om inspanningen op alle vier de elementen van het huis van persoonsgerichte zorg. Het vraagt niet alleen aanpassingen in het zorgverleningsproces maar juist ook in de organisatie van de zorg. Denk bijvoorbeeld aan de cultuur van de organisatie, samenwerking, leiderschap en technologische innovatie. Hoe loopt het veranderproces binnen jouw organisatie?</p> | <p>Hier is binnen mijn organisatie GEEN aandacht voor'</p>  |   |   |  | <p>Hier is binnen mijn organisatie VOLOP aandacht voor</p> |   |
|   | 1   | 2 | 3 | 4   | 5  |   |
| <p>1. Binnen mijn organisatie is sprake van duidelijk leiderschap als het gaat over persoonsgerichte zorg (daadkracht).</p>   |   |   |   |   |  |   |
| <p>2. In mijn organisatie is voor iedereen duidelijk wie wat doet om persoonsgerichte zorg te ondersteunen en collega's zijn daar ook aanspreekbaar op.</p>   |   |   |   |   |  |   |
| <p>3. De waarde 'persoonsgerichte zorg' staat binnen onze organisatie structureel op de agenda van diverse overleggen (van raad van bestuur tot de individuele praktijken).</p>   |   |   |   |   |  |   |
| <p>4. Mijn organisatie heeft een complete, gedeelde en gedragen visie op persoonsgerichte zorg: waarom we dit doen, gedeeld gevoel van urgentie, hoe we dit gaan aanpakken, etc.</p>  |   |   |   |   |  |   |
| <p>5. Mijn organisatie biedt ondersteunende middelen aan zorgprofessionals én patiënten om persoonsgerichte zorg mogelijk te maken (training, technische ondersteuning, anders)</p>   |   |   |   |   |  | <p><b>Totaal aantal punten voor dit element</b></p> |
| <p><b>Totaal aantal punten</b></p>  |   |   |   |   |  |   |

| Element: de financiering   | <i>Hoe draagt de financiering binnen jouw organisatie bij aan het vormgeven van persoonsgerichte zorg?</i> |   |   |   |  |  |
|--|--|---|---|---|--|--|
| <p><b>De aanpassingen in het zorgverleningsproces en de veranderingen in de organisatie ten behoeve van het organiseren van persoonsgerichte zorg zijn te vertalen naar het budget en de begroting van organisatie. Welke rol speelt de financiering in jouw organisatie bij het bevorderen van persoonsgerichte zorg?</b></p> | <p>Hier is binnen mijn organisatie GEEN aandacht voor'</p>   |   |   |  | <p>Hier is binnen mijn organisatie VOLOP aandacht voor</p> |  |
|  | 1  | 2 | 3 | 4   | 5  |  |
| <p>1. Mijn organisatie zet persoonsgerichte zorg op de agenda in de gesprekken met de zorgverzekeraar</p>  |  |   |   |   |  |  |
| <p>2. De afspraken die mijn organisatie maakt over persoonsgerichte zorg (zorgverzekeraars, subsidies, andere financiers) komen ook tot uitdrukking in de begroting.</p>   |  |   |   |   |  |  |
| <p>3. De afspraken met zorgverzekeraars bieden ruimte voor persoonsgerichte zorg.</p>  |  |   |   |   |  |  |
| <p>4. Binnen onze begroting creëert mijn organisatie zelf financiële ruimte om te kunnen investeren in het verder ontwikkelen van persoonsgerichte zorg</p>  |  |   |   |   |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
| 5. Binnen mijn organisatie is er ruimte voor financiering van andere zaken dan alleen aandoeningsgerichte verrichtingen (geld voor tijd, andere indicatoren, minder patiënten, anders) |  |  |  |  |  | <b>Totaal aantal punten voor dit element</b> |
| <b>Totaal aantal punten</b>  |  |  |  |  |  |  |



## De uitkomst

Tel het totaal aantal punten per element op en vul deze in onderstaand schema in

| Element             | Totaal aantal behaalde punten voor dit element | Rangschikking |
|---------------------|--|---------------|
| De patiënt          |  |               |
| De zorgprofessional |  |               |
| De organisatie      |  |               |
| De financiering     |  |               |

Deze organisatiescan geeft een overzicht waar een organisatie op het gebied van persoonsgerichte zorg. Hoe hoger het puntenaantal per element, des te meer de invuller van mening is dat er binnen de organisatie aan de aspecten van dat element wordt vorm gegeven. Als er meerdere invullers per organisatie zijn, is het interessant om te zien of de verdeling in waardering per stelling gelijk is en hoe de rangschikking in waardering van de vier totaalscores ten opzichte van elkaar verschilt.

Het is niet eenvoudig, zo niet onmogelijk, om in een organisatie gelijktijdig aan alle vier elementen evenveel aandacht te besteden. Zeker als een organisatie net de eerste stappen gezet heeft in het persoonsgericht werken. De uitkomst per element is dan ook niet bedoeld om te benadrukken wat er niet goed gaat, maar als stimulans om inzet te richten op een element waaraan minder aandacht is besteed. De uitkomsten zijn het resultaat van een zelfevaluatie en daarmee per definitie subjectief. De uitkomst(en) van deze organisatiescan geeft een aanleiding om het gesprek met elkaar aan te gaan over de randvoorwaarden voor het organiseren van persoonsgerichte zorg. Een belangrijke eerste stap. Vooral als de organisatie inspanningen levert om persoonsgerichte zorg vorm te geven binnen de organisatie, is het zinvol na enige tijd de scan nogmaals in te vullen en de scores over de tijd met elkaar te vergelijken.

## Proces totstandkoming van dit instrument

Een van de eerste stappen bij het samenstellen van deze organisatiescan was het uitvoeren van een korte literatuurstudie. Daarbij zijn de volgende documenten geraadpleegd:

- [Z-scan](#), Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement
- White paper [Integrale aanpak persoonsgerichte zorg](#), Vilans
- Zelfevaluatie voor zorggroepen InEen (module zelfmanagement en individueel zorgplan)
- Eindrapport pilot [handreiking gezamenlijke besluitvorming](#)
- Documenten Scan en Plan van [Zelfzorg Ondersteund!](#) (gespreksleidraad Scan en Plan, presentatie Scan en Plan)

Naast contact met de projectleider/-groep en stuurgroepleden van het project 'IZP, anders leren werken' is er ook gesproken met de volgende deskundigen over hoe een organisatiescan vorm zou kunnen krijgen:

- Matthijs Zwier, adviseur Raedelijk,
- John Hoenen, adviseur REOS en consulent ZO!

Op basis van deze input hebben Marieke de Jong (adviseur Raedelijk) en Mariska Smit (beleidsmedewerker InEen) een eerste versie van de organisatiescan gemaakt. Aanvullend is door InEen een focusgroep georganiseerd met diverse leden zorggroepen uit het veld om met hen in gesprek te gaan over de onderwerpen en thema's die voor een organisatiescan relevant zijn. De volgende personen waren hierbij aanwezig:

1. Miriam de Kleijn, huisarts epidemioloog Preventzorg
2. Karin ter Borg, coördinator chronische zorg ROHA
3. Frank Amory, coördinator ketenzorg Zorg In Ontwikkeling
4. Marian Verkerk, adviseur Ketenzorg NU
5. Suzan Knikkink, adviseur Huisartsen Utrecht Stad
6. Carolien Muit, praktijkverpleegkundige ROHMN
7. Marieke de Jong, adviseur Raedelijk
8. Mariska Smit, beleidsmedewerker InEen

Ook is met de focusgroep gesproken over wanneer een organisatie van dit instrument gebruik maakt, hoe de uitkomst er uit ziet, in welke mate de uitkomst een positieve stimulans geeft. Op basis van deze uitkomsten is de eerste versie van de organisatiescan aangepast en aangevuld tot voorliggend document.

Ook zijn er aanbeveling gedaan voor een volgende versie van dit document om het gebruiksgemak te vergroten. De volgende punten zijn benoemd:

-Bij het aanbieden van de scan is het raadzaam te beginnen met een motiverend verhaal, waarom zou je deze scan invullen en wat brengt het je? Deze boodschap kun je persoonlijk maken door deze af te stemmen op de ontvanger, bv een zorgprofessional of een stafmedewerker van een zorggroep.

-Maak de scan digitaal zodat het invullen vergemakkelijkt wordt en de uitkomsten van alle invullers in een groot databestand opgenomen worden. Op basis van dit databestand wordt dan inzichtelijk bij welk element/onderdeel de vraag naar implementatieondersteuning van organisaties het grootst is. Een organisatie als InEen kan hier dan de informatie naar haar leden op aanpassen.

-De uitkomst zou meer dan een score moeten zijn. Wat organisaties motiveert om iets met de uitkomst te doen is een advies op maat. Door op basis van de gegeven antwoorden passende aanbevelingen te geven, krijgen de organisaties een advies dat daadwerkelijk voor hen geschreven is. Dit advies op maat kan voorgeprogrammeerd worden via een onderliggend algoritme in een digitaal systeem.

-Het advies op maat bestaat idealiter uit suggesties over geschikte instrumenten en tools om de zorggroep op die manier een stapje verder te helpen met persoonsgerichte zorg. In de instrumentenkoffer van Zelfzorg Ondersteund! zijn bijvoorbeeld al veel tools opgenomen die aan deze uitslag gekoppeld kunnen worden.

-Naast een handreiking voor passende tools geven leden van InEen aan behoefte te hebben aan het uitwisselen van ervaringen en informatie met elkaar. Het invullen van de scan en het op grotere schaal beschikbaar stellen van de uitkomsten van de organisatiescan, stelt leden in staat om onderling contact met elkaar te zoeken en elkaar te bevragen op hoe zij bepaalde elementen/randvoorwaarden vorm hebben gegeven. De organisatiescan dient dan als een eerste stap in het gericht contact zoeken met andere organisaties die bijvoorbeeld wél een bepaalde randvoorwaarde hebben vormgegeven waar je binnen je eigen organisatie niet verder mee komt.

-Het invullen van de organisatiescan door meerdere invullers per organisatie is waardevol. In het ideale geval kun je als organisatie meerdere collega's uit de organisatie uitnodigen om de digitale scan in te vullen. De antwoorden voor die bewuste organisatie komen achter de schermen bij elkaar en zijn op die manier inzichtelijk voor de organisatie zelf, of desgewenst breder. Door de antwoorden per organisatie te koppelen, komen de verschillen tussen invullers duidelijk in beeld.

## Bijlage 5 Onderzoek

### Oproep onderzoeksvoorstellen persoonsgerichte zorg en diversiteit

#### 1. Specificatie van de onderzoeksopdracht

##### a. Doel

Inzicht verkrijgen in de effectieve toepassing van de persoonsgerichte zorg en de invloed van diversiteit hierop.

##### b. Achtergrond van de opdracht

Persoonsgerichte zorg is sinds jaar en dag één van de kernwaarden in de huisartsenzorg. Met de toenemende aandacht voor gezondheid en leefstijl, en daarnaast de verdergaande protocollering in de zorg, ontstaat er bij patiënten, zorgverleners en andere stakeholders in de (eerstelijns)zorg toenemende belangstelling voor de invulling van persoonsgerichte zorg en verwante aspecten, zoals: gezamenlijke besluitvorming, het individueel zorgplan en zelfmanagement. Telkens opnieuw blijkt dat het bieden van persoonsgerichte zorg geen ‘trucje’ is. Het verlenen van persoonsgerichte zorg vraagt een andere attitude, zowel bij patiënten als zorgverleners. De houding en het gedrag van patiënten en zorgverleners in de spreekkamer is bepalend voor het daadwerkelijk realiseren van persoonsgerichte zorg. Deze attitude- en gedragsverandering maakt volgens het ‘House of Care’ model alleen kans van slagen als deze wordt ondersteund door organisatie en wordt voorzien van noodzakelijke randvoorwaarden (voldoende tijd en capaciteit, benodigde expertise en deskundigheid, adequate financiering). Het realiseren van persoonsgerichte zorg is daarmee een complex vraagstuk, waarbij meerdere factoren een rol spelen die elkaar beïnvloeden. Een uitdagend vraagstuk om grip op te krijgen. Of zoals één van de experts het verwoordde: *“bij complexe vragen krijg je complexe antwoorden”*. Zuiver kwantitatieve onderzoeksmethodes zijn volgens de geraadpleegde deskundigen niet passend. Hoewel de maatschappelijke wens bestaat om uitkomsten van persoonsgerichte zorg in maat en getal uit te drukken waarschuwen de experts voor te hooggespannen verwachtingen. Het advies is om met elkaar de tijd te nemen om te werken aan een gemeenschappelijke kennisbasis.

Met deze oproep is het Zorginstituut Nederland op zoek naar onderzoeksvoorstellen die inzicht geven in het effectief toepassen van persoonsgerichte zorg. Vanwege de aanwezige verschillen tussen zorggebruikers zijn we daarbij in het bijzonder geïnteresseerd in de invloed van diversiteit op het verlenen van de persoonsgerichte zorg.

Het begrip diversiteit kent diverse definities. In het algemeen spreken we over diversiteit bij patiënten. Uiteraard speelt diversiteit ook bij professionals en in zekere zin ook bij zorgorganisaties een rol. In het kader van persoonsgerichte zorg maken wij hier graag een onderscheid in vier soorten diversiteit.

- Ten eerste wordt het begrip diversiteit gebruikt voor verschil in afkomst, gender, leeftijd, SES e.d. Het betreft hier gegevens die (vrij) statisch zijn.
- Ten tweede gaat het over diversiteit in gezondheidsvaardigheden (zie definitie hieronder).
- Ten derde spreken we bij persoonsgerichte zorg van het unieke van elk mens, over wat voor hem belangrijk is, over wensen en voorkeuren. De term die hierbij het meest in de buurt

komt is waardengedreven zorg (*By patient values we mean the unique preferences, concerns and expectations each patient brings to a clinical encounter and which must be integrated into clinical decisions if they are to serve the patient*)

- Ten vierde nog een wat afwijkende categorie, in de internationale literatuur wordt gesproken over ‘personalised medicine’, geïndividualiseerde geneeskunde die uitgaat van het individuele genoom. (*“In personalised medicine, diagnostic testing is employed for selecting appropriate and optimal therapies based on the context of a patient’s genetic content or other molecular or cellular analysis.”*). Deze laatste categorie laten we hier buiten beschouwing.

### c. Definities en begrippen

Uit het voortraject in de aanloop naar het opstellen van deze oproep voor onderzoeksvorstellen is gebleken dat er bij de betrokken partijen in de eerstelijnszorg breed draagvlak bestaat voor het eerder genoemde House of Care model (zie Whitepaper persoonsgerichte zorg, Vilans). Ook is er door de betrokken partijen gewerkt aan een gezamenlijk begrippenkader. Voor de definities van de begrippen in deze oproep verwijzen we naar de definities uit dit gezamenlijke begrippenkader. De belangrijkste definities uit het begrippen kader zijn hieronder beschreven:

Persoonsgerichte zorg: is een manier om zorg op maat te bieden aan mensen met een gezondheidsprobleem. Kern van persoonsgerichte zorg is dat je als zorgverlener niet de klacht of aandoening centraal stelt, maar de persoon die de klacht presenteert. Bij de behandeling staat niet het gezondheidsprobleem centraal, maar de manier waarop de patiënt in het leven staat en zelf met het probleem omgaat.

Gezamenlijke besluitvorming: het individu en de zorgverlener beslissen gezamenlijk over hoe een gezondheidsprobleem wordt opgepakt. Ze bespreken samen aard en achtergrond van het probleem, de verschillende opties om hier mee om te gaan, de voor- en nadelen van de opties en welke overwegingen belangrijk zijn voor het individu.

Gezondheidsvaardigheden: (cognitieve) vaardigheden van individuen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen en de psychologische en sociale vaardigheden om deze beslissingen uit te voeren.

Zelfmanagement: zijn de activiteiten van individuen om met chronische gezondheidsproblemen om te gaan. Het betreft omgaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en psychosociale consequenties en/of de omgang met risicofactoren en aanpassing in leefstijl.

Zelfmanagementondersteuning: is de ondersteuning bij zelfmanagement door zorgprofessionals, de inzet van ICT, hulpmiddelen, mantelzorgers, lotgenoten en door hun omgeving.

Individueel Zorgplan: is een dynamische set van afspraken van het individu en de zorgverlener(s) over zorg én zelfmanagement. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van het individu. Zij komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand. Dit vormt de kern van het proces van individuele zorgplanning.

## 2. De opdracht

### a. Omschrijving van de opdracht

Bij het beschrijven van de achtergrond van de opdracht hebben we geconstateerd dat het realiseren van persoonsgerichte zorg een complex vraagstuk is, waarbij diverse factoren een rol spelen die elkaar beïnvloeden. Voor het verkrijgen van het gewenste inzicht in de effectieve toepassing van persoonsgerichte zorg en de invloed van diversiteit hierop is een eendimensionale en traditionele

benadering van het onderzoek niet toereikend. We zijn op zoek naar een benadering die recht doet aan de complexiteit van het vraagstuk door de context, onderliggende werkingsmechanismen en effecten van persoonsgerichte zorg met elkaar in verband te brengen. Het House of Care Model maakt inzichtelijk op welke wijze relevante kenmerken voor persoonsgerichte zorg zich tot elkaar verhouden en besteedt daarbij aandacht aan de context. Het model heeft daarbij oog voor de eerder genoemde diversiteit van patiënten, professionals en organisaties die van betekenis is voor de verdere uitwerking van persoonsgerichte zorg. Het House of Care model biedt aanknopingspunten voor implementatie in de dagelijkse praktijk. Om de patiënten, zorgverleners en organisaties daarbij te ondersteunen zijn we op zoek naar onderzoeksvorstellen die input leveren voor kwaliteitsverbetering (quality improvement) en bijdragen aan veranderprocessen gericht op een succesvolle implementatie van persoonsgerichte zorg in de praktijk.

De brede uitgangsvraag waar antwoord op gezocht wordt is: In welke context vindt persoonsgerichte zorg plaats, welke uitkomsten zijn er en welke processen en mechanismen daarbij spelen een rol. In de woorden van de experts: *“Wat werkt voor wie en waarom?”*.

Bij het beantwoorden van deze onderzoeksvraag is het belangrijk om te achterhalen wat het onderzoek patiënten, zorgverleners, zorgorganisaties en andere stakeholders (patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en toezichthouders) moet opleveren om de praktijk verder te brengen. Hierbij past de methodiek van ‘realist evaluation’, waarbij een programmatheorie wordt geconstrueerd en kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden worden gecombineerd om deze theorie en bijbehorende hypothesen in de praktijk te onderzoeken. Het is belangrijk dat daarbij zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van bestaande kennis en kennis en zichten uit de (internationaal) onderzoek. Uit de beschikbare literatuur en de expertopinions kunnen relevante onderzoeksvragen en hypothesen worden gehaald die in de Nederlandse praktijk kunnen worden vergeleken en getoetst. Door te rade te gaan bij bestaande initiatieven in Nederland wordt inzicht verkregen in de verschillende ontwikkelingsstadia op het gebied van persoonsgerichte zorg. Hieruit ontstaat een beeld van de stand in het land. Het verdient aanbeveling bestaande informatie te combineren en in het licht van de brede vraag te onderzoeken waar aanvullende informatie nodig is. Het onderzoek moet vooral kennis en informatie opleveren die voor de mensen in de praktijk waardevol is.

In de aanloop naar het formuleren van deze oproep voor onderzoeksvorstellen werd een aantal experts geraadpleegd. Zij brachten voor het onderzoek de volgende aandachtspunten en onderzoeksvragen naar voren:

- het verkrijgen van inzicht in de bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie van persoonsgerichte zorg;
- het benoemen van de benodigde randvoorwaarden en systeemvereisten voor persoonsgerichte zorg;
- inzicht verschaffen in de diversiteit aan patiënten en wat dat voor de praktijk kan betekenen, bijvoorbeeld: welke patiënt heeft welke ondersteuning of interventie nodig;
- inzicht in ervaring met en de behoeftes van patiënten in persoonsgerichte zorg (gezamenlijke besluitvorming, keuze-ondersteunende informatie, het individueel zorgplan, zelfmanagement en het gebruik van e-health);
- inzicht in passende maten om mogelijke uitkomsten van persoonsgericht werken in beeld te brengen (denk hierbij aan de ervaren invloed van patiënten op hun gezondheid, patiënttevredenheid, dokterstevredenheid, zorggebruik);

- inzicht in de optimale verhouding tussen inspanning en opbrengsten en duurzaamheid van persoonsgerichte zorg;
- inzicht in de benodigde competenties van zorgverleners voor het bieden van persoonsgerichte zorg én diversiteit, en de mate waarin en hoe deze competenties kunnen worden vergoed;
- hoe kan protocollair werken en persoonsgerichte zorg in de (chronische) zorg geïntegreerd worden
- hoe kan de POH optimaal worden ingezet bij het leveren van persoonsgerichte zorg, wat zijn de bijbehorende competenties en wat is het effect van de inzet van de POH;
- inzicht in de context van de professional bij de implementatie van persoonsgerichte zorg, wat is van belang voor de professional, wat zijn voorwaarden en hulpmiddelen voor het persoonsgericht werken;
- hoe kan samenwerking tussen het medische en sociale domein persoonsgerichte zorg faciliteren;
- inzicht in de rol en invloed van mantelzorgers bij persoonsgerichte zorg;
- zijn gezondheidsvaardigheden te beïnvloeden door huisarts en POH en zo ja, bij wie en hoe dan?

We zien graag dat deze aandachtspunten en onderzoeksvragen in de onderzoeksvorstellen worden verwerkt.

#### **b. Eisen en wensen**

Om te kunnen voldoen aan de omschrijving van de opdracht hanteren we een aantal criteria waarop de onderzoeksvorstellen en de onderzoekers zullen worden beoordeeld. Het gaat daarbij om de volgende criteria:

- kennis en ervaring op het gebied van persoonsgerichte zorg;
- affiniteit met diversiteit en ervaring met onderzoeksmethoden waarbij uitgegaan wordt van diversiteit;
- ervaring met praktijkgericht onderzoek;
- aantoonbare ervaring met kwalitatief onderzoek;
- aantoonbare ervaring met mixed-method onderzoek, bijvoorbeeld realist evaluation;

#### **Bronnen:**

- Lagro-Janssen en v.d. Jagt, Handboek effectieve communicatie in de huisartsenpraktijk, H3.2 Diversiteit in het huisartsen-patientcontact, 2016
- RVS, Zonder context geen bewijs, 2017
- Vilans, Whitepaper Persoonsgerichte zorg, 2014
- Vrijhoef e.a., Integratie van zorg, Inzichten uit (onderzoeks)programma's tussen 2005 en 2017, Tijdschr gezondheidswet, DOI 10.1007/s12508-017-0068-z
- Zelfzorg ondersteund, Op weg naar eenheid van taal, 2016

## Bijlage 6 Projectplan

### Implementatie generiek Raamwerk IZP: anders leren werken

Definitieve versie dd. 24 juli 2015 op basis van versie 0.4

Auteurs: Ivo Smeele (NHG), Frederik Vogelzang (InEen).

#### Inleiding en context

In het project 'Ontwikkeling referentiemodel Individueel Zorgplan' ontwikkelden het NHG, Vilans en de NPCF in opdracht van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden (CPZ), overgegaan in het Kwaliteitsinstituut en nu onderdeel van Zorginstituut Nederland, een programma van eisen voor een generiek Individueel Zorgplan (IZP). Daarbij is ook de vertaalslag gemaakt naar een referentiemodel voor het vastleggen van afspraken tussen patiënten en zorgverleners. Het programma van eisen en het referentiemodel voor een IZP werden begin 2014 aangeboden aan Zorginstituut Nederland en gepubliceerd. Het referentiemodel is een doorontwikkeling van het Raamwerk generiek IZP dat door het CPZ ontwikkeld is.

#### **Individueel Zorgplan**

Het referentiemodel Individueel Zorgplan beschrijft het IZP als een dynamische set van afspraken van de patiënt en de zorgverlener(s) over zorg én zelfmanagement. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van de patiënt. Zij komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand. Gezamenlijke besluitvorming vormt de kern van het proces van persoonsgerichte zorg. Voor de patiënt en zijn zorgverlener(s) is het van belang dat er maximaal één zorgplan per patiënt ontstaat. Het individuele zorgplan is daarom niet aandoeningsgericht maar generiek. In verband met gebruiksgemak en het voorkómen van fouten door dubbelregistratie is digitale beschikbaarheid een voorwaarde. Het IZP wordt daardoor toegankelijk voor de patiënt en de betrokken zorgverleners. In feite kan onderscheid worden gemaakt naar het 'proces' (het gesprek over doelen en behoeften) en het 'product' (de afspraken).

Een succesvolle implementatie van het Individueel Zorgplan rust volgens het House of Care model op een aantal pijlers:

1. Bevorderen van attitude verandering bij zorgverleners (door het aanbieden van training) en het ontwikkelen van instrumenten voor het ondersteunen van de zorgverlening van patiënten;
2. Actief betrekken van patiënten bij het zorgproces door het benaderen van de juiste doelgroepen en het versterken van de bewustwording, attitude, kennis en vaardigheden van patiënten;
3. Realiseren van ICT-ondersteuning voor het IZP door het inbouwen van het referentiemodel in HIS-en en KIS-en;
4. Het zorgen voor de benodigde financiële ruimte door het gebruik van het IZP te belonen via de contractering.



Voor de implementatie van het IZP zijn van belang:

1. Bevordering attitudeverandering en ondersteuning zorgverleners

Het bevorderen van persoonsgerichte zorg stelt hoge eisen aan attitude, vaardigheden en consultvoering van zorgverleners ingebed in een goede arts-patiëntrelatie.

Wat betreft de consultvoering zijn de volgende aspecten te onderscheiden:

- Gezamenlijke agenda bepalen voor het consult (agenda setting);
- Gezamenlijk doelen bepalen (goalsetting);
- Gezamenlijk acties bepalen (shared decision making en action planning);
- Evalueren en opvolgen van acties (follow-up).

Om deze manier van werken te bevorderen en ondersteunen kunnen tools en trainingen worden ontwikkeld zoals:

- een handreiking voor het in beeld kunnen brengen van het vermogen van de patiënt voor zelfmanagement;
- protocollen voor het werken met het Individueel Zorgplan;
- gespreksmodellen;
- educatieve producten;
- keuzehulpen en beslisondersteunende informatie afgeleid van richtlijnen;
- richtlijnen en modellen voor e-health toepassingen (waaronder patiëntenportals);
- training onder meer gericht op het werken met een Individueel Zorgplan en gedeelde besluitvorming.

Deze manier van werken beoogt de behoeften van de patiënt centraal te stellen en de strikte focus op (registratie van) meetwaarden bij met name chronische (multi-morbide) aandoeningen te verminderen door zorgverleners hiervoor tools en vaardigheden te bieden.

2. Attitudeverandering en ondersteuning patiënten

Persoonsgerichte zorg stelt eveneens eisen aan de attitude en vaardigheden van de patiënt. Dit kan voor een deel door de huisarts en praktijkondersteuner worden overgebracht in het directe patiëntencontact. Daarnaast kunnen tools een ondersteunende rol spelen bij:

- het bevorderen van het probleemoplossend vermogen van de patiënt;
- het bevorderen van de besluitvaardigheid van de patiënt;
- het benutten van beschikbare hulpbronnen door de patiënt;
- selftailoring.

Thuisarts.nl kan hierbij goed worden ingezet. Elementen bij het door ontwikkelen van Thuisarts zijn onder meer het ontsluiten van keuzehulpen en option grids, beslis ondersteunende informatie, verdiepende informatie en linken met zelfmanagement ondersteuningstools (waaronder coaches) en de verbinding met patiëntenportals.

Voor de ontwikkeling van ondersteunende tools voor patiënten wordt ook gebruikt gemaakt van materialen en producten van andere partijen zoals Zelfzorg Ondersteund, patiëntorganisaties en het Zorginstituut Nederland.

### 3. Bieden van ICT ondersteuning bij het werken met een IZP ICT.

Op verzoek van enkele landelijke partijen (o.a. NHG, NPCF en InEen) ontwikkelt Nictiz een informatie standaard voor de uitwisseling van gegevens uit het Individueel Zorgplan voor mensen met een chronische aandoening. Het Zorginstituut is eveneens aangesloten bij de ontwikkeling van deze Informatiestandaard. Nictiz werkt op dit moment aan een eerste ontwerp en een datamodel dat aansluit op het generiek Raamwerk IZP en het referentiemodel uit het project van NHG/NPCF/Vilans. Naar verwachting zal de informatiestandaard in 2015 beschikbaar zijn.

4. Het zorgen voor de benodigde financiële ruimte door het gebruik van het IZP te belonen via de contractering valt buiten de scope van dit projectvoorstel.

### **Projectvoorstel implementatie werken met IZP.**

Zorginstituut Nederland is met het NHG, InEen en andere partijen in gesprek over de wijze waarop de implementatie van het IZP vorm krijgt. Het onderhavige projectvoorstel voor het ontwikkelen van een blended training voor het werken met een Individueel Zorgplan sluit aan op deze initiatieven van het Zorginstituut en andere partijen. Door het onderhouden van contact en onderlinge afstemming kunnen de verschillende initiatieven elkaar versterken. In het medio 2015 afgeronde project 'Gezamenlijke Besluitvorming' is voorwerk verricht t.a.v. de inhoud van de blended training. In dit project hebben NHG, Maastrichts Universitair Medisch Centrum/Zuyd Hogeschool en InEen samengewerkt aan een model voor gedeelde besluitvorming. Het doel van het project was het ontwikkelen van een handreiking voor gezamenlijke besluitvorming op basis van persoonsgerichte doelen. De handreiking is een praktische uitwerking van het model over gezamenlijke besluitvorming met een concrete beschrijving van de werkwijze. Hierbij worden vier fasen onderscheiden. De eerste fase betreft de voorbereiding van de patiënt op het consult. In de tweede fase staat gezamenlijke besluitvorming over persoonlijke doelen centraal. Vervolgens worden op basis van deze doelen gezamenlijke afspraken gemaakt over de acties die hieruit volgen. Tijdens de afsluitende evaluatiefase worden de persoonlijke doelen en afgesproken acties geëvalueerd. De handreiking is in het project bij een aantal zorggroepen uitgetest. Via het project voor het ontwikkelen van een blended training voor het werken met een Individueel Zorgplan krijgt het project 'Gezamenlijke Besluitvorming' een vervolg gericht op de implementatie en borging bij zorgverleners (o.a. via opname in het opleidingscurricula).

### **Doel**

Het bevorderen van de implementatie via:

1. Het ontwikkelen van een blended trainingsaanbod ter ondersteuning van de benodigde attitude- en gedragsverandering bij zorgverleners in de huisartsenzorg gericht op het werken met een IZP. De kern van het werken met het IZP is het proces van gezamenlijke besluitvorming. Het te ontwikkelen trainingsaanbod helpt huisartsen en praktijkondersteuners de gezamenlijke besluitvorming en het werken met een IZP in de praktijk toe te passen. Na een succesvolle ontwikkeling van de trainingsmodule voor de huisartsenzorg (huisartsen en POH-ers) zal deze ook voor andere disciplines (apothekers, fysiotherapeuten, diëtisten, psychologen, etc.) beschikbaar worden gemaakt.

2. Het bevorderen van opname van het blended scholingsaanbod en de eindtermen in de opleidingscurricula van huisartsen en POH.
3. Het ontwikkelen van een kwaliteitsinstrument in de huisartsenvoorziening waarmee ten behoeve van het (interne) kwaliteitsbeleid het gebruik van een generiek Individueel Zorgplan bevorderd kan worden.
4. Het schrijven van een onderzoeksvoorstel aansluitend bij de vragen uit het veld met als vraagstelling of het gebruik van het IZP daadwerkelijk bijdraagt aan:
  - integrale persoonsgerichte en domeinoverstijgende zorg;
  - het faciliteren van het proces van gezamenlijke besluitvorming in de dagelijkse praktijk van zorgverleners en patiënten.Met als uiteindelijke doel bij te dragen aan een betere kwaliteit van leven en tevredenheid van de zorgvrager.

### **Partijen.**

InEen: vertegenwoordigt de eerstelijns zorgorganisaties en kan bijdragen aan het bevorderen van de implementatie van de te ontwikkelen training door het (doen) organiseren van de benodigde randvoorwaarden.

UM: Expertise centrum op het gebied van shared decision making (Prof. T van der Weijden).

V&VN, afdeling POH/PVK. Vertegenwoordiging van doelgroep.

NHG: Vertegenwoordiging van doelgroep. Producten die van het NHG komen sluiten beter aan bij de praktijk en worden beter geaccepteerd. Het NHG heeft meerdere producten rond het IZP ontwikkeld en kan goed een blended learning product maken waarin de overige NHG producten zijn opgenomen. NHG is een grote partij in het ontwikkelen en uitvoeren van training en scholing.

NPCF: actief in het stimuleren en versterken van de rol van de patiënt als partner in de spreekkamer. In het project zal o.a. bij het initiatief "Stel 3 vragen", waarin de vraagkant versterkt wordt, worden aangesloten.

### **Doelgroep**

Persoonsgerichte zorg (met aandacht voor gezamenlijke besluitvorming en het werken met een individueel zorgplan) is van belang bij alle aandoeningen in de huisartsenvoorziening. Dit geldt in het bijzonder voor chronische aandoeningen (DM, CVRM en astma/COPD). Het leveren van de zorg voor mensen met een chronische aandoening vindt voor wat betreft de patiënten die in de eerste lijn worden behandeld plaats vanuit de huisartsvoorziening. De primaire doelgroep van de blended training is daarom de huisarts en de POH. Het project richt zich daarbij op het opleiden van trainers die het blended trainingsaanbod voor de zorgverleners kunnen verzorgen. Via het 'train-de-trainer principe' worden de trainers opgeleid. Om in de ontwikkelingsfase de ervaringen met het trainingsaanbod in de praktijk vanuit de eerste hand te kunnen monitoren, voorziet het project in het testen van de blended training bij de primaire doelgroep van huisartsen en praktijkondersteuners. Aanvullende doelgroepen kunnen zijn: fysiotherapeuten, apothekers, diëtisten, psychologen. Hiervoor zullen (plannen van aanpak voor) aanvullend modules worden ontwikkeld. Gaandeweg zal het aandachtsgebied worden uitgebreid met zorg voor mensen met meerdere chronische

aandoeningen, kwetsbare ouderen en de GGZ. Daarbij zullen ook relaties worden gelegd o.a. met wijkverpleging. De ervaringen met de zorg voor chronische aandoeningen zijn hierbij cruciaal.

### **Inhoud training**

Als vervolg op het pilotproject 'Gezamenlijke Besluitvorming' van NHG, InEen en Maastrichts Universitair Medisch Centrum/Zuyd Hogeschool dat mede mogelijk is gemaakt door Zorginstituut Nederland krijgen de ervaringen uit deze pilots en andere pilots in het land met het model voor gezamenlijke besluitvorming en de bijbehorende handreiking een plek in het trainingsprogramma voor huisartsen en POH-ers. Op basis van te formuleren competenties, de resultaten van het project 'Gezamenlijke besluitvorming' en voorbeelden van bestaande trainingen (o.a. Doen en blijven doen, NHG zelfmanagement module, Vilans, etc.) zal een op maat blended training worden ontwikkeld welke de succeselementen van genoemde trainingen bevat en tevens de nieuwste ontwikkelingen rond het IZP zal integreren.

De training richt zich op het toepassen van gezamenlijke besluitvorming en het werken met het individueel zorgplan door huisartsen en praktijkondersteuners. De training bestaat o.a. uit een theoretisch gedeelte over gezamenlijke besluitvorming over afspraken als onderdeel van het Individueel Zorgplan en uit praktische (huiswerk) oefeningen, met de handreiking, o.a. met videoregistratie en terugkom bijeenkomsten. De meest optimale vorm van de blended learning zal in de startfase van het project verder worden uitgewerkt. Daarbij wordt gekeken naar succesvolle ervaringen met bestaande blended learningtrajecten in de ketenzorg zoals bijv. Langerhans en CASPIR. Ook zal gebruikt worden gemaakt van de kennis en ervaringen van de huisartsenopleidingen.

### **Aanpak**

De aanpak van het project 'Leren werken met een individueel zorgplan' bestaat uit drie fasen

- Fase 1 Het ontwikkelen van een trainingsaanbod in de huisartsenvoorziening en het schrijven van een onderzoeksopzet.
- Fase 2. Het ontwikkelen kwaliteitsinstrument, implementatie in opleidingen en verbreding.
- Fase 3. Het implementeren, borgen en onderhouden van het trainings- en scholingsaanbod.

De projectaanpak beschrijft op hoofdlijnen de verdere uitwerking van genoemde fasen.

Fase 1 Het ontwikkelen van een trainings- en scholingsaanbod en een onderzoeksopzet

| <b>Activiteit</b>  | <b>Product/resultaat</b>  | <b>Tijdpad (weken)</b> |
|--|---|------------------------|
| Opstart en inrichting project.   | Goed functionerende projectorganisatie  | 0-4 weken              |
| Beschrijven competenties en vaardigheden van zorgverleners (huisartsen en praktijkondersteuners) | Overzicht van de benodigde competenties bij huisartsen, praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners voor het werken met een individueel zorgplan. | 0-3                    |

|  |  |       |
|--|--|-------|
| Competenties en vaardigheden van de trainers   | Beschrijven van de benodigde competenties en vaardigheden van de trainers.   | 0-3   |
| Vertaling van competenties naar eindtermen en leerdoelen voor zowel de zorgverleners (huisartsen en praktijkondersteuners) als de trainers | Overzicht van de eindtermen en leerdoelen die de training voor het toepassen van gezamenlijke besluitvorming en het werken met een individueel zorgplan zou moeten opleveren voor zowel de zorgverleners als de trainers   | 3-4   |
| Inventariseren van bestaande materialen, instrumenten, competenties en vaardigheden  | Overzicht van bestaande materialen, interventies op gebied van gezamenlijke besluitvorming en werken met een IZP   | 0-4   |
| Vergelijken van bestaand materiaal met eindtermen en leerdoelen  | Inzicht in de witte vlekken voor het bereiken de geformuleerde eindtermen en leerdoelen  | 5-7   |
| Ontwikkelen van aanvullende materialen en hulpmiddelen   | Bouwstenen voor training van vaardigheden en competenties op gebied van gezamenlijke besluitvorming en werken met een IZP (bijvoorbeeld rollenspelen, voorbeeld video registraties, registratiehulpmiddelen, voorwerk en huiswerkopdrachten etc.)                                    | 7-15  |
| Samenstellen concept module voor de zorgverleners (huisartsen en praktijkondersteuners)  | Concept module met alle onderwijsmaterialen Benaderen doelgroep voor 2 testgroepen   | 7-15  |
| Samenstellen concept versie train-de-trainer module voor trainers en docenten  | Trainingsaanbod en docentinstructies voor docenten die de opgedane kennis aan zorgverleners (huisartsen en praktijkondersteuners) in praktijken, zorggroepen en gezondheidscentra kunnen overbrengen (denk aan een sessie van 3 uur voor een groep van 10-20 personen in een regio). | 15-18 |
| Testen module in 2 groepen zorgverleners<br>Testen van train- de trainingsmodules bij een groep docenten                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. 2 groepen cursisten met zorgverleners (huisartsen en POH-ers) die de pilot gaan doen</li> <li>b. Een getrainde groep van 10-15 docenten die de opgedane kennis en vaardigheden in de praktijken kunnen toepassen</li> </ul>                | 18-28 |
| Organiseren van een terugkombijeenkomst  | Terugkombijeenkomsten van docenten en zorgverleners (huisartsen en POH-ers)  | 28-32 |

|  |   |            |
|--|---|------------|
| met aandacht voor: evaluatie van eerste ervaringen; terugblik op de eerste training; aanvulling en verdiepende training                |   |            |
| Bijstellen van het trainingsaanbod en train de trainers cursus op basis van de ervaringen van cursisten en de docenten uit de praktijk | Bijgestelde versie van het trainingsaanbod  | 32-34      |
| Opleveren definitieve blended training   | Definitieve en volledige beschrijving van het blended trainingsaanbod en implementatieplan  | 34-36      |
| Opschalen van het trainingsaanbod door het organiseren van train-de-trainer-cursussen ondersteund met het doorontwikkelde materiaal    | Uitbreiding van de poule van docenten die de training voor het toepassen van gezamenlijke besluitvorming en het werken met een individueel zorgplan in de praktijken kunnen uitvoeren | 36-46      |
| Uitloop & Inrichten fase 2 en eindrapportage   | Eindrapport voor subsidie gever   | 46-48      |
| Onderzoekopzet voor evaluatie effecten introductie IZP in zorg in huisartsvoorziening  | Onderzoeksvoorstel  | 40-52      |
| Participatie in communicatie en advies trajecten o.a. rond informatie standaard  |   | doorlopend |

Fase 2 Ontwikkelen kwaliteitsinstrument, implementatie in opleidingen en verbreding.

| Activiteit   | Product/resultaat  | Tijdpad (weken) |
|--|--|-----------------|
| Koppeling van het trainingsaanbod aan de praktijk accreditatie<br>Dit betekent: <ul style="list-style-type: none"> <li>• afleiden van criteria uit het trainingsaanbod</li> <li>• criteria opnemen in intervisietraject en/of praktijkaccreditatie</li> <li>• meenemen van vastgestelde criteria in het de PDCA-cyclus gericht op meten en verbeteren</li> </ul> | Toepassen van gezamenlijke besluitvorming en het werken met een individueel zorgplan aangeboden aan accrediteringsorganisaties als module binnen de praktijk accreditatie. | 48-60           |
| Plan van aanpak voor modules voor apotheker, fysiotherapie, diëtiste, psycholoog, mede op basis van bestaand materiaal en ervaringen   | Plan van aanpak voor aanvullende modules die aansluiten bij de werkwijze van deze disciplines  | 48-60           |
| Beschrijven van eindtermen t.a.v. werken met IZP in de praktijk (voor opleiders en aio's/POH)  | Eindtermen en competentie beschrijving   | 48-52           |

|  |  |                              |
|--|--|------------------------------|
| Aanbieden van scholingsaanbod aan de huisartsenopleiding en de opleidingen voor praktijkondersteuners en – verpleegkundigen voor integratie van aanbod in bestaand onderwijs HA en POH opleidingen | Belangstelling bij huisartsenopleidingen en de opleidingen voor POH's creëren om het scholingsaanbod voor het toepassen van gezamenlijke besluitvorming en het werken met het IZP in hun curricula op te nemen. Met als doel:<br>Scholingsaanbod voor het toepassen van gezamenlijke besluitvorming en het werken met een individueel zorgplan vast onderdeel van het curriculum voor huisartsen, praktijkondersteuners en -verpleegkundigen | 52-60                        |
| Marketing & Communicatie   | Concreet plan  | 48-60; uitvoering doorlopend |

### Fase 3\* Het implementeren, borgen en onderhouden van het trainings- en scholingsaanbod

|  |  |            |
|--|--|------------|
| Door ontwikkelen en actualiseren van het trainingsaanbod op basis van praktijkervaringen, verzameld via: evaluatie van de trainingen, intervisietrajecten, praktijkaccreditatie en terugkomdagen van opleidingen etc.* | Actuele en up-to-date trainingsaanbod voor het toepassen van gezamenlijke besluitvorming en het werken met een individueel zorgplan. | doorlopend |
|--|--|------------|

\* N.B. De kosten voor het door ontwikkelen en actualiseren van het trainingsaanbod (fase 3) worden gefinancierd uit de opbrengsten van het gebruik in licentie van de trainingsmodules.

#### Projectstructuur.

Het project wordt uitgevoerd in samenwerking met de partners InEen, NHG, Universiteit Maastricht, V&VN afdeling POH/PVK, NPCF en Zorginstituut Nederland.

De dagelijkse projectbegeleiding is gelegen bij NHG en Ineen. De penvoerder en projectleider van het project is NHG.

Het project wordt uitgevoerd door een aan te trekken tijdelijke projectuitvoerder.

Deze projectuitvoerder werkt intensief samen met een inhoudelijke begeleidingscommissie waarin expertise vanuit InEen, V&VN afd. POH/PVK, NHG, Zorginstituut, NPCF en huisartsenopleidingen en UM (Prof. Dr. T van der Weijden) is vertegenwoordigd. Op afroep wordt een beroep gedaan op externe deskundigheid van kennisinstututen en andere partijen.

Er zal een praktijkpanel worden ingericht om vooraf knelpunten te identificeren en gaandeweg het project de resultaten te toetsen op uitvoerbaarheid.

In een latere fase van het project waarbij de modules ontwikkeld worden zullen vertegenwoordigers van KNGF, KNMP, NVD en NvP worden betrokken.



Tijdpad.

| <b>Wat</b>                                   | <b>Wanneer</b>   | <b>Opmerkingen</b>       |
|--|------------------|--------------------------|
| Bespreking projectplan<br>betrokken partijen | Q1-Q2 2015       |                          |
| Werving subsidie                             | Q2 2015          |                          |
| Samenstellen project en<br>begeleidingscie.  | Q3               |                          |
| Start uitvoering fase 1                      | 1 november 2015  |                          |
| Oplevering deliverables fase<br>1            | 1 november 2016  |                          |
| Oplevering deliverables fase<br>2            | 31 december 2016 |                          |
| Start fase 3                                 | Begin 2017       | Buiten subsidie aanvraag |