

Ondersteuning van zelfmanagement loont

Pieter Jeekel · Marije Wilmink

Samenvatting

De coöperatie Zelfzorg Ondersteund (ZO) is een tripartite samenwerking van patiëntenvertegenwoordigingsorganisaties op het gebied van chronische ziekten (DVN, Longfonds, Hart & Vaatgroep, NPCF), vrijwel alle zorgverzekeraars (CZ, Achmea, VGZ, Menzis, De Friesland, ONVZ) en relevante zorgverlenersorganisaties (NHG, InEeN, LHV, NDF). Door de krachten te bundelen, wil Zelfzorg Ondersteund zelfmanagement voor mensen met een chronische aandoening in Nederland op grote schaal geïmplementeerd krijgen.

Deze bijdrage beschrijft waarom de betrokken partijen samenwerken bij implementatie van zelfmanagement, wat de aanpak is en ondersteuning die geboden wordt aan de zorgverleners, of het loont, wat al bekend is over wat wel en wat niet werkt op het gebied van zelfmanagement. Ook licht deze bijdrage de voor- en nadelen toe voor de patiënt, zorggroep, huisarts en praktijkondersteuner.

De steeds belangrijker rol van e-health voor de implementatie van zelfmanagement en ondersteuning van patiënt en zorgverlener komt aan bod.

De praktijk: de ervaringen van huisarts Stijn van Kerkhoven

‘Alleen als een patiënt met een chronische ziekte betrokken is bij de besluitvorming in het consult, en zelf actief bezig is met de vraag wat hij of zij nodig heeft, komen leefstijladviezen aan.’ Aan het woord is Stijn van Kerkhoven, huisarts te Maarheze. Samen met zijn collega-huisarts en praktijkondersteuner besloot hij in 2012 met een digitaal platform te gaan werken. Hier kunnen zowel patiënten als

Ir. P. Jeekel (✉)
Leusden, Nederland
e-mail: p.jeekel@zelfzorgondersteund.nl

M. Wilmink
Amsterdam, Nederland

zorgverleners gegevens en informatie invoeren, inzien en uitwisselen. ‘Dat was een gouden greep wat mij betreft, en precies wat ik als huisarts nodig had. Ik liep namelijk echt tegen de beperkingen aan van de klassieke arts-patiëntrelatie, waarbij je bedenkt wat goed is voor je patiënt en hem of haar vertelt wat te doen. Dat werkt namelijk heel vaak niet bij patiënten met chronische ziekten. Je kunt wel allerlei zorgverbeteringstrajecten doen en aan alle pilots op dat gebied deelnemen, maar als puntje bij paaltje komt draait het om de betrokkenheid van de patiënt. Het werkt echt beter als een patiënt zelf bedenkt dat hij zijn suiker onder de 50 wil krijgen, dan wanneer jij zegt dat hij moet gaan sporten.’

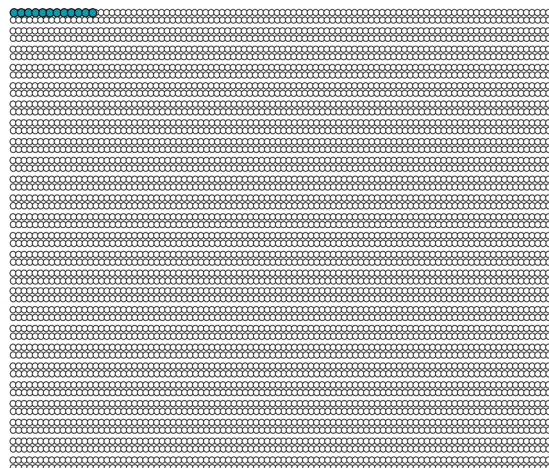
Toegevoegde waarde als arts

Patiënten meer eigen regie geven over hun leven en de omgang met hun ziekte levert een schat aan voordelen op, meent Van Kerkhoven. ‘De ervaringen zijn voor alle betrokkenen enorm positief. Allereerst hoef je tijdens consulten geen waardevolle contacttijd meer te besteden aan het meten en doorspreken van bloedwaarden bijvoorbeeld. Die hebben zowel patiënt als zorgverlener van tevoren kunnen invoeren en inzien. Ook hoef je basale informatie over gezonde voeding en het nut van voldoende bewegen niet telkens opnieuw over te dragen tijdens het consult, omdat patiënten die via het zelfzorgplatform tot hun beschikking hebben. Dus kun je het consult gebruiken om de diepte in te gaan. Je kunt het gesprek aangaan over de betekenis die de ziekte voor iemands leven heeft, en hoe hij of zij daarmee omgaat. Daarmee heb ik het idee dat ik veel zinniger, wezenlijker dingen kan bespreken.’

Niet alleen wordt het werk daardoor, zowel voor huisartsen als voor praktijkondersteuners, interessanter en afwisselender. ‘Ook stijgt de toegevoegde waarde van je werk als zorgverlener. En voor patiënten geldt dat die veel sneller en gericht antwoord krijgen op vragen en dat ze zich echt ondersteund voelen in hun specifieke situatie. Een consult wordt wezenlijker en effectiever voor hen als ze er niet alleen prikken en pillen kunnen krijgen, maar er met ze meegedacht wordt over leefstijl, dieet, consequenties voor familie, et cetera.’ Een van Van Kerkhovens patiënten, Henk van de Palen, verwoordde het in een filmpje zo: ‘Het is voor mij een sport geworden om te prikken en te ontdekken wat de waardes nu zijn. Het contact met mijn arts is beter en ik heb meer rust.’

Zelfmanagement: geen vraag maar een feit

Bijna een derde van de Nederlandse bevolking, op dit moment naar schatting 5,3 miljoen mensen, leidt aan een chronische ziekte als diabetes, COPD, hoge bloeddruk of een verhoogd cholesterolgehalte [1]. Leven met een chronische ziekte is dus voor veel mensen de dagelijkse realiteit. Vaak is dat een grote opgave die veel aanpassing vraagt. Ook vraagt het om een aanzienlijke mate van zelfzorg, ook wel ‘zelfmanagement’ genoemd. Mensen met chronische ziekten moeten zelf hun medicijnen innemen of toedienen, zelf hun bloedwaarden controleren



Bron: Watching over the 5000 hours, Asch e.a 2012, New England journal of medicine

Figuur 1 Watching over 5000 hours.

en gezond leven. Ook dienen ze samen met hun zorgverleners te bepalen welke behandeling het beste bij hen past en hoe ze de benodigde ondersteuning kunnen organiseren. Bovendien moeten ze (leren) omgaan met de onzekerheid die het leven met een chronische ziekte meebrengt en de gevolgen ervan voor hun sociale en maatschappelijk leven.

Om eerstelijns zorgverleners en andere betrokkenen te helpen patiënten zo goed mogelijk te activeren en te ondersteunen bij dit zelfmanagement, werd eind 2013 Zelfzorg Ondersteund opgericht, een samenwerkingsverband van patiëntenplatforms, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Alle partijen in deze tripartite zijn overtuigd van het belang van zelfzorgondersteuning. Pieter Jeekel, directeur van Zelfzorg Ondersteund: ‘Het is in mijn ogen niet de vraag óf je als zorgsector het zelfmanagement bij patiënten moet gaan bevorderen. Zelfmanagement – of eigen regie, of zelfzorg; het is me om het even hoe je het noemt – is namelijk gewoon een feit. Van alle uren die een chronisch zieke patiënt in een jaar tijd wakker doorbrengt, zit hij maar een heel klein deel bij zijn zorgverlener. Om precies te zijn: van de 5000 wakkere uren gemiddeld slechts zo’n 12 (fig. 1)! Alle andere uren doet die patiënt dus aan zelfmanagement. In die uren beslist hij zelf hoe gezond hij leeft, wat zijn doelen in het leven zijn, hoe hij omgaat met zijn chronische aandoening, hoe hij een balans vindt tussen zijn ziekte en de andere zaken die in zijn leven spelen. Hoe goed wij in Nederland ook zijn in de geprotocolleerde aanpak van diabetes – wij zijn nr. 2 in Europa als het gaat om diabeteszorg – de louter medische aanpak zal nooit afdoende zijn. En met de stijging van het aantal chronisch zieken staat de zorg ook onder steeds grotere druk. Het is van evident maatschappelijk belang die druk te verlichten en mensen meer stappen te laten zetten om zelf de gezondheid te verbeteren.’

Van de 5000 uren dat iemand gemiddeld jaarlijks wakker is, kan de zorgverlener slechts een heel beperkt deel begeleiden (de blauwe uren). De overige uren manage je zelf. Daarbij verschilt de motivatie, verschilt de behoefte aan ondersteuning bij zelfmanagement en hoe belangrijk het is voor je gezondheid.

Persoonsgerichte aanpak

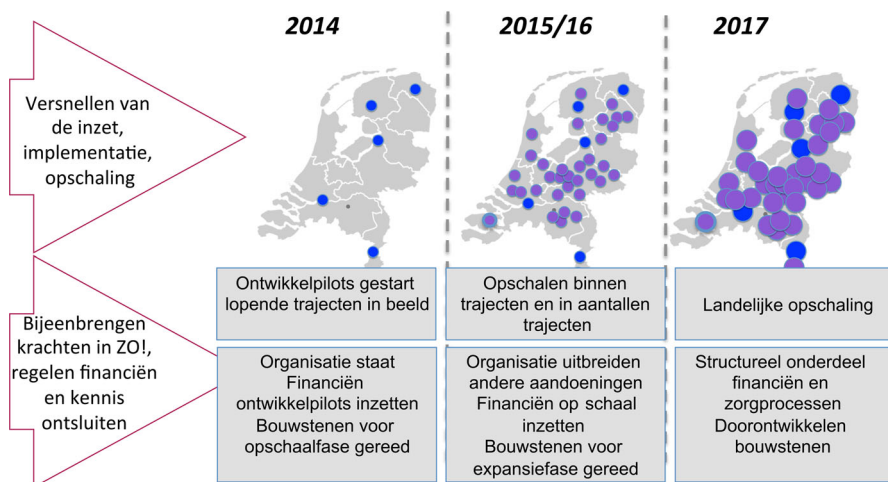
Kortom, de vraag is niet: moeten we aan zelfmanagement doen? De vraag is eerder: hoe organiseer je de ondersteuning die patiënten nodig hebben bij deze zelfzorg? Jeekel: ‘Hoe doe je dat als zorgverlener, maar ook als gemeente of als bedrijf, of als familielid of vriend? Hoe doe je het met digitale hulpmiddelen, zoals Apps en zelfzorgplatforms, maar ook met andere tools als *motivational interviewing* of incentives van de kant van de zorgverzekeraars? En ook belangrijk: hoe doe je dat niet geprotocolleerd, maar sluit je echt aan bij de individuele patiënten? Want mensen variëren sterk in de mate waarin ze getriggerd kunnen worden om zelf zorg te dragen voor hun gezondheid. Ook zijn er verschillen in wat hen dan triggert: inzicht in hun eigen dossier, de mogelijkheid om zelf waarden te meten, een inzichtgevend gesprek met een zorgverlener. En welk aanbod vervolgens helpt bij een leefstijlaanpassing, is ook per persoon anders. Soms zijn het groeps gesprekken over de omgang met de ziekte, soms is het een kook- of wandelclubje, soms een individueel trainingsprogramma...’

Huisarts als coach

Zelfzorgondersteuning vraagt om een omslag in de zorgpraktijk, vooral van praktijkondersteuners en huisartsen. Jeekel: ‘Natuurlijk vraagt het ook wat van degenen die het proces in een huisartsenpraktijk vormgeven en ondersteunen. Van de ICT in een praktijk. Van de niet-medici in de omgeving van een patiënt. Van zorgverzekeraars. Van gemeenten. Maar de initiële verandering, die kan op dit moment het beste geactiveerd worden door de huisarts en de praktijkondersteuners. Zij hebben naar hun patiënten de primair initiërende, activerende en coachende rol. Met Zelfzorg Ondersteund willen we hun de tools bieden om die rol goed te kunnen vervullen.’

Zelfzorg Ondersteund: een bundeling van de implementatiekracht

Het samenwerkingsverband Zelfzorg Ondersteund (ZO) ging eind 2013 van start als tripartite van alle patiëntenvertegenwoordigingsorganisaties op het gebied van chronische ziekten (DVN, Longfonds, Hart & Vaatgroep, NPCF), vrijwel alle zorgverzekeraars (CZ, Achmea, VGZ, Menzis, De Friesland, ONVZ) en relevante zorgverlenersorganisaties (NHG, InEeN, LHV, NDF). Er werd gekozen voor de organisatievorm van een coöperatie, omdat daarbij elk type lid één stem heeft, en een implementatie in de zorg pas echt van de grond komt als de patiënt erop zit te wachten, een zorgverlener ermee kan werken en een zorgverzekeraar bereid is het in te kopen. Door de krachten te bundelen, zo is de gedachte, moet het gaan lukken om zelfmanagement voor chronisch zieken in Nederland op grote schaal geïmplementeerd te krijgen.



Figuur 2 Opschalen.

Een van de taken van het samenwerkingsverband is een einde te maken aan de onduidelijkheid over welke vormen van zelfzorgondersteuning werken en welke niet. ZO-directeur Pieter Jeekel: ‘Zo’n 42 van de 110 zorggroepen in Nederland waren actief om zelfmanagement in de bij hen aangesloten huisartsenpraktijken door te voeren, maar dat was slechts in een paar gevallen een succesvolle exercitie. Bovendien vond er geen uitwisseling plaats over de ervaringen. Er waren maar liefst achttien verschillende ICT-platforms ontwikkeld of in ontwikkeling, maar niemand wist aan welke eisen zo’n platform nu eigenlijk minimaal moest voldoen, laat staan dat een huisartsenpraktijk of zorggroep wist hoe je nou een passend platform moest kiezen. Er waren honderden onderzoeken en wetenschappelijke artikelen over zelfmanagement die elkaar soms tegen leken te spreken. De verschillende zorgverzekeraars stelden allemaal verschillende regels. Kortom, een situatie waarin de implementatie van zelfmanagement nauwelijks verder kwam. Onze opdracht en ons doel is aan die versnippering en onduidelijkheid een einde aan te maken, en de krachten te bundelen.’

Zelfzorg Ondersteund trapte onder meer af met een maatschappelijke business case, die duidelijk maakte dat het stimuleren van zelfmanagement een grote maatschappelijke en economische opbrengst zou hebben, mits huisartsen voor de inspanningen die zij hiervoor moeten plegen in tijd en geld gecompenseerd worden. Daarna zijn er drie concrete stappen gezet, die ieder apart zorgen voor meer helderheid en ondersteuning voor zorgverleners (fig. 2):

1. kennissynthese;
2. kwaliteitstoets voor digitale zelfzorgplatforms;
3. praktische ondersteuning voor zorggroepen.

Hierna lichten we deze stappen kort toe.

Kennissynthese: wat zijn de bewezen effecten?

Begin 2016 verschenen de resultaten van de zogeheten ‘kennissynthese’. Dit onderzoek in opdracht van ZonMw, in samenwerking met Zelfzorg Ondersteund, was erop gericht beter zicht te krijgen op de effecten van zelfmanagement en op de lacunes in de kennis hierover die nu nog bestaan. Nicole van Loy, lid van de directie van Zelfzorg Ondersteund: ‘Over zelfmanagement en het belang ervan wordt al jaren gesproken. Er was ook al veel onderzoek naar gedaan. Maar de kennis was totaal versnipperd. Voor niemand was echt duidelijk wat de bewezen meerwaarde van zelfmanagement nu echt was en welke vormen van ondersteuning en interventies effectief waren en welke niet. Daarom besloten wij met ZonMw opdracht te geven tot een kennissynthese. Dus niet het zoveelste onderzoek, maar een meta-analyse van alle onderzoeken naar zelfmanagement die al zijn uitgevoerd in Nederland, Duitsland en Engeland.’ Een team van onderzoekers, werkzaam bij NIVEL, CBO/TNO en RIVM, ging hiermee aan de slag. Daarbij stonden twee vragen centraal: wat is al bewezen en kan geïmplementeerd worden, en waar is verder onderzoek nodig? Ook moest het onderzoek zicht geven op de belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie.

Betere gezondheidsuitkomsten

Wat bewezen kan worden verklaard, zo concludeerden de onderzoekers, is dat ondersteuning van zelfmanagement bijdraagt aan betere gezondheidsuitkomsten van mensen met een chronische aandoening zoals diabetes, COPD/astma en hartfalen. Zij schrijven in hun rapport onder meer: *‘Een meta-analyse van 23 RCT’s gericht op leefstijlverandering bij mensen met hart- en vaatziekten en waarin zelfmanagementvaardigheden werden aangeleerd, zoals het stellen van doelen, zelfmonitoring, plannen en zelfevaluatie, liet zien dat deze programma’s leidden tot een daling van de mortaliteit, zowel algemeen als ten gevolge van hart- en vaatziekten. Ook daalde het aantal ongeplande ziekenhuisopnames en het aantal fatale hartinfarcten’* [2].

Van Loy: ‘Investeren in zelfmanagementondersteuning loont dus. Dat is een heel belangrijke conclusie.’

Lagere zorgkosten

Ook wijzen de uitkomsten van onderzoek erop dat ondersteunde zelfzorg de zorgconsumptie kan verminderen. Van Loy: ‘Dat gaat niet zozeer om minder eerstelijnszorg, als wel om een afname van zorgconsumptie in de tweede lijn, dus in de vorm van ziekenhuisopnames en spoedeisende hulp. De onderzoekers zeggen dat het wetenschappelijk onderzoek dat tot nu toe gedaan is dit zeer aannemelijk maakt, maar dat het in de toekomst nog beter moet worden onderbouwd. Allereerst is langer lopend onderzoek nodig. Ook is het zaak om meer onderzoek te doen naar de effecten van zelfmanagement op het zorggebruik en de zorgkosten in Ne-

derland. Dat is in Duitsland en Engeland beter onderzocht, maar hier in Nederland nog maar weinig. Omdat het zorgsysteem en de bekostigingsstructuur hier anders is dan in die landen, kun je uitkomsten met betrekking tot zorgconsumptie-effecten niet een-op-een overnemen.'

Ondersteuning op maat nodig

Een laatste belangrijke constatering die de kennissynthese heeft opgeleverd, is dat niet bij alle mensen die een bepaalde vorm van zelfmanagement wordt geboden eenzelfde effect wordt waargenomen. Van Loy: 'De ondersteuning van mensen met een chronische aandoening zou veel meer op maat moeten worden gesneden, stellen de onderzoekers. Nu is ondersteuning van zelfmanagement te veel als schieten met hagel in de hoop dat je wat raakt. Door rekening te houden met de voorkeuren, motivatie en mogelijkheden van patiënten, verhoog je het potentieel van zelfmanagement enorm, zo blijkt uit onderzoek. Dat is dus een van de dingen die we hierna gaan doen: goed zicht krijgen op de verschillende patiëntprofielen.'

Kwaliteitstoets voor digitale zelfzorgplatforms

Een tweede belangrijke stap die de samenwerkende ZO-partners gezet hebben: het formuleren van toetsingscriteria om te kunnen bepalen welke zelfzorginstrumenten een kwalitatief goed effect hebben. Pieter Jeekel: 'We zijn daartoe begonnen met een aantal implementatiepilots, om te ontdekken welke tools nu werkten en welke niet. De werkzame tools hebben we op de site www.zelfzorgondersteund.nl bijeengebracht in de 'Implementatiekoffer'. Met behulp daarvan kan iedereen die dat wil heel precies nagaan wat nou werkt in welke context. Want het is niet een kwestie van "dit instrument is altijd het beste". Per huisartsenpraktijk of zorggroep zal verschillen wat nodig is, waar behoefte aan is, wat past bij de praktijk en zijn patiënten.'

Ook heeft Zelfzorg Ondersteund in kaart gebracht wat de minimale eisen zijn die je aan digitale zelfzorgplatforms zou moeten stellen als het gaat om functionaliteit, beveiliging en koppeling van gegevens. Jeekel: 'Bestaande platformen konden vervolgens toetsen of ze aan de eisen voldeden. Bieden ze voldoende informatie voor zowel zorgverlener als patiënt? Is het mogelijk om een koppeling te maken met de meetapparatuur die huisartsen gebruiken? Biedt een platform de mogelijkheid om het individuele zorgplan erin op te nemen? Kunnen patiënten zelf ook meetwaarden en andere gegevens invoeren? Is het een systeem waarmee zorgverleners en patiënten gemakkelijk met elkaar kunnen communiceren? Is het platform niet alleen bruikbaar voor registratie en communicatie maar ook voor educatie, omdat er voldoende mogelijkheden zijn om informatie te uploaden en te delen? Kortom: heb je er echt wat aan in de praktijk?' Het formuleren van minimale eisen en het toetsen van bestaande zelfzorgplatforms hieraan heeft geleid tot een lijst van 'goedgekeurde platformen'. Deze zijn ook in de Implementatiekoffer op

www.zelfzorgondersteund.nl opgenomen. Momenteel staan daar vijf zelfzorgplatforms op, maar dat kunnen er meer worden als nieuwe auditprocessen zijn afgerond.

Praktische ondersteuning voor zorggroepen: Scan & Plan

Omdat Zelfzorg Ondersteund niet alleen tot doel heeft patiënten en zorgverleners zo goed mogelijk te informeren over zelfmanagement, maar de implementatie hiervan ook daadwerkelijk wil stimuleren en opschalen, biedt Zelfzorg Ondersteund ook praktische ondersteuning bij dit implementatieproces. Dit gebeurt in de vorm van het zogeheten Scan & Plan-traject. Hierbij gaat een consultant van Zelfzorg Ondersteund met een aantal vertegenwoordigers van een zorggroep om de tafel zitten, om te onderzoeken op welke manier binnen hun zorggroep handen en voeten gegeven kunnen worden aan de stimulering en ondersteuning van zelfmanagement bij patiënten met een chronische ziekte.

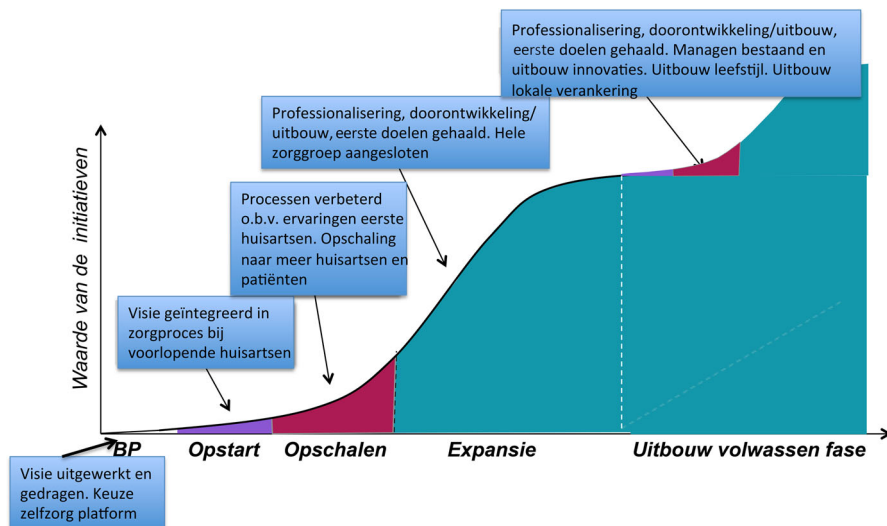
Een van deze consultants is John Hoenen, tevens werkzaam als adviseur voor Reos, de regionale organisatie die de eerste lijn ondersteunt in de regio's Amsteland Haarlemmermeer, Midden-Holland en Zuid-Holland Noord. 'Met het Scan & Plan-traject helpen wij eerstelijns zorggroepen heel praktisch om zelfzorg te integreren in hun aanpak en aanbod. Momenteel zijn al ruim 40 zorggroepen bezig met Scan & Plan – een aantal groepen heeft dit pas afgerond. Aan het eind van het jaar verwachten we tot 90 van de 110 zorggroepen te zijn gevorderd' (fig. 3).

Intake

Elk Scan & Plan-traject begint met een intakegesprek. Hoenen: 'Daarin halen we naar boven wat de zorggroep al heeft gedaan en uitgeprobeerd op het gebied van zelfmanagement. Soms is dat al vrij veel, en is het vooral een kwestie van bedenken hoe je dat verder uitrolt en inbedt. Soms ook blijkt er sprake van teleurstelling rondom dit thema. Dan heeft men heeft naar eigen zeggen al veel gepoogd en geëxperimenteerd, maar is er weinig structureel bereikt. Die teleurstelling moet je eerst boven tafel krijgen, voordat je verder kunt en mensen aan de slag kunnen in de overtuiging dat het dit keer met deze aanpak wel kan gaan lukken.'

Leren van verschillen

Na de intake volgen twee begeleide bijeenkomsten met een aantal hoofdrolspelers binnen een zorggroep. Hoenen vervolgt: 'Hierbij zijn in ieder geval de kaderartsen aanwezig, en praktijkondersteuners, en verschillende mensen van de zorggroep. Ook is het van belang dat er een patiëntenvertegenwoordiger aan de bijeenkomsten deelneemt.'



Figuur 3 Scan & Plan.

Tijdens deze bijeenkomsten worden allereerst uitgebreid ervaringen met zelfzorgondersteuning uitgewisseld, of die nou zorggroepbreed zijn opgedaan of binnen één eerstelijnspraktijk. ‘We vragen deelnemers te vertellen hoe dat uitpakte, wat het vroeg van betrokkenen, waarmee patiënten zich geholpen voelden. De uitwisseling hierover is cruciaal, omdat dit aangeeft waar binnen deze specifieke zorggroep de behoeften, kansen en knelpunten liggen. Bovendien bied je zo ruimte voor verschillen. Want je moet voorkomen dat zorggroepen alle zorgaanbieders in hun samenwerkingsverband over één kam gaan scheren. Er is geen blauwdruk die iedereen past. Ondersteunde zelfzorg is echt een kwestie van maatwerk leveren. Dus moet je als zorggroep onderscheid durven maken tussen praktijken. De ene huisartsenpraktijk heeft zelfzorg al een stuk beter op de rit dan de andere, en wat bij de een werkt kan bij de ander niet aanslaan. Dat hangt af van de grootte van de praktijk, van de cultuur. Het is zaak daar oog voor te hebben en te faciliteren dat wordt geleerd van verschillen. Dan pas is er ruimte voor innovatie.’

Integrale blik op instrumenten

Vervolgens wordt de blik gericht op de instrumenten en hulpmiddelen die de zorggroep wil gaan inzetten om zelfmanagement vorm te geven. Hoenen: ‘Wat je ziet is dat men vaak de neiging heeft om in te zetten op één middel, bij voorkeur een digitale tool. Als consultants proberen wij dan over te brengen dat vaak iets veel integralers nodig is. ICT alleen brengt geen verandering. Zelfmanagement vraagt ook om een cultuurverandering. Een goed platform is één, maar werkt alleen als je ondersteunde zelfzorg ook kunt zien als een houdingskwestie. Als zorg-

verleners onderkennen dat het hun relatie met de patiënt verandert, dat ze meer een coach worden dan iemand die zegt hoe het moet. Dat vraagt ook om andere vaardigheden.’

Tijdens het Scan & Plan-proces wordt zo toegewerkt naar een samenhangend pakket van veranderplannen. ‘De insteek daarbij is steeds dat we verbeterbeleid willen stimuleren dat dicht bij de praktijk staat waarin mensen al werken. We gaan als consultants niet van buitenaf dingen opleggen, maar delen wel kennis over instrumenten en aanpak die bewezen effectief is. In de instrumentenkiezer op de ZO-site staan wel 120 verschillende hulpmiddelen. Je kunt daaruit alleen maar een keuze maken als je weet waar je staat en waar je heen wilt. Als consultants Scan & Plan begeleiden wij dat denkproces.’

Plan van aanpak en financiering

Het einddoel van het traject is een plan van aanpak, waarin de zorggroep vastlegt hoe ze de komende tijd aan de slag gaat met zelfmanagement. En meteen daarna is het tijd voor de laatste stap in het Scan & Plan-traject: in kaart brengen of er naast reguliere financiering nog een eenmalige investering nodig is om daadwerkelijk van start te kunnen gaan. Hoenen: ‘In principe moet ondersteunde zelfzorg natuurlijk worden ingebed in het reguliere inkoopproces, maar in sommige gevallen is voor de implementatie een eenmalige extra investering of tijdelijke extra ondersteuning nodig. Indien mogelijk bekostigt een zorggroep dit natuurlijk zelf of regelt in overleg met de zorginkoper financiering door de zorgverzekeraar. Mocht dit niet lukken, dan kan een eenmalige bijdrage worden aangevraagd uit de zogenoemde “Kom verder-pot”. Dit is een tijdelijke subsidiepot van drie miljoen euro voor de implementatie van zelfzorgondersteuning, ter beschikking gesteld door de gezamenlijke zorgverzekeraars en beheerd door Zorgverzekeraars Nederland. Voorwaarde om hiervoor in aanmerking te komen is goedkeuring van het plan van aanpak door een patiëntenvertegenwoordiger en door de zorginkoper van de zorggroep. Inmiddels hebben de eerste vier zorggroepen geld uit deze pot toegekend gekregen. Er zijn echter ook zorggroepen die de omslag zonder aanvullende financiering weten te maken, bijvoorbeeld omdat zij al aanvullende afspraken hebben met de zorgverzekeraar of met lokale partijen zoals gemeente en provincie.’

Tot slot

Het is niet zo dat huisarts Stijn van Kerkhoven sinds de invoering van een zelfzorgplatform zijn patiënten gemiddeld genomen minder vaak ziet dan voorheen. ‘Bij een kleine groep patiënten, die heel goed ingesteld zijn op hun medicijnen, is dat misschien zo. Andere patiënten zie ik net zo vaak als vroeger. Maar de impact van het patiëntencontact wordt enorm vergroot. En dat ik geen acuut hartfalen of een onregelde diabetespatiënt meer heb gezien sinds 2012: het is statistisch misschien niet significant, maar ik ben er heel blij mee.’

Meer weten of in actie komen?

Wilt u verder komen met ondersteunde zelfzorg? Download dan de zelf-scan op <http://zelfzorgondersteund.nl/scan-plan/>, of neem contact op met het secretariaat van Zelfzorg Ondersteund voor meer informatie (<http://zelfzorgondersteund.nl/contact/>).

Literatuur

1. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/hoeveel-mensen-hebben-een-of-meer-chronische-ziekten/>.
2. Heijmans M, Lidwien L, Otten W, Havers J, Baan C, Rijken M. Zelfmanagement door mensen met chronische ziekten. Kennissynthese van onderzoek en implementatie in Nederland. Utrecht: Nivel; 2015.

Ir. P. Jeekel Coöperatie Zelfzorg Ondersteund Leusden.

M. Wilmink zelfstandig journalist en redacteur.