

Visie van zorggroepen op programmatische persoonsgerichte en integrale zorg in de huisartsenpraktijk

September 2023

Toine Remers
Simone van Dulmen

Visie van zorggroepen op programmatische persoonsgerichte en integrale zorg in de huisartsenpraktijk

September 2023

Correspondentie:

Radboudumc, IQ healthcare

Toine Remers

Toine.remers@radboudumc.nl

De studie is uitgevoerd in een samenwerking tussen Ineen en de afdeling IQ healthcare van het Radboudumc. Citeren van delen uit dit rapport is toegestaan met bronvermelding (Remers T, Dulmen van SA, Visie van zorggroepen op programmatische persoonsgerichte en integrale zorg in de huisartsenpraktijk. Nijmegen: IQ healthcare, september 2023).

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	4
Inleiding	6
Doel- en vraagstellingen.....	7
Methode.....	8
Het meetinstrument.....	8
De steekproef	8
Analyse	8
Resultaten	9
Zorggroep karakteristieken	9
(Invloed van) huidige landelijke programma's.....	9
Denkraam integratie zorgprogramma's voor chronische aandoeningen	11
Programma's specifiek voor de doelgroep vanuit de zorggroep	12
Factoren voor en tegen het leveren van persoonsgerichte en integrale zorg.....	13
Belemmerende factoren	13
Bevorderende factoren	14
Conclusie	15
Referenties	16
Bijlage 1. De vragenlijst	17

Samenvatting

Inleiding

Coördinatie van zorg bij patiënten met één of meer chronische aandoeningen met een complex zorgpatroon dient verbeterd te worden voor zowel een betere kwaliteit van zorg als het onder controle houden van zorgkosten. De eerste lijn kan, vanwege zijn generalistische blik op patiënten, hierbij een belangrijke rol kan spelen. Deze sector wordt hierbij echter gehinderd door korte consulttijden en een ziekte georiënteerd systeem. In de afgelopen jaren zijn er enkele veelbelovende ontwikkelingen rondom integratie van zorg voor deze patiëntengroep geweest, zoals de publicatie van een denkraam door InEen en het opstellen van handreikingen door het NIVEL. Echter, er is nog veel onduidelijk over de manier waarop en mate waarin door zorggroepen concreet invulling gegeven wordt aan deze transformatie naar meer persoonsgerichte en integrale zorg.

Doel en methode

Het doel van het onderzoek is inzichtelijk maken 1) welke ontwikkelingen er vanuit zorggroepen zijn in het vormgeven en faciliteren van integrale en persoonsgerichte zorg voor patiënten met één of meer chronische aandoeningen met een complex zorgpatroon; 2) welke belemmerende en bevorderende factoren zorggroepen ervaren bij het leveren van integrale en persoonsgerichte zorg in de huisartsenpraktijk.

In dit onderzoek is een online vragenlijst gestuurd naar alle zorggroepen aangesloten bij InEen. In totaal werden 64 zorggroepen via mail benaderd en van 39 kwam een reactie (61% response).

Resultaten

Wat betreft landelijke programma's zijn vrijwel alle zorggroepen bekend met ketenzorg (97%) en geven aan hier ook mee te werken binnen hun zorggroep. Echter, slechts 53% en 45% van de respondenten geeft aan het (zeer) eens te zijn met de stelling dat deze ketenzorg programma's respectievelijk integrale en persoonsgerichte zorg stimuleren. Verder is er verdeeldheid over of ketenzorg inhoudelijk en financieel gezien voldoet. Van de zorggroepen is 74% bekend met een andere uitgevraagde landelijke ontwikkeling rondom kwetsbare ouderen en in 95% van de zorggroepen zijn er programma's of initiatieven rondom deze patiëntengroep. Daarnaast geeft 74% van de respondenten aan dat de landelijke ontwikkelingen rondom dit thema de aanleiding zijn geweest voor het opzetten van programma's en initiatieven rondom kwetsbare ouderen.

Het denkraam integratie zorgprogramma's voor chronische aandoeningen van InEen is bij 65% van de respondenten bekend. Vierenveertig procent van de respondenten geeft vervolgens aan dat de inhoud van het denkraam relevant is, 18% is hier neutraal over, 11% vindt het niet relevant. Op alle zeven globale onderwerpen die in de vragenlijst opgenomen zijn, variërend van ICT tot scholing en financiering, is door een deel van de zorggroepen zeer veel of veel actie ondernomen naar aanleiding van het denkraam. Verwijzen naar leefstijlbegeleiding en scholing lijken daarbij de vaakst uitgevoerde acties. Op veranderen van financiering en een andere aanpak rondom specifieke doelgroepen werd het minst vaak gefocust.

Negenenveertig procent van de ondervraagde zorggroepen geeft aan programma's te hebben met een specifieke focus op patiënten met één of meer chronische aandoeningen met een complex

zorgpatroon. De inhoud en focus van de programma's verschilt sterk, maar zorggroepen beoordelen borging van programma's gemiddeld genomen redelijk (6.3 op schaal 1-10).

Zorggroepen zien te weinig beschikbare capaciteit van huisartsenpraktijken als meest belemmerende factor in het tot stand komen van persoonsgerichte en integrale zorg voor patiënten met één of meer chronische aandoeningen met een complex zorgpatroon. Ontbrekende kennis over de juiste aanpak en bekostiging in ziekte specifieke ketens werden daarna het meest genoemd.

Intrinsieke motivatie van de huisarts en de POH worden het vaakst genoemd als bevorderende factor voor het tot stand komen van dergelijke integrale en persoonsgerichte zorg. Leiderschap en veranderkracht van een individuele huisarts, ziekte overstijgende bekostiging en ondersteuning door de zorggroep zijn overige belangrijke bevorderende factoren.

Conclusie

Huidige landelijke zorgprogramma's en initiatieven als het denkraam integratie zorgprogramma's voor chronische aandoeningen van InEen worden in wisselende mate als bevorderend ervaren voor het tot stand komen van integrale en persoonsgerichte zorg. De meerderheid van de zorggroepen acties opgezet voor het invullen van het programma in de praktijk. Invulling en mate van borging van programma's in de dagelijkse zorgpraktijk verschilt daarin wel tussen zorggroepen. Verwijzen naar leefstijlbegeleiding, verbinding met het sociaal domein en scholing zijn de vaakst uitgevoerde acties.

Er is onder zorggroepen een algemeen gedragen beeld dat de huisarts en POH een belangrijke rol spelen in de zorg voor patiënten met één of meer chronische aandoeningen met een complex zorgpatroon. Huidige landelijke zorgprogramma's en initiatieven worden in wisselende mate als bevorderend ervaren voor het tot stand komen van integrale en persoonsgerichte zorg voor deze groep. De mate waarin zorggroepen de huisartspraktijken ondersteunen, en de accenten die zorggroepen in deze ondersteuning leggen, varieert.

De resultaten van deze vragenlijststudie kunnen worden gebruikt om integrale en persoonsgerichte zorg voor patiënten met één of meer chronische aandoeningen met een complex zorgpatroon verder door te ontwikkelen. Daarbij kan op zorggroep niveau gekeken worden naar verdere stappen in programmatische ondersteuning en laten de verschillen tussen zorggroepen zien dat daarin ook van elkaar geleerd kan worden. Het feit dat kennis over de juiste aanpak genoemd wordt als een van de meest belemmerende factoren betekent dat hierin ook een rol weggelegd is voor koepelorganisaties om te komen tot algemeen geldende richtlijnen en strategieën voor zorg aan patiënten met één of meer chronische aandoeningen met een complex zorgpatroon. Tevens kan op zorggroep niveau gekeken worden hoe capaciteit vrijgemaakt kan worden binnen praktijken en of het mogelijk is om te komen tot ziekte overstijgende bekostiging. Daarnaast kunnen de resultaten van deze studie op huisartsenpraktijkniveau ook ingezet worden voor het wegnemen van overige genoemde belemmerende en bevorderende factoren.

Inleiding

Slechte coördinatie van zorg bij patiënten met één of meer chronische aandoeningen met een complex zorgpatroon kan leiden tot onnodige of dubbele zorg. Daarnaast kan dit ook schade toebrengen aan de patiënt door polyfarmacie, tegenstrijdige behandelingen of het missen van klachten die niet per se te relateren zijn aan één ziekte, maar ontstaan door interacties van meerdere aandoeningen en/of contextuele factoren (Verhoeff et al., 2019). Dit leidt niet alleen tot lagere kwaliteit van zorg, maar zorgt ook voor stijgende zorgkosten voor deze groep patiënten. De zorguitgaven voor deze patiëntengroep behoren daarmee dan ook tot één van de hoogste van Nederland (Bähler et al., 2015; Wammes et al., 2017).

De eerste lijn wordt gezien als sector die, door zijn generalistische blik op patiënten, een belangrijke rol kan spelen bij het leveren van integrale zorg aan deze patiënten met één of meer chronische aandoeningen met een complex zorgpatroon (Wallace et al., 2015). Patiënten hebben relatief vaak contact met hun huisarts en dus kunnen signalen van ontbrekende regievoering hier mogelijk sneller opgepikt worden, wat uiteindelijk veel kosten kan besparen (Glynn et al., 2011). Nederlandse huisartsen rekenen het leveren van integrale zorg dan ook tot hun taak. Ze zien zichzelf als de zorgverlener die patiënten naar verschillende hulpverleners verwijst, monitort hoe dergelijke verwijzingen verlopen en het aanspreekpunt is voor betrokken zorgverleners, de patiënt en diens omgeving (Scheffer & van den Muijsenbergh, 2019). In de huisartsenpraktijk spelen bij het tot stand komen van dergelijke integrale zorg echter uitdagingen zoals korte consulttijden en een ziekte-georiënteerd systeem (Wallace et al., 2015).

Huisartsen werken sinds 2005 samen in zorggroepen die op hun beurt contracten afsluiten met zorgverzekeraars voor onder meer integrale zorgprogramma's. Dit heeft onder andere geleid tot ketenzorg met gebundelde bekostiging voor patiënten met chronische aandoeningen. Recent onderzoek laat echter zien dat dergelijke gebundelde betalingen kunnen zorgen voor een toename in het verwijzen van patiënten met één of meer chronische aandoeningen met een complex zorgpatroon naar het ziekenhuis (Karimi et al., 2021). De auteurs van deze studie geven aan dat dit waarschijnlijk komt doordat deze gebundelde betalingen integrale zorg voor deze patiëntengroep niet op de juiste manier stimuleren. Er dient dus gezocht te worden naar nieuwe manieren waarop zorg voor deze patiëntengroep meer geïntegreerd georganiseerd kan worden.

Afgelopen jaren hebben er rondom dit thema enkele veelbelovende ontwikkelingen plaatsgevonden. Allereerst is in 2020 het "Denkraam integratie zorgprogramma's voor chronische aandoeningen" van InEen gepubliceerd. Hierin worden enkele stappen en globale richtingen aangegeven die zorggroepen kunnen volgen in het meer integraal en persoonsgericht organiseren van hun zorgprogramma's. Daarbij moet het denkraam niet als blauwdruk gezien worden voor deze transitie, maar moet het vooral dienen als document waarmee zorggroepen zelf richting kunnen geven aan hun eigen transitie van de chronische zorg die hun eerstelijnsorganisaties leveren (Klomp et al., 2020). Daarnaast is recent vanuit het NIVEL een publicatie verschenen waarin huisartsen concrete handvatten rondom identificeren, het in kaart brengen van behoeftes en ontwikkelen van een passende aanpak voor deze patiëntengroep geboden worden. Ook wordt ingegaan op hoe huisartsen zo'n aanpak vervolgens kunnen evalueren (Rijken & Korevaar, 2021). Alhoewel dit gezien kan worden als de eerste stappen richting integrale zorg voor deze patiëntengroep in de eerste lijn, is er nog veel onduidelijk over de manier waarop en mate waarin door zorggroepen concreet invulling gegeven wordt aan deze transformatie naar meer persoonsgerichte en integrale zorg.

Doel- en vraagstellingen

Het doel van dit onderzoek is tweeledig. Allereerst willen we achterhalen welke ontwikkelingen er vanuit zorggroepen zijn in het vormgeven en faciliteren van integrale en persoonsgerichte zorg voor patiënten met één of meer chronische aandoeningen met een complex zorgpatroon. Daarnaast willen we inzichtelijk maken welke belemmerende en bevorderende factoren zorggroepen ervaren bij het leveren van integrale en persoonsgerichte zorg in de huisartsenpraktijk.

Vraagstellingen

1. Wat is de visie van zorggroepen op de mate waarin de huidige (nationale) regelgeving en financiering de persoonsgerichte zorg stimuleert of hindert?
2. Welke programma's zijn er momenteel voor zorggroepen om integrale en persoonsgerichte zorg voor deze patiëntengroep te bevorderen?
3. Wat zien zorggroepen als bevorderende en belemmerende factoren op praktijkniveau in het leveren van integrale en persoonsgerichte zorg aan patiënten met één of meer chronische aandoeningen met een complex zorgpatroon?

Methode

Het meetinstrument

De vragenlijst die voor deze studie is gebruikt, is tot stand gekomen door een combinatie van inzichten uit het Denkraam van InEen, wetenschappelijke literatuur rondom dit thema en inzichten van beleidsmedewerkers van InEen, huisartsen en de onderzoekers. De volledige vragenlijst is te vinden in Bijlage 1. De vragenlijst bestond uit vijf secties:

1. Zorggroep karakteristieken
2. (Invloed van) huidige landelijke programma's
3. Denkraam integratie zorgprogramma's voor chronische aandoeningen
4. Programma's specifiek voor de doelgroep vanuit de zorggroep
5. Beïnvloedende factoren voor het leveren van persoonsgerichte en integrale zorg

De vragenlijst werd ontwikkeld in een online enquête tool Limesurvey. Drie zorggroepen die willekeurig gekozen zijn uit het adresbestand van InEen zijn gedurende de ontwikkeling van dit meetinstrument gevraagd de vragenlijst te testen. Na het invullen werd met elke medewerker apart een overleg gepland waarin besproken werd of er zaken onduidelijk waren, of zij de juiste persoon waren om de vragenlijst in te vullen, of er bepaalde zaken misten en of er aspecten niet relevant waren voor zorggroepen. Vervolgens werd de vragenlijst aangepast en verstuurd naar de volgende pilot deelnemer.

De steekproef

Alle 67 zorggroepen aangesloten bij InEen vormden de doelgroep voor dit onderzoek. De vragenlijst werd door het secretariaat van InEen verspreid via een mail aan de 64 zorggroepen die niet eerder deelgenomen hadden aan de pilot. Deze mail bevatte een korte uitleg over de aanleiding en het doel van het onderzoek en verwees vervolgens naar een persoonlijke link om de vragenlijst in Limesurvey in te vullen. Antwoorden vanuit een persoonlijke link per zorggroep kwamen in een database zonder referentie naar deze koppeling. Er zijn twee algemene reminders naar alle zorggroepen gestuurd.

Analyse

Antwoorden werden vanuit Limesurvey geëxporteerd naar Microsoft Excel voor verdere analyse. Voor gesloten vragen werden vervolgens in Excel antwoorden per categorie opgeteld, omgerekend naar percentages en samengevat in tabellen. De antwoorden binnen de top 5 belemmerende en bevorderende factoren werden omgerekend naar een ranking, waarmee de hoogste ranking als nummer 1 vijf punten, de tweede ranking vier punten opleverde tot en met één punt voor nummer 5. Open vragen werden verder geëxporteerd naar Microsoft Word waar individuele antwoorden gegroepeerd werden om zo mogelijke samenhang tussen antwoorden en daaruit voortkomende thema's te ontdekken.

Resultaten

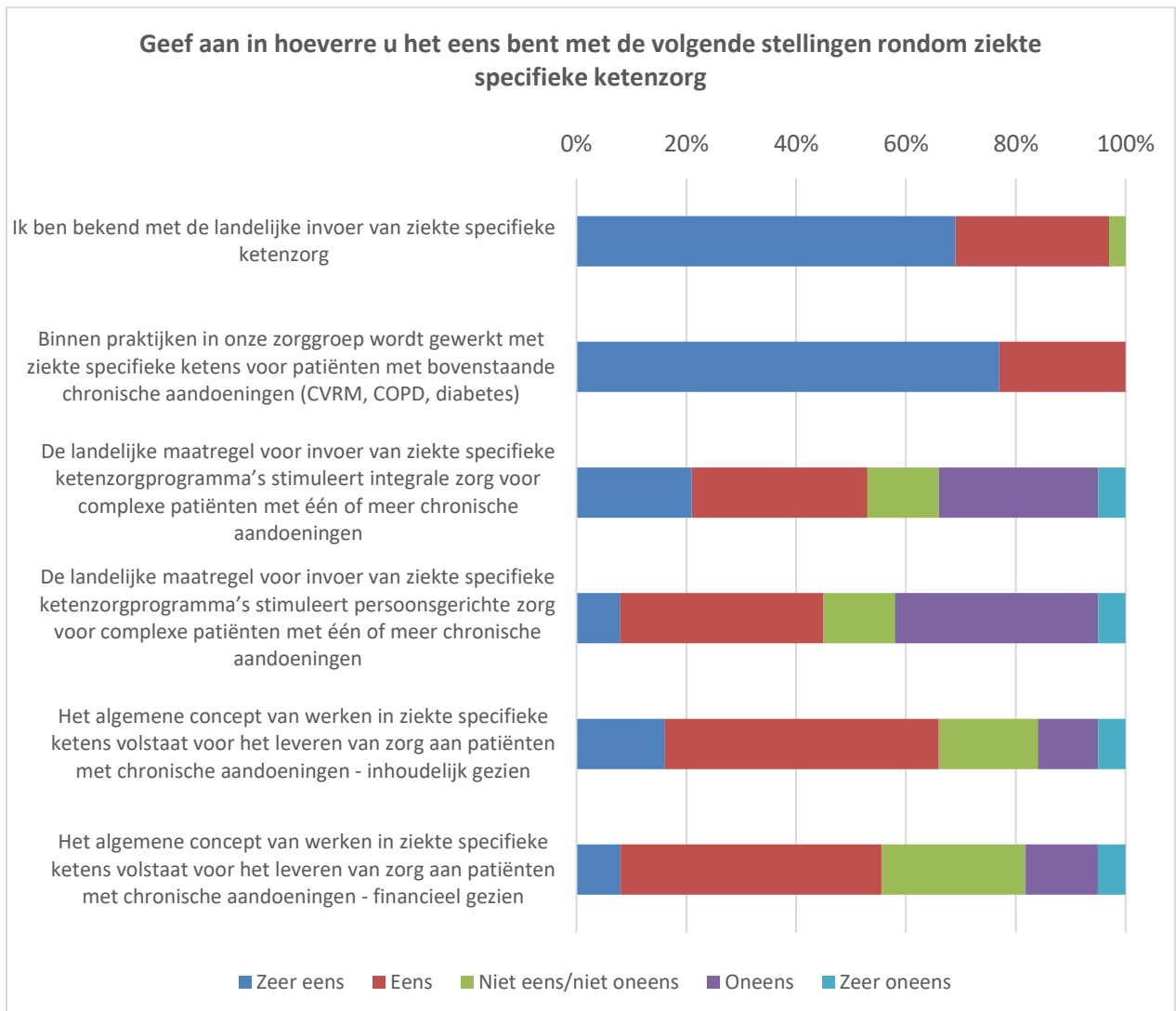
In dit hoofdstuk zal per onderdeel van de vragenlijst ingegaan worden op de gegeven antwoorden. In totaal hebben 39 zorggroepen de vragenlijst (deels ingevuld), dit is een response van 61%.

Zorggroep karakteristieken

Van de respondenten had 45% een functie als (programma)manager binnen de zorggroep, 12% was ketenzorgcoördinator en 7% was medisch directeur. Zesendertig procent gaf aan een functie te hebben die buiten de opties van de vragenlijst viel, waarbij de functie van teamleider chronische zorg het meeste werd genoemd. Gemiddeld vertegenwoordigden zorggroepen 74 huisartsenpraktijken, waarbij aantallen uiteenliepen van 1 tot 260 praktijken. Zij vertegenwoordigen gemiddeld 251.921 patiënten (uiteenlopend van 9.333 tot 850.000 patiënten).

(Invloed van) huidige landelijke programma's

Figuur 1 beschrijft de resultaten van stellingen rondom specifieke ketenzorg. Van de respondenten gaf 97% aan bekend te zijn met de landelijke invoer van ziekte specifieke ketenzorg. Bij 100% van de zorggroepen wordt er gewerkt met ziekte specifieke ketens. Er is meer verdeeldheid over of de landelijke invoer van ziekte specifieke ketenzorg het leveren van integrale zorg stimuleert; 53% is het hier zeer mee eens of eens. Ook is er verdeeldheid over of de landelijke invoer van ziekte specifieke ketenzorg het leveren van persoonsgerichte zorg stimuleert; 45% is het hier zeer mee eens of eens (zie figuur 1). Inhoudelijk gezien zegt 16% het zeer eens, en 50% het eens te zijn dat het werken in ziekte specifieke ketens volstaat voor het leveren van zorg aan patiënten met chronische aandoeningen, 18% is hier neutraal over, 11% oneens, en 5% zeer oneens. Financieel gezien zegt 8% het zeer eens, en 47% het eens te zijn dat het werken in ziekte specifieke ketens volstaat voor het leveren van zorg aan patiënten met chronische aandoeningen, 26% is hier neutraal over, 13% oneens, en 5% zeer oneens. Gedurende de pilotfase van deze studie werd rondom dit onderwerp verder nog benoemd dat financiering voor ziekte specifieke ketens soms ook ingezet wordt voor bepaalde aspecten van ziekte overstijgende zorg of integratie van zorg waar nog geen passende financiering voor is.



Figuur 1: Stellingen rondom ziekte specifieke ketenzorg

Bij de vraag naar bekendheid met nationale ontwikkelingen rondom kwetsbare ouderen zegt 74% bekend te zijn met deze landelijke ontwikkelingen, 16% is hier neutraal over en 11% zegt hier niet mee bekend te zijn. In 95% van de zorggroepen zijn er programma's of initiatieven rondom kwetsbare ouderen. Landelijke ontwikkelingen zijn voor 74% van de respondenten de aanleiding geweest voor het opzetten van programma's en initiatieven rondom kwetsbare ouderen, 18% is hier neutraal over en 8% is het oneens (zie Tabel 1).

Tabel 1: Stellingen rondom programma's voor kwetsbare ouderen

	Zeereens	Eens	Niet eens/ niet oneens	Oneens	Zeereens
Ik ben bekend met deze landelijke ontwikkelingen rondom kwetsbare ouderen (n=38)	29%	45%	16%	11%	0%
Binnen onze zorggroep zijn er programma's/initiatieven rondom kwetsbare ouderen (n=38)	68%	26%	0%	5%	0%
Bovengenoemde ontwikkelingen zijn de aanleiding geweest voor het opzetten van programma's/initiatieven rondom kwetsbare ouderen (n=38)	42%	32%	18%	5%	3%

Denkraam integratie zorgprogramma's voor chronische aandoeningen

Van de respondenten zegt 65% bekend te zijn met het denkraam integratie zorgprogramma's voor chronische aandoeningen van InEen, 8% is hier neutraal over, 5% is hier niet mee bekend (zie Tabel 2). 21% geeft aan dat de vraag niet van toepassing is op hen, maar geen van de respondenten licht vervolgens niet toe waarom dit het geval is. Mogelijk wordt met dit antwoord ook bedoeld het denkraam niet te kennen. 44% zegt dat de inhoud van het denkraam relevant is, 18% is hier neutraal over, 11% vindt het niet relevant (zie tabel 2).

Tabel 2: Stellingen rondom het denkraam integratie zorgprogramma's voor chronische aandoeningen van InEen

	Zeereens	Eens	Niet eens/ niet oneens	Oneens	Zeereens	n.v.t (ken het denkraam niet)
Ik ben bekend met het denkraam integratie zorgprogramma's voor chronische aandoeningen van InEen (n-38)	26%	39%	8%	5%	0%	21%
De inhoud van dit denkraam integratie zorgprogramma is relevant (n=38)	18%	26%	18%	8%	3%	26%
Het denkraam is goed toepasbaar op onze situatie als zorggroep (n=38)	11%	32%	18%	5%	5%	29%

Figuur 2 laat zien op welke vlakken zorggroepen actie ondernomen hebben op basis van het denkraam integratie zorgprogramma's voor chronische aandoeningen. Daarbij is te zien dat op alle genoemde vlakken sprake is geweest van (zeer) veel actie op basis van het denkraam. Verwijzen naar leefstijlbegeleiding en scholing lijken daarbij de vaakst uitgevoerde acties terwijl financiering en een andere aanpak rondom specifieke doelgroepen gebieden zijn waar relatief gezien het minst actie is ondernomen.



Figuur 2: Gebieden waarop actie ondernomen is op basis van het denkraam integratie zorgprogramma's van InEen

Programma's specifiek voor de doelgroep vanuit de zorggroep

Negenenveertig procent van de ondervraagde zorggroepen geeft aan programma's te hebben waarbij specifiek aandacht is voor patiënten met één of meer chronische aandoeningen met een complex zorgpatroon. Negenentwintig procent heeft geen programma en 23% weet dit niet (zie Tabel 3). Invulling van programma's varieert van een eenmalige scholing rondom deze patiëntengroep tot doorlopende projecten met meerdere programma's en meerjarenafspraken met zorgverzekeraars. Programma's richten zich veelal op de combinatie van integrale als persoonsgerichte zorg en gaan daarbij uit van het thema positieve gezondheid. Ook de mate waarin de borging van programma's als vast onderdeel van de dagelijkse zorgpraktijk inschat wordt verschilt en wordt gemiddeld beoordeeld met een 6.3 (schaal 1-10; range 3-9).

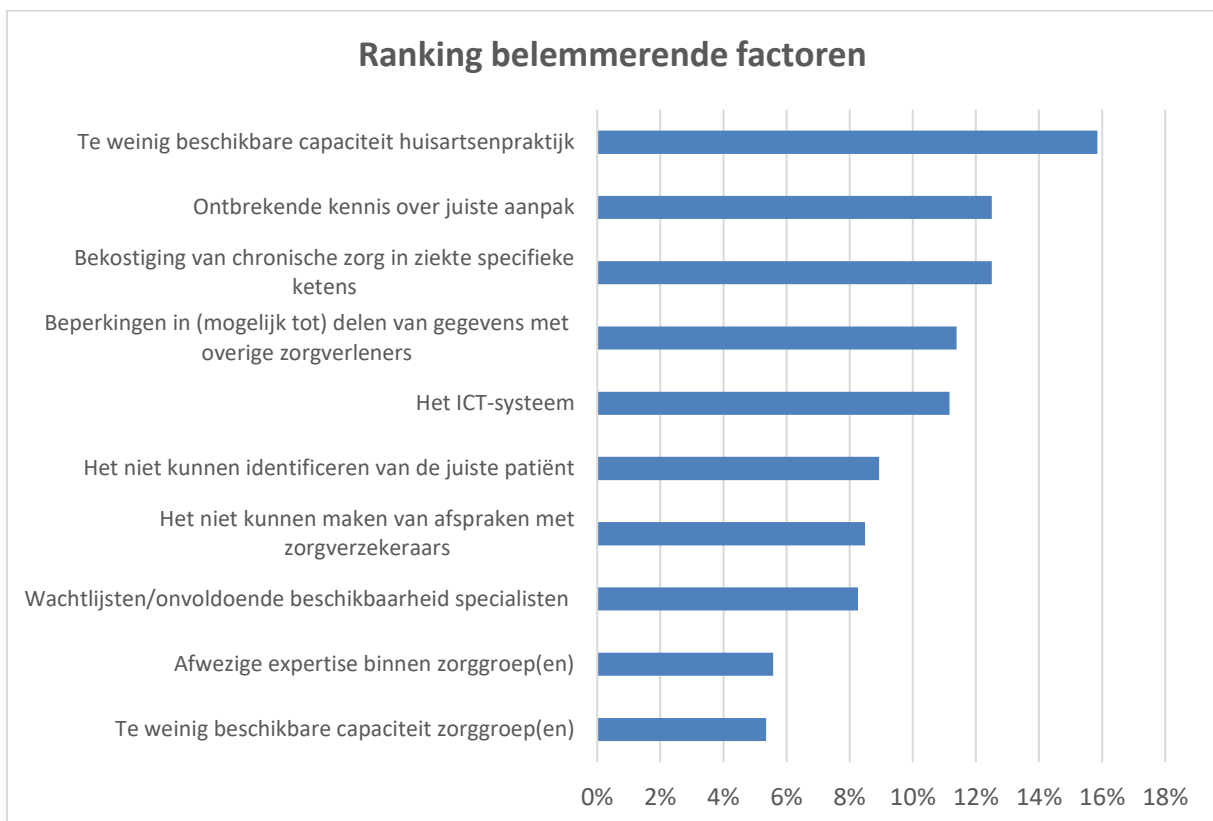
Tabel 3: Stelling rondom het al dan niet hebben van specifieke initiatieven complexe patiënten met één of meer chronische aandoeningen binnen de zorggroep

	Ja	Nee	Weet ik niet
Zijn er binnen uw zorggroep initiatieven waar specifiek aandacht is voor complexe patiënten met één of meer chronische aandoeningen zoals hierboven omschreven? (n=35)	49%	29%	23%

Factoren voor en tegen het leveren van persoonsgerichte en integrale zorg

Belemmerende factoren

Zorggroepen gaven in hun top vijf aan te weinig beschikbare capaciteit van huisartsenpraktijken te zien als meest belemmerende factor in het tot stand komen van persoonsgerichte en integrale zorg voor patiënten met één of meer chronische aandoeningen met een complex zorgpatroon (zie Figuur 3). Ontbrekende kennis over de juiste aanpak en bekostiging in ziekte specifieke ketens werden vervolgens het meest genoemd. Gevolgd door het ICT-systeem en het niet kunnen identificeren van de juiste patiënt.



Figuur 3: Rangschikking van belemmerende factoren voor persoonsgerichte en integrale zorg voor patiënten met één of meer chronische aandoeningen met een complex zorgpatroon

Bevorderende factoren

De gehele top drie van bevorderende factoren in het tot stand komen van persoonsgerichte en integrale zorg voor patiënten met één of meer chronische aandoeningen met een complex zorgpatroon bestond uit individuele factoren. Intrinsieke motivatie van de huisarts staat daarbij bovenaan, maar de intrinsieke motivatie van de POH en leiderschap en veranderkracht van een individuele huisarts volgen op respectievelijk plek twee en drie (zie Figuur 4). Ziekte overstijgende bekostiging en regionale ondersteuning van de zorggroep werden het meest genoemd als bevorderende factoren die niet aan individuen te wijten waren.



Figuur 4: Rangschikking van bevorderende factoren voor persoonsgerichte en integrale zorg voor patiënten met één of meer chronische aandoeningen met een complex zorgpatroon

Conclusie

Huidige landelijke zorgprogramma's en initiatieven als het denkraam integratie zorgprogramma's voor chronische aandoeningen van InEen worden in wisselende mate als bevorderend ervaren voor het tot stand komen van integrale en persoonsgerichte zorg. Ziekte specifieke ketenzorgprogramma's worden door meer dan de helft van de zorggroepen gezien als stimulerend voor integrale zorg en iets minder voor het stimuleren van persoonsgerichte zorg. Een meerderheid van de respondenten is het verder (zeer) eens met de stelling dat het werken in ziekte specifieke ketens volstaat voor het leveren van patiënten met chronische aandoeningen, zowel inhoudelijk als wat betreft de vergoeding. Tot slot heeft een meerderheid van de zorggroepen acties opgezet voor het invullen van het programma in de praktijk. Invulling en mate van borging van programma's in de dagelijkse zorgpraktijk verschilt daarin wel tussen zorggroepen. Verwijzen naar leefstijlbegeleiding, verbinding met het sociaal domein en scholing zijn de vaakst uitgevoerde acties.

Rondom beïnvloedende factoren in de zorg voor patiënten met één of meer chronische aandoeningen met een complex zorgpatroon is er een algemeen gedragen beeld dat de huisarts en POH een belangrijke rol spelen. Individuele motivatie en leiderschap van deze beide typen eerstelijnszorgverleners worden veruit het vaakst genoemd als bevorderende factor bij integrale en persoonsgerichte zorg voor deze patiëntengroep. Ziekte overstijgende bekostiging en ondersteuning door de zorggroep zijn overige belangrijke bevorderende factoren. Te weinig capaciteit binnen praktijken, ontbrekende kennis over een juiste aanpak en ziekte specifieke bekostiging zijn veelgenoemde belemmerende factoren.

De resultaten van deze vragenlijststudie kunnen worden gebruikt om integrale en persoonsgerichte zorg voor patiënten met één of meer chronische aandoeningen met een complex zorgpatroon verder door te ontwikkelen. Daarbij kan op zorggroep niveau gekeken worden naar verdere stappen in programmatische ondersteuning en laten de verschillen tussen zorggroepen zien dat daarin ook van elkaar geleerd kan worden. Het feit dat kennis over de juiste aanpak genoemd wordt als een van de meest belemmerende factoren betekent dat hierin ook een rol weggelegd is voor koepelorganisaties om te komen tot algemeen geldende richtlijnen en strategieën voor zorg aan patiënten met één of meer chronische aandoeningen met een complex zorgpatroon. Tevens kan op zorggroep niveau gekeken worden hoe capaciteit vrijgemaakt kan worden binnen praktijken en of het mogelijk is om te komen tot ziekte overstijgende bekostiging. Daarnaast kunnen de resultaten van deze studie op huisartsenpraktijkniveau ook ingezet worden voor het wegnemen van overige genoemde belemmerende en bevorderende factoren.

Referenties

- Bähler, C., Huber, C. A., Brüngger, B., & Reich, O. (2015). Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. *BMC health services research*, *15*(1), 23.
- Glynn, L. G., Valderas, J. M., Healy, P., Burke, E., Newell, J., Gillespie, P., & Murphy, A. W. (2011). The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. *Family Practice*, *28*(5), 516-523.
- Karimi, M., Tsiachristas, A., Looman, W., Stokes, J., van Galen, M., & Rutten-van Mölken, M. (2021). Bundled payments for chronic diseases increased health care expenditure in the Netherlands, especially for multimorbid patients. *Health policy*, *125*(6), 751-759.
- Klomp, M., Mutsaerts, J. F., Rempe, J., Neumann, R., & Vogelzang, F. (2020). Denkraam integratie zorgprogramma's voor chronische aandoeningen. *Utrecht: Ineen*.
- Rijken, M., & Korevaar, J. (2021). *Goede zorg voor mensen met multimorbiditeit - Handvatten voor de ontwikkeling en evaluatie van zorg voor mensen met meerdere chronische aandoeningen*.
- Scheffer, R. D., & van den Muijsenbergh, M. E. (2019). Integrale zorg: ervaringen en opvattingen van huisartsen. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, *97*(1), 48-54.
- Verhoeff, M., Meijer-Smit, O., de Rooij, S., & van Munster, B. (2019). Multiple chronic conditions: the need for integrated secondary care. *The Netherlands journal of medicine*, *77*(6), 220.
- Wallace, E., Salisbury, C., Guthrie, B., Lewis, C., Fahey, T., & Smith, S. M. (2015). Managing patients with multimorbidity in primary care. *Bmj*, *350*.
- Wammes, J. J. G., Tanke, M., Jonkers, W., Westert, G. P., Van der Wees, P., & Jeurissen, P. P. (2017). Characteristics and healthcare utilisation patterns of high-cost beneficiaries in the Netherlands: a cross-sectional claims database study. *BMJ open*, *7*(11), e017775.

Bijlage 1. De vragenlijst

Sectie 1: Zorggroep karakteristieken	
Vraag 1: Wat is uw functie binnen uw zorggroep?	<ul style="list-style-type: none"> • (programma)manager • (medisch) directeur • Ketenzorgcoördinator • Kaderhuisarts (specificeer eventueel expertisegebied) • Overig (specificeer hieronder aub)
Vraag 2: Hoeveel praktijken vallen er onder uw zorggroep? Praktijken
Vraag 3: Hoeveel patiënten zijn er in totaal momenteel inschreven bij praktijken die onder uw zorggroep vallen? Patiënten
Let op: het gaat hier om <i>alle</i> patiënten. Niet alleen geïnccludeerde in bijv. ketenzorg	
Sectie 2: Huidige landelijke programma's	
<p>In 2007 is vanuit de landelijke politiek besloten over te gaan tot multidisciplinaire ketens voor zorg aan patiënten met specifieke chronische aandoeningen. Overeenkomstig met een nieuwe werkwijze werd ook een landelijke invulling gevonden voor keten specifieke financiering buiten de reguliere inschrijf- en consulttarieven. Deze maatregel werd initieel voornamelijk ingevoerd ter bevordering van de samenwerking tussen zorgverleners betrokken bij patiënten met 3 specifieke aandoeningen (COPD, CVRM, diabetes) zie: Ketenzorg (Zvw) Verzekerde zorg Zorginstituut Nederland</p> <p>Onderstaande vragen hebben voornamelijk betrekking op de algemene maatregel om in ketens te gaan werken voor deze ziekte specifieke zorg. Mogelijk is er door deze maatregel binnen uw zorggroep veel veranderd ten aanzien van de zorg voor deze patiëntengroepen. Hierover komen later in deze vragenlijst nog enkele vragen (bij vraag 10).</p>	
Vraag 4a: Ik ben bekend met de landelijke invoer van ziekte specifieke ketenzorg	Volledig eens – eens – noch eens/noch oneens – oneens – volledig oneens
Vraag 4b: Binnen praktijken in onze zorggroep wordt, in navolging van deze landelijke beleidsmaatregel, gewerkt met ziekte specifieke ketens voor patiënten met bovenstaande chronische aandoeningen (CVRM, COPD, diabetes)	Volledig eens – eens – noch eens/noch oneens – oneens – volledig oneens
Vraag 4a: Het algemene concept van werken in ziekte specifieke ketens volstaat voor het leveren van zorg aan patiënten met chronische aandoeningen – inhoudelijk gezien	Volledig eens – eens – noch eens/noch oneens – oneens – volledig oneens
Vraag 4a: Het algemene concept van werken in ziekte specifieke ketens volstaat voor het leveren van zorg aan patiënten met chronische aandoeningen – financieel gezien	Volledig eens – eens – noch eens/noch oneens – oneens – volledig oneens
Vraag 4b: De landelijke maatregel voor invoer van ziekte specifieke ketenzorgprogramma's stimuleert integrale zorg voor complexe patiënten met één of meer chronische aandoeningen	Volledig eens – eens – noch eens/noch oneens – oneens – volledig oneens
Vraag 4b: De landelijke maatregel voor invoer van ziekte specifieke ketenzorgprogramma's stimuleert persoonsgerichte zorg voor complexe patiënten met één of meer chronische aandoeningen	Volledig eens – eens – noch eens/noch oneens – oneens – volledig oneens
<p>De afgelopen jaren zijn er rondom het thema kwetsbare ouderen ook de nodige landelijke ontwikkelingen geweest. Denk aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vanuit VWS is gestart met het Programma Langer Thuis (zie: Langer thuis wonen voor ouderen: wat doet de overheid? Zorg en ondersteuning thuis Rijksoverheid.nl) <p>Vanuit BeterOud is een handreiking kwetsbare ouderen thuis verschenen (zie: https://www.beteroud.nl/tips-tools/tools/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis)</p>	

Vraag 5a: Ik ben bekend met deze landelijke ontwikkelingen rondom het thema kwetsbare ouderen	Volledig eens – eens – noch eens/noch oneens – oneens – volledig oneens
Vraag 5b: Binnen onze zorggroep zijn er naar aanleiding van deze landelijke ontwikkelingen programma's/initiatieven opgestart specifiek rondom het thema kwetsbare ouderen	Volledig eens – eens – noch eens/noch oneens – oneens – volledig oneens
Vraag 5c: Programma's/initiatieven rondom kwetsbare ouderen binnen onze zorggroep zijn opgestart in navolging van het landelijke programma langer thuis voor kwetsbare ouderen van VWS	Volledig eens – eens – noch eens/noch oneens – oneens – volledig oneens
Vraag 6: Wilt u (een van uw) antwoorden op bovenstaande stellingen toelichten?	
Sectie 3: Denkraam integratie zorgprogramma's voor chronische aandoeningen	
<i>In juni 2020 publiceerde InEen het denkraam integratie zorgprogramma's voor chronische aandoeningen. Hierin proberen zij ondersteuning en richting te geven aan de transitie naar integrale en persoonsgerichte zorg vanuit de huidige programmatische chronische zorg. Daarbij moet het denkraam niet als blauwdruk gezien worden voor deze transitie, maar moet het vooral een document zijn waarmee zorggroepen richting kunnen geven aan hun eigen transitie van de chronische zorg die hun eerstelijnsorganisaties leveren.</i>	
Vraag 7a: Ik ben bekend met het denkraam integratie zorgprogramma's voor chronische aandoeningen van InEen	Volledig eens – eens – noch eens/noch oneens – oneens – volledig oneens
Vraag 7b De inhoud van dit denkraam integratie zorgprogramma' is relevant en interessant.	Volledig eens – eens – noch eens/noch oneens – oneens – volledig oneens
Vraag 7c: Het denkraam is goed toepasbaar op onze situatie als zorggroep.	Volledig eens – eens – noch eens/noch oneens – oneens – volledig oneens
Vraag 8: Op basis van het denkraam integratie zorgprogramma's hebben wij als zorggroep concreet actie ondernomen op de volgende gebieden: <ul style="list-style-type: none"> • ICT • Financiering • Scholing/vaardigheden • Verbinding met sociaal domein/persoonlijkheidsdomein • Andere doelgroep(en) of andere verdeling (segmentatie) • Kwaliteitsbeleid/indicatoren • (Verwijzen naar) leefstijlbegeleiding 	Volledig eens – eens – noch eens/noch oneens – oneens – volledig oneens]
Toelichting (optioneel)	
Sectie 4: Programma's specifiek voor uw zorggroep – complexe patiënten met één of meer chronische aandoeningen	
Vraag 9: Wat kenmerkt volgens u/wat zou uw omschrijving zijn van een complexe patiënt (al dan niet met één of meer chronische aandoeningen)?	
Vraag 10: Zijn er binnen uw zorggroep initiatieven waar specifiek aandacht is voor complexe patiënten met één of meer chronische aandoeningen zoals hierboven omschreven?	[A: Ja, B: nee, C: weet ik niet]
Vraag 11: Geef a.u.b. een beknopte, afzonderlijke beschrijving van 1 van de belangrijkste/grootste initiatieven met het speerpunt complexe chronische zorg waar specifiek aandacht is voor complexe patiënten met één of meer chronische aandoeningen (in totaal max 3 programma's). Benoem in deze beschrijving indien mogelijk: <ul style="list-style-type: none"> • Wat het initiatief inhoudt • Wanneer het initiatief gestart is • Voor wie het initiatief specifiek is • Wat het doel is van het initiatief • Welke partijen hierbij betrokken zijn • Op welke manier het initiatief bijdraagt aan integrale zorg (welke barrières neemt het weg) 	

<ul style="list-style-type: none"> • Welke barrières er eventueel zijn/waren in de uitvoering (waardoor initiatief misschien niet helemaal optimaal loopt/geïmplementeerd is) 	
Vraag 11b: De onder vraag 17 genoemde programma's waar specifiek aandacht is voor complexe patiënten met één of meer chronische aandoeningen stimuleren integrale en persoonsgerichte zorg voor deze patiënten.	3x [Volledig eens – eens – noch eens/noch oneens – oneens – volledig oneens] per genoemd programma
Vraag 11b: Op schaal van 1-10, hoe zou u de mate van geborgdheid van dit initiatief omschrijven? 1 staat hierbij voor: totaal niet geborgd en meer een pilot in de beginfase. 10 staat hierbij voor: het initiatief is geborgd en wordt gezien als standaard onderdeel van zorg binnen praktijken onder uw zorggroep	1-10 schaal
Vraag 11c: De onder vraag 17 genoemde programma's waar specifiek aandacht is voor complexe patiënten met één of meer chronische aandoeningen zijn of worden (wetenschappelijk) geëvalueerd.	3x [A: Ja, B: nee, C: weet ik niet] per genoemd programma
Sectie 5: Factoren voor en tegen het leveren van persoonsgerichte en integrale zorg	
Vraag 12: In hoeverre denkt u dat onderstaande zaken belemmeringen zijn in het tot stand komen van integrale en persoonsgerichte zorg voor complexe patiënten met één of meer chronische aandoeningen? <ol style="list-style-type: none"> 1. Het niet kunnen identificeren van de juiste patiënt 2. Ontbrekende kennis over juiste aanpak 3. Bekostiging van chronische zorg in ziekte specifieke ketens 4. Te weinig beschikbare capaciteit zorggroep(en) 5. Afwezige expertise binnen zorggroep(en) 6. Te weinig beschikbare capaciteit huisartsenpraktijk 7. Het ICT-systeem 8. Het niet kunnen maken van afspraken met zorgverzekeraars 9. Wachtlijsten/onvoldoende beschikbaarheid specialisten (waaronder ook specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten) 10. Beperkingen in (mogelijk tot) delen van gegevens met overige zorgverleners (door bijv. wetgeving of ICT) 	
Vraag 12b: Maak een top 5 uit bovenstaande factoren die u beschouwt als meest belemmerend in het tot stand komen van integrale en persoonsgerichte zorg voor complexe patiënten met één of meer chronische aandoeningen. Op 1 zet u de factor die u beschouwt als meest belemmerend	
Vraag 13: In hoeverre denkt u dat onderstaande zaken bevorderende factoren zijn in het realiseren van integrale zorg voor complexe patiënten met één of meer chronische aandoeningen? <ol style="list-style-type: none"> 1. Intrinsieke motivatie individuele huisarts 2. Intrinsieke motivatie individuele POH 3. Ziekte overstijgende bekostiging 4. Kennis en vaardigheden huisarts 5. Kennis en vaardigheden POH 6. Leiderschap en veranderkracht huisarts 7. Leiderschap en veranderkracht POH 8. Duidelijke visie/overkoepelend plan van de doelgroep 9. Regionale ondersteuning door zorggroep 10. Reeds bestaande samenwerkingen huisartsenpraktijk met andere zorgverleners 11. Reeds bestaande samenwerkingen huisartsenpraktijk met sociaal domein 12. Reeds bestaande afspraken zorggroep met zorgverzekeraar 	
Vraag 13b: Maak een top 5 uit bovenstaande factoren die u beschouwt als meest bevorderend in het tot stand komen van integrale en persoonsgerichte zorg voor complexe patiënten met één of meer chronische aandoeningen. Op 1 zet u de factor die u beschouwt als meest bevorderend.	

Vraag 14a: Dank voor het invullen van deze vragenlijst. De antwoorden zullen anoniem verwerkt worden en zijn dus niet herleidbaar naar u of uw zorggroep. Echter, op basis van uw antwoorden kunnen wij mogelijk vragen hebben over specifieke programma's en/of reeds behaalde resultaten van genoemde programma's. Indien wij hierover contact met u op zouden mogen nemen kunt u hieronder uw mailadres invullen. Uw emailadres zal geen onderdeel uitmaken van de data die voor dit onderzoek opgeslagen wordt, maar wordt uit de data verwijderd voorafgaand aan het verwerken en analyseren van de data. Uw antwoorden worden nog steeds op groepsniveau gerapporteerd (niet te herleiden naar u als individu of uw zorggroep). Indien u hier niet voor benaderd wil worden kunt u niets invullen.

Vraag 14b: In een vervolg van dit onderzoek willen we onder huisartsen en POH's ook uitvragen welke beïnvloedende factoren zij ervaren in het leveren van persoonsgerichte en integrale zorg aan complexe patiënten. Dat willen we doen met een zeer verkorte versie van de vragenlijst die u net ingevuld heeft (maximaal 5 minuten). Naast dat zo'n uitvraag informatie oplevert voor dit wetenschappelijke onderzoek, levert dit ook voor uw zorggroep relevante inzichten op over de praktische knelpunten die rondom dit thema op de werkvloer mogelijk leven. Vul hieronder a.u.b. (nogmaals) uw mailadres in als wij u hiervoor mogen benaderen. Uw mailadres zal op dezelfde manier verwerkt worden als boven beschreven. Indien u hier niet mee akkoord gaat kunt u niets invullen.

We realiseren ons dat huisartsen en POHs momenteel al overvraagd worden. Deze aanvullende enquête zal daarom dus ook zeer beperkt zijn (maximaal 5 minuten). Ook zullen antwoorden van huisartsen en POHs anoniem en op groepsniveau verwerkt worden en dus niet gelinkt worden aan uw zorggroep.