

Het verbeteren van de organisatie van chronische zorg in een thuiszorgorganisatie¹

Vincent Moermans (MSc), Dep. Health Services Research, Universiteit Maastricht, Nederland en Departement Verpleging, Wit-Gele Kruis Limburg, Genk, België²

Gertie Bours (PhD), Dep. Health Services Research, Universiteit Maastricht, Nederland

Samenvatting

Zoals in de rest van de wereld, stijgt ook in België het aantal personen met een chronische ziekte. De Belgische overheid adviseert daarom dat zorgorganisaties de principes van het Chronic Care Model (CCM) van Wagner integreren in de organisatie van hun zorg.

Met een studie wilde men inzicht krijgen in hoe chronische zorg georganiseerd is in een thuiszorgorganisatie volgens de principes van het Chronic Care Model (CCM), welke de belemmerende en bevorderende factoren zijn om deze zorg te organiseren en welke de strategieën zijn om met de belemmerende factoren om te gaan. De deelnemers aan de studie (zorgprofessionals, personen met een zorgnood en stakeholders van het Wit-Gele Kruis Limburg) werden doelgericht gekozen.

Om inzicht te krijgen in de huidige organisatie van de chronische zorg, werd de Nederlandse versie van de ACIC-vragenlijst (Assessment of Chronic Illness Care) gebruikt. De inventarisatie van belemmerende en bevorderende factoren gebeurde via semi-gestructureerde interviews gebaseerd op de MIDI-vragenlijst (MeetInstrument Determinanten van Innovaties). Via een systematic review van de EPOC-database (Effective Practice and Organisation of Care) van Cochrane, werden verbeterstrategieën bepaald.

De bevraging via de ACIC-vragenlijst wees uit dat er een goede ondersteuning was voor de organisatie van chronische zorg. Wat betreft zelfmanagementondersteuning en integratie van de chronische zorgcomponenten, is echter verbetering mogelijk. Het feit dat alle geïnterviewde personen het concept van zelfmanagement wensen te ondersteunen, is een belangrijke bevorderende factor. De belemmerende factoren voor het implementeren van zelfmanagementondersteuning zijn compatibiliteit, gebrek aan kennis, onvoldoende steun vanuit het management en een niet geschikt financieel, wet- en regelgevend kader.

Effectieve strategieën om de voorgaande belemmerende factoren aan te pakken zijn het gebruik van een multidisciplinaire top-down, bottom-up strategie om zo de kennis in de praktijk te vertalen, interventies die de organisatie van zorg verbeteren en het gebruik van financiële incentives die zelfmanagement bevorderen.

De gevonden aandachtspunten, barrières en strategieën zijn ook vergelijkbaar met eerdere studies. Om zelfmanagementondersteuning succesvol verder te verbeteren, wordt een multifactoriële top-down, bottom-up benadering aanbevolen. De resultaten van deze studie geven inzicht in hoe zorg- en welzijnsorganisaties hun organisatie van hun zorg kunnen aanpassen volgens de principes van het CCM, zodat zij personen met een chronische zorgnood kunnen ondersteunen in de regie van hun zorg.

Sleutelwoorden: organisatie chronische zorg, chronic care model, ondersteuning van zelfmanagement, veranderstrategie

1 Dit artikel is de Nederlandse vertaling en samenvatting van het Engelstalig eindwerk "Improving chronic care in a home health care organisation" van V. Moermans (ingediend in 2015 voor het behalen van het diploma van Master in Science Health Policy and Innovation Management aan de Universiteit van Maastricht).

2 Vincent Moermans studeerde af als ergotherapeut (1999) en als sociaal verpleegkundige (2005). Sinds 2008 werkt hij bij het Wit-Gele Kruis Limburg als zorgcoach van verschillende verpleegafdelingen in Zuid-Limburg en coördinator van het domein locomotorische en neurologische zorg. Daarbuiten is hij sinds 2016 externe PhD-kandidaat aan de Universiteit Maastricht, departement Health Service Research, waar hij bezig is met onderzoek naar de preventie en reductie van onvrijwillige zorg in de thuiszorg.

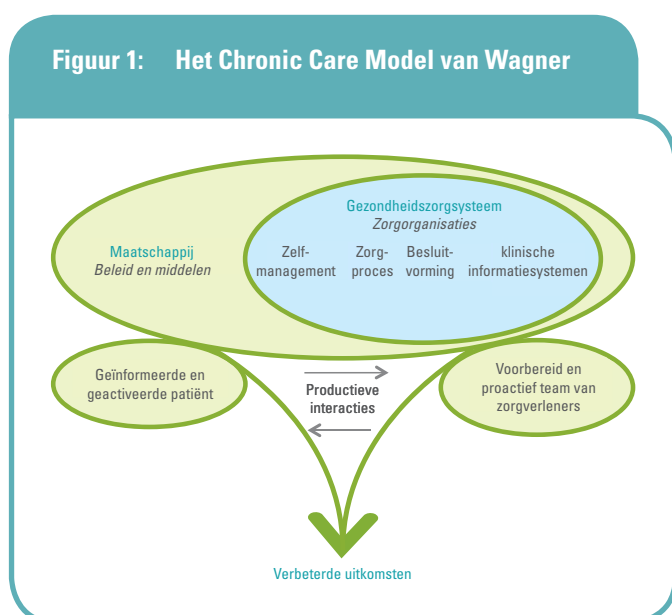
1. Achtergrond

Chronische zorg is een belangrijk agendapunt binnen de gezondheidszorg. Een chronische ziekte hebben is complex. De betrokkene dient zijn gedrag en levensstijl aan te passen, in dialoog te gaan met zorgverleners, zich te houden aan een behandelingsplan, zijn gezondheidstoestand constant op te volgen en beslissingen te nemen. Een chronische ziekte heeft een invloed op elk aspect van het leven (1). Om deze reden is de traditionele aanpak binnen ons huidig gezondheidszorgsysteem, die zich enkel richt op de relatie tussen de persoon met een zorgnood en zijn geneesheer, onvoldoende.

Dit is dan ook de reden dat het nodig is dat de 10 componenten van een performant systeem voor chronische zorg geïntegreerd worden binnen ons gezondheidszorgsysteem. Deze componenten zijn:

- 1) verzekeren van een universele dekking,
- 2) zorg die voor iedereen financieel toegankelijk is,
- 3) zorgverleners die zich richten op de primaire preventie,
- 4) prioriteit geven aan personen die zelf de regie voeren over hun zorg met ondersteuning van zorgverleners en familie,
- 5) het belang van eerstelijnszorg versterken,
- 6) meer inzetten op populatiebeheer,
- 7) integratie van de ondersteuning van de tweedelijnszorg binnen de eerstelijnszorg,
- 8) investeren in digitale informatie uitwisseling,
- 9) effectiever coördineren van zorg en
- 10) het verbinden van deze negen kenmerken tot een samenhangend geheel (2).

Het Chronic Care Model van Wagner (CCM) is een voorbeeld van een gezondheidsmodel dat geënt is op de noden van de persoon met een chronische zorgnood (zie figuur 1). Het hoofddoel van het CCM is om de zorgcoördinatie binnen de eerstelijns te verbeteren door het stimuleren van de dialoog tussen alle zorgverleners en de persoon met een chronische zorgnood (6).



Om deze reden adviseert de Wereldgezondheidsorganisatie, alsook de Belgische overheid, dat het CCM geïntegreerd wordt in onze gezondheidszorg (3-6). Thuiszorgorganisatie Wit-Gele Kruis Limburg wenst daarom de principes van het CCM te integreren binnen haar zorgmodel. Om dit te kunnen doen, wenste Wit-Gele Kruis Limburg inzicht te krijgen in een aantal zaken. Daarom werden de volgende onderzoeksdoelen opgesteld:

- 1) In welke mate is het huidig zorgmodel afgestemd op het CCM?
- 2) Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren voor de veranderingen die nodig zijn voor de organisatie van zorg volgens het CCM?
- 3) Welke zijn de strategieën en acties die nodig zijn om om te gaan met de belemmerende factoren?

2. Methode

2.1. Deelnemers

De studie werd uitgevoerd in het voor- en najaar van 2014, onder zorgprofessionals, personen met een zorgnood en stakeholders van het Wit-Gele Kruis Limburg. Deze personen werden doelgericht gekozen op basis van hun ervaring, kennis en netwerk. Vooraleer de informatie werd verzameld, werd aan iedere deelnemer het opzet van de studie toegelicht en werd een informed consent ondertekend. Enkel indien de informend consent werd ondertekend werd de deelnemer geïncludeerd.

2.2. Gegevensinzameling

Om de drie onderzoeksvragen te beantwoorden, is achtereenvolgens gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethodieken.

Om inzicht te krijgen in welke mate het huidig zorgmodel van het Wit-Gele Kruis Limburg overeenkwam met de principes van het CCM (onderzoeksvraag 1), vulden twaalf verpleegkundigen, acht middenkaderleden en twee kaderleden de ACIC-vragenlijst (7, 8) in (zie kader). De bevraging werd uitgevoerd in het voorjaar van 2014. Op basis van de resultaten van dit kwantitatief onderzoek bepaalde het management welk(e) aspect(en) zij prioritair vond.

Van deze aspecten werden dan de belemmerende en bevorderende factoren via een semi-gestructureerd interview geïnventariseerd (onderzoeksvraag 2). Dit kwalitatieve luik van de studie werd uitgevoerd in het najaar van 2014. De vragen van dit interview waren gebaseerd op de MIDI-vragenlijst (9, 10) (zie kader). De vragen waren geclusterd in vier thema's en 29 subthema's. Er werden 14 personen geïnterviewd. Zij werden doelgericht gekozen uit het netwerk van het Wit-Gele Kruis Limburg. Deze personen waren een

coördinator van een organisatie voor thuisverpleging, directeur van een verpleegopleiding, directeur van een woonzorgcentrum, twee personen met een chronische ziekte, een diensthoofd maatschappelijk werk van een mutualiteit, een endocrinoloog, een huisarts, een diensthoofd van een sociale dienst van een algemeen ziekenhuis, een regionaal diensthoofd van een dienst voor gezinszorg, een medewerker van een mantelzorgvereniging, een directeur van een patiëntenvereniging, een directeur zorg van een ziekenhuis en een coördinator van een organisatie die de samenwerking binnen de eerstelijns faciliteert.

Op basis van de resultaten van het kwalitatief onderzoek werd begin 2015 een systematische review van de literatuur gedaan van mogelijke verbeterstrategieën (onderzoeksvraag 3). Deze review werd uitgevoerd in de EPOC database van Cochrane (zie kader).

3. Resultaten

3.1. De huidige stand van zaken volgens het CCM

Tabel 1 toont de resultaten van het kwantitatieve luik van de studie die voortvloeien uit de ACIC-bevraging. Daaruit blijkt dat de organisatie van zorg van het Wit-Gele Kruis Limburg een goede ondersteuning biedt voor chronische zorg volgens de principes van het CCM. De componenten die het laagst scoren waren 'zelfmanagementondersteuning' en 'integratie van de verschillende componenten'. Gebaseerd op deze resultaten besloot het Wit-Gele Kruis Limburg zich eerst te richten op het verbeteren van zelfmanagementondersteuning. Daarom zullen in punt 3.2 de belemmerende en bevorderende factoren van zelfmanagementondersteuning besproken worden.

De ACIC-vragenlijst

De ACIC-vragenlijst (Assessment of Chronic Illness Care) is een instrument, ontwikkeld voor organisaties, teams of zorgnetwerken met het oog op het identificeren van de stand van zaken en mogelijke verbeteringen in hun zorg voor chronisch zieken in de zes domeinen van het CCM. Een groot voordeel van de ACIC is de specifieke focus op de organisatie van de zorg. Deze vragenlijst richt zich op de generieke benadering van chronische aandoeningen, onafhankelijk van de ziekte. Het instrument beoogt tevens aangrijpingspunten voor verbetering zichtbaar te maken.

Naast een globale score (= het gemiddelde van de score op zes subschalen), is er ook een score voor de afzonderlijke items en de zes subschalen (onderwerpen).

Interpretatie van de scores:

- Score tussen 0 en 2 = beperkte ondersteuning voor zorg bij chronische ziekte
- score tussen 3 en 5 = voldoende ondersteuning voor zorg bij chronische ziekte
- score tussen 6 en 8 = goede ondersteuning voor zorg bij chronische ziekte
- score tussen 9 en 11 = uitstekende ondersteuning voor zorg bij chronische ziekte

MIDI-vragenlijst

Het MIDI (MeetInstrument Determinanten van Innovaties) is een kort en generiek diagnose-instrument bedoeld voor onderzoekers die in kaart willen brengen welke determinanten het daadwerkelijk gebruik van een in te voeren of ingevoerde innovatie, zoals een richtlijn, beïnvloeden. Het instrument bevat 29 determinanten. Op basis van deze inzichten kan men daarna gerichte invoerstrategieën ontwerpen.

EPOC database van Cochrane

De Effective Practice and Organisation of Care-groep is een review groep van Cochrane. Cochrane is een internationaal netwerk van 28.000 mensen uit meer dan 100 landen. Zij voeren systematische reviews uit over allerlei interventies (gedrag, financieel, ...), bedoeld om de gezondheidspraktijk en de organisatie van de zorg te verbeteren. Op deze wijze willen ze ertoe bijdragen dat zorgverleners, beleidsmakers en patiënten goed geïnformeerd beslissingen nemen over gezondheidszorg.

Tabel 1: Resultaten van de ACIC-bevraging

Onderwerp	Gemiddelde (range)	Mate van ondersteuning	Standaard deviatie	Mediaan
GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM	6.7 (3.0-8.9)	Goed	1.6	6.7
Algemeen organisatorisch leiderschap in de zorg voor chronische aandoeningen	6.9 (3.0-9.0)	Goed	2.3	7.0
Organisatorische doelstellingen in de zorg voor chronische aandoeningen	6.1 (3.0-9.0)	Goed	1.9	5.5
Verbeteringsstrategie in de zorg voor chronische aandoeningen	5.5 (1.0-9.0)	Goed	2.0	5.5
Stimuleringsmaatregelen en regelingen in de zorg voor chronische aandoeningen	7.3 (2.0-10.0)	Goed	2.5	8.0
Het hoger management		Goed	1.6	8.0
De baten	6.1 (0.0-10.0)	Goed	2.6	7.0
Maatschappij	7.1 (3.3-10.0)	Goed	1.8	7.0
Patiënten verwijzen naar externe mogelijkheden	7.4 (2.0-10.0)	Goed	2.6	8.5
Samenwerkingsverbanden met organisaties in de omgeving	8.0 (6.0-10.0)	Goed	1.4	8.0
Regionale zorgplannen	6.1 (2.0-10.0)	Goed	2.2	6.0
ONDERSTEUNING VAN ZELFMANAGEMENT	6.4 (3.3-10.0)	Goed	1.8	7.0
Nagaan en vastleggen van de behoeften en activiteiten van de patiënt ten aanzien van zelfmanagement	6.6 (4.0-10.0)	Goed	2.2	6.5
Ondersteuning van zelfmanagement bij patiënten	6.1 (2.0-10.0)	Goed	2.3	6.0
Ingaan op vragen en zorgen van patiënten en familieleden	6.9 (4.0-11.0)	Goed	2.1	7.0
Effectieve interventies voor gedragsverandering en sociale steun aan patiënten	5.8 (0.0-10.0)	Voldoende	2.3	6.0
BESLISKUNDIGE ONDERSTEUNING	7.5 (6.0-9.2)	Goed	1.1	7.0
Evidence-based richtlijnen / standaarden	8.3 (5.0-10.0)	Goed	1.4	8.5
Betrokkenheid van gespecialiseerde zorgverleners bij het verbeteren van eerstelijnszorg	7.7 (5.0-10.0)	Goed	1.6	8.0
Nascholing voor zorgverleners op het gebied van de zorg voor patiënten	8.1 (6.0-10.0)	Goed	1.1	8.0
Het informeren van patiënten over richtlijnen / standaarden	5.6 (3.0-9.0)	Voldoende	1.9	5.0
ORGANISATIE VAN ZORG	8.1 (5.2-9.8)	Goed	1.4	8.5
Functioneren van het (multidisciplinaire) team	8.1 (4.0-11.0)	Goed	1.6	8.0
Leiderschap in het team	8.6 (2.0-11.0)	Goed	2.4	9.0
Afsprakensysteem	6.2 (0.0-9.0)	Goed	2.6	6.0
Controles voor patiënten	7.2 (3.0-10.0)	Goed	2.1	7.5
Geplande afspraken met patiënten	9.0 (6.0-10.0)	Uitstekend	1.4	10.
Continuïteit van zorg	9.2 (5.0-11.0)	Uitstekend	1.5	9.5
INFORMATIESYSTEMEN IN DE GEZONDHEIDSZORG	7.2 (4.0-11.0)	Goed	1.9	7.9
Register (lijst van patiënten)	5.5 (0.0-11.0)	Voldoende	3.2	5.0
Reminders (herinneringen) aan zorgverleners	6.4 (0.0-11.0)	Goed	3.2	7.0
Feedback	7.4 (3.0-11.0)	Goed	2.5	7.5
Informatie ten aanzien van behoeften aan zorg van de patiënt	9.2 (6.0-11.0)	Uitstekend	1.2	9.0
Zorg / behandelplan van patiënten	7.2 (2.0-11.0)	Goed	2.4	6.5
Integratie van componenten in het chronische zorg model	6.3 (3.4-10.0)	Goed	1.6	6.2
Het informeren van de patiënten over richtlijnen	6.3 (3.0-9.0)	Goed	1.8	6.5
Informatiesystemen/ registers	5.7 (1.0-10.0)	Voldoende	2.6	5.0
Beschikbare programma's in de omgeving	5.5 (1.0-10.0)	Voldoende	2.6	6.0
Organisatorische planning van de zorg voor chronische aandoeningen	5.8 (3.0-10.0)	Voldoende	2.2	5.0
Routinematige follow-up van afspraken, patiënten beoordelingen en het stellen van doelen	8.5 (6.0-10.0)	Goed	1.4	9.0
Richtlijnen voor de zorg voor chronische aandoeningen	6.0 (2.0-11.0)	Goed	2.6	5.5

3.2. Belemmerende en bevorderende factoren van zelfmanagementondersteuning

In tabel 2 worden de belemmerende en bevorderende factoren geïnventariseerd van zelfmanagementondersteuning. Deze

resultaten zijn gebaseerd op het kwalitatieve luik van de studie (semi-gestructureerde interviews). De aantallen verwijzen naar het aantal belemmerende en bevorderende elementen die door de deelnemers vermeld zijn voor de onderscheiden subthema's.

Tabel 2: Resultaten semi-gestructureerde interviews*

	Belemmerend	Bevorderend
1. Concept van zelfmanagement	117	37
1. Duidelijkheid	9	4
2. Correctheid	5	2
4. Complexiteit	7	
5. Compatibiliteit	83	22
6. Zichtbaarheid	1	5
7. Relevant voor de zorgvrager	12	4
2. Gebruiker (micro-level)	112	63
8. Persoonlijke voor- en nadelen	5	4
10. Professionele verplichtingen	17	5
13. Verwachtingen vanuit de zorgvrager	23	6
14. Verwachtingen vanuit het team	3	4
15. Persoonlijke overtuiging	3	5
16. Self-efficacy	16	8
17. Kennis	40	26
18. Vertrouwd met de inhoud	5	5
3. Organisatie (meso-level)	141	40
19. Formele bekrachtiging door het management	58	15
21. Personeelsbezetting	1	3
22. Financiële middelen	10	1
23. Beschikbare tijd	11	
24. Middelen en faciliteiten	15	2
25. Coördinatie	15	3
26. Lopende veranderingen in de organisatie	15	7
27. Beschikbare en toegankelijke informatie over zelfmanagement	16	9
4. Socio-politieke context (macro-level)	47	9
29. Wet- en regelgeving	47	9

* De tabel herneemt maar 23 van de 29 thema's aangezien van de 6 overige thema's geen informatie gevonden is. Het gaat om de volgende thema's: 3. Compleetheid, 9. Uitkomstverwachting, 11. tevredenheid zorgvrager, 12. medewerker zorgvrager, 20. vervanging bij personeelsverloop en 28. feedback aan gebruiker. Deze thema's zijn wel opgenomen in de bevraging, maar de geïnterviewde personen hebben deze vragen niet beantwoord.

De meeste belemmerende factoren hadden betrekking op de organisatie en het concept van zelfmanagementondersteuning. Indien wordt gekeken naar de subthema's, tonen de resultaten dat compatibiliteit, kennis, formele bekrachtiging van het management, regel- en wetgeving als meest belemmerende factoren werden benoemd voor de organisatie van zelfmanagementondersteuning.

Voor het subthema 'compatibiliteit', gaven de vertegenwoordigers van de patiëntenorganisatie en de dienst voor gezinszorg aan dat het concept van zelfmanagement niet afgestemd is op de bestaande waarden en werkmethodes, en dit door een paternalistische houding van bepaalde zorgverleners. De volgende uitspraak benadrukt dit: "De patiënt centraal stellen vinden we wel allemaal goed en iedereen staat daar achter, maar ondertussen doen we aanbodgestuurd verder." (patiëntenvereniging).

Wat het aspect 'kennis' betreft, gaven de geïnterviewde personen aan dat het, door een gebrek aan kennis en vaardigheden, moeilijk is om het concept van zelfmanagement

in de praktijk te vertalen. De directeur van een school voor verpleegkunde gaf aan: "Het is onduidelijk hoe je het concept van zelfmanagementondersteuning in de praktijk dient toe te passen." De vertegenwoordiger van een mutualiteit gaf aan dat "zorgverleners onvoldoende getraind zijn om personen te helpen in het oplossen van hun eigen zorgvragen."

De huidige structuren en afspraken binnen de eerste- en tweedelijnszorg zijn onvoldoende om zelfmanagement te ondersteunen. De gespecialiseerde arts gaf het volgende aan: "Het gezondheidszorgsysteem is complex en iedereen heeft zijn eigen visie en zij zijn niet altijd gemotiveerd om naar elkaar door te verwijzen".

Ook de wet- en regelgeving werd als een belangrijke belemmerende factor aangehaald. Het ondersteunen en stimuleren van zelfzorg wordt niet financieel gestimuleerd. De vertegenwoordiger van het woonzorgcentrum gaf het volgende aan: "Hoe hulpbehoevender een patiënt is, hoe meer geld we ontvangen. Deze regelgeving werkt zelfmanagement tegen."

Tabel 3: Overzicht van de gevonden literatuur

Belemmerde factor	Auteur	Interventie	Effect	Kwaliteit onderzoek
Compatibiliteit	Parmelli E et al (2011)	Change organisational culture	Nee	Zwak
	Flodgren G et al (2011)	External inspection	Nee	Zwak
Kennis	Farmer et al. (2008)	Printed educational materials	Ja	Sterk
	Forsetlund et al. (2009)	Educational meetings and workshops	Ja	Sterk
	O'Brien et al. (2007)	Educational outreach visits	Ja	Zwak
	Flodgren et al. (2011)	Local opinion leaders	Ja	Zwak
	Jamtvedt et al (2006)	Audit and Feedback	Ja	Sterk
	Shojania et al (2009)	Computerized Reminders	Ja	Zwak
	Baker et al. (2010)	Tailored Interventions	Ja	Zwak
	Akl et al. (2013)	Educational games	Ja	Zwak
	Reeves et al. (2008)	Interprofessional education	Ja	Zwak
	Grilli R et al. (2002)	Mass media interventions	Ja	Zwak
Bekrachtiging van het management	Akbari et al. (2008)	Outpatient referrals by education, organisation change and finance	Ja/ Nee	Zwak
	Dudley L, Garner P. (2011)	Integration strategies at the point of delivery	Ja	Zwak
	Aubin et al. (2012)	Case management, shared care and interdisciplinary team	Nee	Zwak
	Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. (2007)	Shared care across the interface between primary and specialty	Nee	Zwak
	Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. (2009)	Interprofessional collaboration	Ja	Zwak
	Laurant et al (2004)	Substitution of doctors by nurses in primary care	Ja	Zwak
Wet- en regelgeving	Gosden et al. (2000)	Different systems of payment: capitation, salary, and fee for service	Ja	Zwak
	Witter et al (2012)	Pay for performance	Nee	Zwak
	Flodgren et al (2011)	Financial incentives	Ja	Zwak

Het feit dat alle geïnterviewden het principe van zelfmanagementondersteuning een meerwaarde vonden, dat iedereen bekend was met het principe en dat de huidige gezondheidszorgcultuur steeds meer belang hecht aan zelfzorgmanagement, zijn belangrijke stimulerende factoren. In het volgende punt (3.3) worden verbeterstrategieën besproken voor compatibiliteit, kennis, bekrachtiging door het management en wet- en regelgeving.

3.3. Verbeterstrategieën

Tabel 3 toont een overzicht van mogelijke verbeterstrategieën voor de dimensies 'compatibiliteit', 'kennis', 'bekrachtiging door het management' en 'wet- en regelgeving'. Deze strategieën werden gevonden op basis van de systematic review. Voor elk van de gevonden verbeterstrategieën wordt ook aangegeven of ze een effect hadden op de belemmerende factor. Voor elke bron wordt ook een beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek toegevoegd.

Voor de belemmerende factor '**compatibiliteit**' werden geen effectieve strategieën gevonden.

Wat '**kennisverhoging**' betreft, werd er sterk kwalitatief onderzoek gevonden, waarin aangetoond werd dat de volgende interventies effectief waren: geprint educatief materiaal, vormingslessen, workshops, audit en feedback. Voor de volgende interventies werd een effect gevonden, maar was de kwaliteit van het onderzoek laag: werkbezoeken, lokale opinieleiders, reminders via een computerprogramma, op maat gemaakte interventies, spelen met een vormend karakter, uitwisselen van ervaringen tussen zorgverleners en sociale media.

De volgende effectieve strategieën werden gevonden om de '**bekrachtiging door het management**' te verbeteren: richtlijnen voor doorverwijzing, vorming van gezondheidsmedewerkers, het maken van afspraken tussen bestaande diensten, interprofessionele samenwerking en de ondersteuning van artsen bij verpleegkundigen.

De onderzoekskwaliteit van de studies was echter zwak.

Tevens was de onderzoekskwaliteit zwak wat betreft de effectieve strategieën om om te gaan met de belemmeringen in de '**regel- en wetgeving**'. Onderzoek toonde aan dat financiële incentives en een ander financieel systeem effectief zouden zijn om het gedrag van gezondheidszorgverleners te veranderen.

4. Bespreking, aanbevelingen en conclusie

4.1. Bespreking

Rekening houdend met beperkingen van dit onderzoek, wijst dit onderzoek uit dat de onderzochte thuiszorgorganisatie over het algemeen een goede ondersteuning biedt voor de organisatie van chronische zorg. Het feit dat de systeemcomponenten 'zelfmanagementondersteuning' en 'integratie van zorg' een vrij lage score hebben, komt overeen met eerder onderzoek (11). Hoewel er ruimte is voor verbetering in de andere systeemcomponenten, werd er door het management voor gekozen om zich te focussen op de ondersteuning van zelfmanagement. De gevonden belemmerende en versterkende factoren voor zelfmanagementondersteuning beïnvloeden de organisatie van zelfmanagement op micro-, meso- en macroniveau van ons gezondheidszorgsysteem (12, 13). De gevonden belemmeringen zijn: onvoldoende compatibiliteit, gebrek aan kennis, onvoldoende formele bekrachtiging door het management en onvoldoende financiële wet- en regelgeving die zelfmanagementondersteuning bevorderen. Deze factoren waren vergelijkbaar met eerdere studies (14-16). De belangrijkste facilitator is dat er veel ondersteuning is om zelfmanagement te integreren. Onderzoek toont aan dat kennisverhoging, het verbeteren van de dienstverlening en samenwerkingsverbanden nodig zijn om het concept zelfmanagement in onze gezondheidszorg verder te integreren.

4.2. Aanbevelingen

Op basis van de resultaten van deze studie en de veranderstrategieën van de Caluwé en Vermaak⁴ (17) en Rogers (18)⁵, wordt een multifactoriële bottom-up, top-down-strategie aanbevolen voor een succesvolle implementatie van zelfmanagementondersteuning. Wanneer een top-down benadering wordt gebruikt, start men vanuit een visie en denkkader. De bottom-up benadering wordt gebruikt om iedereen in het werkveld te betrekken om zo het principe van zelfmanagementondersteuning naar de praktijk te vertalen en verder te integreren, te evalueren en te verbeteren. Het voordeel van een multidisciplinaire samenwerking is dat de basis wordt gelegd voor wederzijds vertrouwen. Voor gedecentraliseerde zorg- en welzijnsorganisaties sluit deze manier van leren het meest aan met hun werkmethoden.

4 De Caluwé en Vermaak ontwikkelden een theorie voor geplande veranderingen in een organisatie. Ze onderscheidden vier stappen: diagnose, veranderstrategie, interventieplan en interventie. Hierbij moet een sterke nadruk liggen op de diagnose en de veranderstrategie. Ze ontwikkelden ook vijf paradigma's, telkens gekoppeld aan een kleur, over hoe mensen kijken naar en denken over verandering. Deze paradigma's helpen de verandermanager om duidelijk te communiceren over verandering aangezien deze zich bewust is van zijn eigen paradigma en dat van de anderen.

5 Rogers onderscheidt vijf groepen mensen - adoptie categorieën genoemd - die na elkaar een verandering accepteren. De 'innovators', (vernieuwers), de eerste en kleinste groep, zijn vaak de trekkers van een verandertraject. Ze vinden zich vrijwel onmiddellijk in de verandering en kunnen hierdoor andere medewerkers beïnvloeden. Later sluiten ook anderen groepen zich bij de verandering aan. Dit zijn achtereenvolgens de 'early adopters' (zeer snelle overnemers), de 'early majority' (vroeg overnemers) en 'late majority' (late overnemers). Ongeveer tweederde van de medewerkers in een organisatie bestaat uit de 'early majority' en 'late majority'. Ten slotte is er ook een kleine groep achterblijvers over ('laggards') met de meeste weerstand en de minste affiniteit met de verandering.

Om deze reden werd de volgende verbeterstrategie geadviseerd:

- a) Het management bepaalt een denkkader en visie voor de noodzakelijke veranderingen. Stafmedewerkers of het middenkader vormen de brug tussen de directie en de lokale afdelingen om zo de veranderingen te faciliteren. De lokale afdelingen nemen hun verantwoordelijkheden op en voeren de afgesproken acties uit.
- b) Stafmedewerkers organiseren focussessies op lokale afdelingen, samen met de lokale gezondheidszorgnetwerken, om zo de resultaten uit dit onderzoek te bespreken en indien nodig te verfijnen. Tijdens deze samenkomsten wordt de basis gelegd voor een wederzijds vertrouwen, door samen problemen te bespreken en op te lossen.
- c) Lokale leiders kunnen de interdisciplinaire vergaderingen en werkgroepen begeleiden. Tijdens deze overleggen worden interne en externe actoren betrokken om zo de basis te leggen voor de coördinatie van de chronische zorg in hun regio. Tijdens deze overlegmomenten worden haalbare, relevante en concrete thema's uitgewerkt door de werkvloer. Op deze wijze is het risico op weerstand het laagst.
- d) De openheid voor zelfmanagementondersteuning bij de stakeholders kan als een opportuniteit gebruikt worden om afspraken te maken tussen alle actoren om de financiële structuur en de coördinatie van de zorg op beleidsniveau aan te passen volgens de principes van CCM.
- e) Zorgverleners zijn van nature uit gemotiveerd om bij te leren. Volgende acties stimuleren een lerende omgeving:
 - 1) medewerkers die ervaring hebben met patiëntgerichte zorg organiseren lokale bijeenkomsten, workshops en educatieve outreachbezoeken. Tijdens deze sessies staat ervaringsgericht leren centraal aan de hand van het bespreken van concrete casussen. Tijdens deze bijeenkomsten worden lokale formele en informele leiders betrokken, om zo de veranderingen verder te verankeren;
 - 2) De integratie van geautomatiseerde reminders in het elektronische patiëntendossier en
 - 3) een structureel audit- en feedbacksysteem.
- f) Het veranderingsproces wordt ondersteund door een communicatiecampagne in de sociale en gedrukte media. Tijdens deze campagne komen goede praktijken en succesverhalen rondom het verbeteren van zelfmanagement aanbod.
- g) Indicatoren monitoren de processen, deze informatie wordt centraal verzameld, bestudeerd door het management en indien nodig worden voorstellen gedaan voor bijsturing.

De voorgestelde strategie heeft, zoals elke strategie, zijn voor- en nadelen. Het risico dat er weerstand ontstaat is reëel. Daarom is het belangrijk dat de werkgroepen en samenwerkingsverbanden gecoacht worden door een ervaren bemiddelaar, waardoor de kans dat de besluitvorming efficiënter verloopt, hoger is. Daarnaast is het essentieel dat er tussen de betrokken organisaties en de stakeholders een transparante communicatie is over de vooruitgang en de gemaakte afspraken. Een gezamenlijke visie, met de nadruk op een constructieve samenwerking, verhoogt het succes. Het creëren van een lerende organisatiecultuur is fundamenteel om te komen tot een succesvolle verandering volgens de principes van het CCM. Het is daarbij belangrijk dat bemiddelaars de bestaande routines en werkmethoden in vraag stellen en de vooruitgang wordt gemonitord. Deze multifactoriële aanpak is nodig zodat zorg- en welzijnsorganisaties in de eerstelijns de principes van het CCM kunnen borgen binnen hun structuren.

4.3. Conclusie

De gevonden aandachtspunten, barrières en strategieën zijn vergelijkbaar met eerdere studies. Strategieën voor het verbeteren van zelfmanagementondersteuning zijn: 1) een multifactoriële aanpak om de kennis over zelfmanagementondersteuning naar de praktijk te vertalen, 2) samenwerkingsafspraken over de coördinatie van zorg met al de betrokken actoren in de eerste- en tweedelijns en 3) een aanpassing van het huidige financiële model waarin zelfmanagementondersteuning wordt gestimuleerd. Om succesvol deze veranderingen door te voeren, wordt een top-down bottom-up benadering aanbevolen. De resultaten van deze studie geven inzicht hoe zorg- en welzijnsorganisaties de organisatie van hun zorg kunnen aanpassen volgens de principes van het CCM, zodat zij personen met een chronische zorgnood kunnen ondersteunen in de regie van hun eigen zorg.

Referenties

1. Clark NM. *Management of chronic disease by patients*. Annual Review of Public Health. 2003;24(1):289-313.
2. Ham C. *The ten characteristics of the high-performing chronic care system*. Health Economics, Policy and Law. 2010;5(1):71.
3. Epping-Jordan J, Pruitt S, Bengoa R, Wagner E. *Improving the quality of health care for chronic conditions*. Quality and Safety in Health Care. 2004;13(4):299-305.
4. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. *Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium*. Health affairs. 2009;28(1):75-85.
5. Nolte E, Knai K, McKee M. *Managing Chronic Conditions, Experiences in 8 countries*. World Health Organization. 2008.
6. Nolte E, McKee M. *Caring for people with chronic conditions, A health system perspective*. World Health Organization. 2008.
7. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, VonKorff M. *Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement*. Health services research. 2002;37(3):791-820.
8. Cramm JM, Strating MM, Tsiachristas A, Nieboer AP. *Development and validation of a short version of the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) in Dutch Disease Management Programs*. Health Qual Life Outcomes. 2011;9(49):1-10.
9. Fleuren MA, Paulussen TG, Van Dommelen P, Van Buuren S. *Towards a measurement instrument for determinants of innovations*. International Journal for Quality in Health Care. 2014:mzu060.
10. Fleuren MA, Paulussen TG, Van Dommelen P, Van Buuren S. *Measurement Instrument for Determinants of Innovations (MIDI)*. Leiden: TNO; 2014.
11. Van Durme T, Macq J, Anthierens S, Symons L, Schmitz O, Paulus D, et al. *Stakeholders' perception on the organization of chronic care: a SWOT analysis to draft avenues for health care reforms*. BMC health services research. 2014;14(1):179.
12. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. *Knowledge translation of research findings*. Implement Sci. 2012;7(1):50.
13. Davies H, Powell A, Rushmer R. *Healthcare professionals' views on clinician engagement in quality improvement*. A literature review. 2007.
14. Ervin K, Jeffery V. *Staff perceptions of implementing health coaching as a tool for self management in chronic disease: A qualitative study*. Journal of Nursing Education and Practice. 2013;3(9):p131.
15. Elissen A, Nolte E, Knai C, Brunn M, Chevreur K, Conklin A, et al. *Is Europe putting theory into practice? A qualitative study of the level of self-management support in chronic care management approaches*. BMC health services research. 2013;13(1):117.
16. LeRoy L, Shoemaker SJ, Levin JS, Weschler CA, Schaefer J, Genevro JL. *Self-Management Support Resources for Nurse Practitioners and Clinical Teams*. The Journal for Nurse Practitioners. 2014;10(2):88-93.
17. De Caluwe L, Vermaak H. *Learning to change: A guide for organization change agents*: Sage; 2003.
18. Rogers EM. *Diffusion of innovations*, fifth edition. New York: Simon and Schuster; 2003.