

# Chronische zorgprogramma's op d

Krimpemde budgetten en minder personeel leiden tot verandering van de zorg- en bedrijfsprocessen in de eerstelijnszorg. Daarnaast bieden technische applicaties de mogelijkheid om de inbreng van patiënten te vergroten. In dit artikel doen de auteurs een voorzet voor herontwerp van de chronische zorgprogramma's, zoals diabetes, COPD, CVRM of astma.

De chronische zorgprogramma's zijn ontwikkeld nadat in het begin van deze eeuw werd geconstateerd dat de coördinatie en afstemming in de diabetesketen niet goed georganiseerd was. De zorg was met name hierdoor niet adequaat. Er werd een Zorgstandaard Diabetes opgesteld en geïmplementeerd. Voor COPD en CVRM werd eenzelfde pad gevolgd. Het zorgprogramma astma is later in een aantal regio's als pilot toegevoegd. De extra aandacht voor betere samenwerking en coördinatie in deze chronische zorg heeft ertoe geleid dat Nederland qua zorguitkomsten in internationaal perspectief goed scoort. Tegelijk is vrijwel iedereen het erover eens dat de zorgstandaarden verworden zijn tot standaardzorg en wordt er steeds meer ingezet op de persoon. Ook is duidelij

lijk geworden dat wanneer er voor één patiënt meerdere zorgprogramma's en eventueel nog andere relevante (NHG-) richtlijnen worden 'gestapeld', dit niet automatisch tot de beste zorg leidt. Daarom is ingezet op persoonsgerichte zorg op basis van een individueel zorgplan. Dat proces is gaande. Bij enkele specifieke aspecten van de zorg wordt al gebruikgemaakt van een groepsaankpak, bijvoorbeeld bij stoppen met roken. Daarmee kan enige productiviteitswinst worden geboekt. Dit leidt tot de huidige situatie (figuur 1).

### Maatschappelijke veranderingen

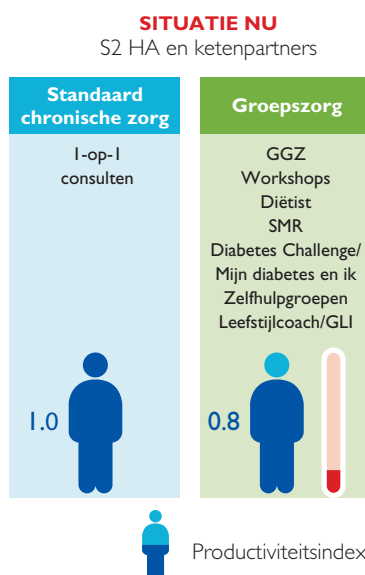
In de afgelopen tien jaar is er nogal wat veranderd. We zien dat:

- het aantal chronisch zieken blijft stijgen;
- substitutie van budget uit de ziekenhuizen niet (voldoende) is gelukt;

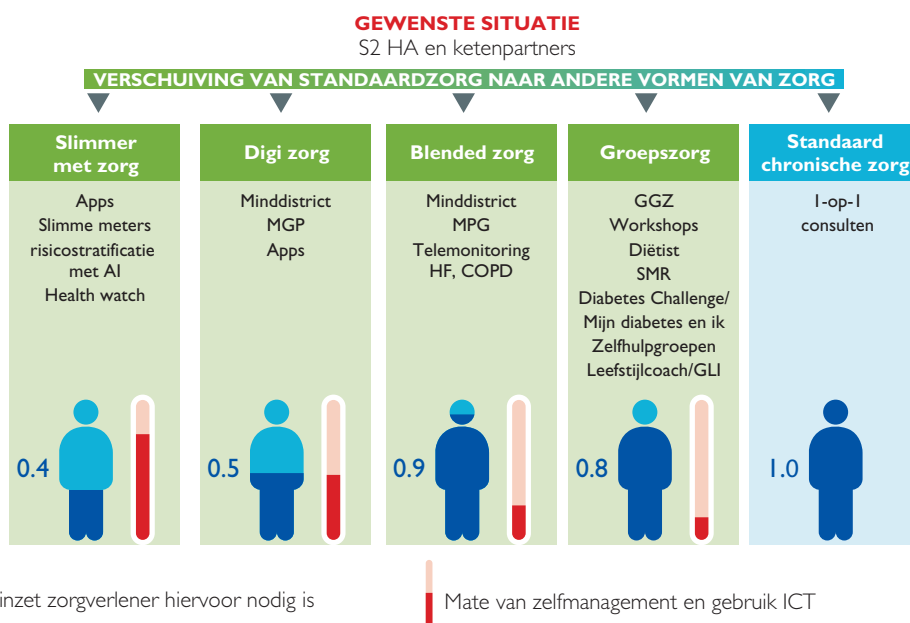
- De macro-economische zorgkosten blijven stijgen;
- De technische mogelijkheden door inzet van eHealth en ICT-applicaties toenemen;
- Het tekort aan arbeidskrachten verontrustende vormen aanneemt;
- (een deel van de) patiënten meer betrokken wil worden in het zorgproces en 24/7 toegankelijkheid verwacht.

In aansluiting op deze veranderingen, moet er een nieuw perspectief worden geschetst voor de chronische zorgprogramma's diabetes, COPD (en astma) en CVRM. Een concept dat ook toepasbaar is bij andere diagnoses, zoals GGZ of chronische beweegzorg. Dit nieuwe perspectief komt tot uiting in figuur 2.

figuur 1: huidige opzet chronische zorgprogramma's diabetes, COPD (astma) en CVRM



figuur 2: gewenste opzet chronische zorgprogramma's diabetes, COPD (astma) en CVRM



# e schop

Er vindt een verschuiving plaats van standaard chronische zorg (rechts) naar andere vormen van zorg (links). Daarbij wordt steeds meer gebruikgemaakt van zelfmanagement en ICT. Hierdoor kan de productiviteit van de professionele zorgaanbieder toenemen en worden ingezet voor patiënten die niet in staat zijn om digitaal te participeren in het zorgproces of waarbij fysieke consulten noodzakelijk zijn. Er is gebleken dat 'slechts' vijftig procent van de patiënten onvoldoende (digitale) gezondheidsvaardigheden heeft (Rademaker 2016). Tegelijk heeft de andere vijftig procent deze vaardigheden wel en voor hen is deze andere opzet van de chronische zorg haalbaar. Te verwachten is dat door de ontwikkeling van enerzijds dummy proof ICT-applicaties en anderzijds de doorgroei van de digitale generaties de groep die voldoende (digitale) gezondheidsvaardigheden heeft voor deze vorm van chronische zorg op termijn in omvang toeneemt. De gewinning aan alternatieve zorgprocessen kan ook in andere zorgrelaties, zoals S1-zorg bij huisartsen, tot efficiencywinst leiden. Zelfservice kan hieraan een belangrijke bijdrage aan leveren, denk aan digitaal afspraken maken/reserveren, gebruikmaken van een uitslagenportaal of het digitaal aanvragen van herhaalrecepten. Deze zelfservice is de patiënt/consument in veel andere bedrijfstakken al gewend.

De verschuiving naar links zoals geschetst in figuur 2, kan en moet plaatsvinden door bestaande patiënten een alternatief aan te bieden voor de huidige standaard chronische zorg, die veelal één op één plaatsvindt. Dat gebeurt al door het aanbieden van groepszorg, maar nog in beperkte mate. Nog effectiever is het om de instroom waar mogelijk direct vanaf links plaats te laten vinden. Dan vindt er vanaf het eerste moment een gewinning en emancipatie

plaats van de patiënt en is er naar verwachting sprake van een neveneffect op ander zorggebruik. Deze groep zal door de maatschappelijke digitalisering in de toekomst automatisch groeien en doorontwikkelen.

Naast de situaties weergegeven in figuur 2, zal in de (nabije) toekomst nog een categorie worden toegevoegd waarbij gebruik wordt gemaakt van (ongestructureerde) data van gezonde gebruikers of geclassificeerde risicopersonen. Op basis daarvan kan met kunstmatige intelligentie en longitudinale inzichten een positief effect op voorspelbare gezondheid worden verkregen. Dit zal een stimulans geven aan preventie. Over de rol van de eerstelijnszorg hierbij moet nog nader gediscussieerd worden: er is immers (nog) geen sprake van zorg.

### Tot slot

De ontwikkeling van digitale technologie kan de traditioneel lagere productiviteit van de gezondheidszorg<sup>1</sup> vergroten. Daarmee zal dit voor een deel het antwoord zijn op de groeiende zorgvraag, die wordt aangewakkerd door de vergrijzing die tot 2040 in Nederland plaatsvindt. Daarnaast kan het een antwoord zijn op de schaarse arbeidsmarkt, die is ontstaan door afname van het aantal jongeren dat beschikbaar is voor de arbeidsmarkt in het algemeen en de zorg in het bijzonder. De nieuwe vormen van het aanbieden van zorg bieden bovendien perspectief voor meer participatie van de patiënt. Wanneer gebruik wordt gemaakt van kunstmatige intelligentie en beschikbare data, kan de aandacht op termijn worden verlegd naar het voorkomen van ziekte. <<

Jan Erik de Wildt, Ellen Huijbers,  
Renate Jansink, Jorien Sjoerdsma,  
Nathalie Eikelenboom (DOH Zorggroep)

1 Baumol effect



## SLIMME BEDRIJFSVOERING CONGRES

Standaardisatie van bedrijfsvoering met  
behoud van professionele autonomie

Dit artikel maakt onderdeel uit van de presentatie van Jan Erik de Wildt op het congres Slimme bedrijfsvoering dat op 29 en 30 november in 's-Hertogenbosch plaatsvindt.

Meer informatie: [www.de-eerstelijns.nl/congres-slimme-bedrijfsvoering/](http://www.de-eerstelijns.nl/congres-slimme-bedrijfsvoering/)

### Zelfservice

Zelfservice is het door de patiënt zelf uit laten voeren van logistieke niet medische zorg in de afstemming met professionals. Bijvoorbeeld het digitaal maken van afspraken of het bestellen van een herhaalrecept. Het vervangt werkzaamheden aan de kant van de zorgaanbieder. Het voordeel voor de patiënt is gemak en vrijheid in planning.

### Zelfzorg

Zelfzorg is het inzetten van de patiënt in (een deel van) het zorgproces ter vervanging van een professional om de betrokkenheid van de patiënt in het zorgproces te vergroten en de gelijkwaardigheid van de patiënt en zorgprofessional te versterken.

### Business redesign

Business redesign is het opnieuw ontwerpen van processen met als doel de productiviteit te vergroten, de klant/leverancier-relatie te veranderen of de (24 uren) toegankelijkheid te verbeteren.

