



Coördinatieplatform Zorgstandaarden voor chronische ziekten

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Waarom zorgstandaarden?	4
De zorgstandaard in model	6
Een voorbeeld - zorgstandaard COPD	8
Een voorbeeld - zorgmodule voeding	10
Van standaard naar maatwerk	12
Raamwerk individueel zorgplan	14
Naar een integraal chronisch zorgprogramma - INCA	18
Terugblik op ontwikkeling zorgstandaard <i>professor Cor Spreeuwenberg</i>	22
Toepassing zorgstandaard – diabetes	26
Zorgstandaarden: de balans opgemaakt <i>professor Reinout van Schilfgaarde</i>	28
Beschikbare zorgstandaarden en zorgmodules	32
Rapporten van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden	33
Leden Coördinatieplatform Zorgstandaarden	34

Voorwoord

‘Een omslag naar meer patiëntgerichte, pro-actieve en integrale zorg voor mensen met chronische aandoeningen is nodig. Dit om enerzijds de kwaliteit van zorg en leven voor de mensen die het betreft te verbeteren en anderzijds om de uitdagingen waar de zorg zich voor gesteld ziet aan te kunnen (toename zorgvraag, zorgkosten en arbeidsmarkt-problematiek). Zorgstandaarden spelen een belangrijke rol in deze omslag.’

Met deze woorden stelde de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 1 november 2010 het Coördinatieplatform Zorgstandaarden in voor een tweede fase. Het Coördinatieplatform kreeg de taak de afstemming rondom zorgstandaarden op zich te nemen, initiatieven te stimuleren en vraagbaak en adviesorgaan te zijn voor het ministerie en het veld. Zo kon het Coördinatieplatform officieel de rol voortzetten die het in de voorgaande jaren had verworven: die van een gezaghebbend en vernieuwend orgaan op het gebied van zorgstandaarden.

Het is niet toevallig dat juist de zorg voor mensen met chronische aandoeningen belangrijke impulsen gaf aan betere kwaliteit van zorg en begeleiding. Deze patiënten staan immers voor de opgave zo goed mogelijk te leven met hun ziekte. Ze willen daarbij zelf het heft in handen blijven houden en vragen van professionals hen daar zo goed mogelijk in te ondersteunen. Dat betekent onder meer dat de betrokken zorgverleners de vaak complexe zorg onderling goed moeten organiseren rond de patiënt.

Deze integrale zorg vereiste een passend kwaliteitsinstrument dat er niet alleen is voor de hulpverlener maar ook voor de patiënt en de verzekeraar: de zorgstandaard.

Een belangrijke verdienste van het Coördinatieplatform is de ontwikkeling van een model voor zorgstandaarden. Hiermee biedt het platform ontwikkelgroepen van zorgstandaarden een kader. Het model heeft breed ingang gevonden. Bestaande zorgstandaarden werden herzien en nieuwe zijn opgezet volgens dit model. Daardoor is uniformiteit ontstaan in de tot dan toe nog ongerichte ontwikkeling van zorgstandaarden. Het model blijkt ook zeer bruikbaar in het Kwaliteitsinstituut i.o.. Het ligt aan de basis van het toetsingskader voor kwaliteitsstandaarden. Een tweede verdienste van formaat is het advies van het Coördinatieplatform over de bestuurlijke organisatie van zorgstandaarden. Dit advies bevat verscheidene aanbevelingen die hun beslag hebben gekregen in het voorstel van wet voor het Kwaliteitsinstituut.

Als Kwaliteitsinstituut i.o. nemen wij nu de taken en functie van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden over. Dat was al bij de instelling van het platform een gegeven, zoals we ook het werk van andere integratiepartners voortzetten. De erfenis en het gedachtegoed van het Coördinatieplatform is bij het Kwaliteitsinstituut in goede handen. Wij zullen daar actief en enthousiast op voortbouwen.



Arnold Moerkamp
Voorzitter College voor
Zorgverzekeringen

Waarom

Zorgstandaarden?

Zorgstandaarden beschrijven vanuit patiëntenperspectief de norm waaraan multidisciplinaire zorg aan chronische patiënten moet voldoen. Dat is op zichzelf al nuttig: zowel de patiënt als alle zorgverleners weten dan immers wat er moet gebeuren. Hierdoor is de patiënt beter in staat actief mee te sturen. Maar er kan meer met en door de zorgstandaarden.

In een zorgstandaard staat welke zorg chronische patiënten moeten krijgen. Maar er staat niet in wíé die zorg moet geven en wáár dat moet gebeuren. Dat maakt het mogelijk voor een groep zorgverleners om op lokaal niveau een multidisciplinaire zorgprogramma aan te bieden en vervolgens binnen de zorggroep de taken anders te verdelen dan nu vaak het geval is. Meer praktijkondersteuners, minder huisarts. Meer huisarts, minder specialist. Meer e-health, minder consulten, meer begeleiding bij leefstijlverandering, minder behandeling van complicaties. Meer samenwerking, minder eilandjes in de zorg. Enzovoorts.

Verschuiven

Het is op dit moment nog moeilijk om zorg te verschuiven van de ene zorgverlener naar de andere, ten einde zorgprocessen daardoor flexibeler en patiëntgerichter in te kunnen richten. Dit komt door de financiële en organisatorische schotten die er bestaan in (de bekostiging van) die zorg. Door niet langer per verrichting te financieren maar met zorgverzekeraars af te spreken dat een groep zorgverleners één budget krijgt voor het leveren van zorg conform een zorgstandaard, kan de zorg wel beter worden georganiseerd. Op dit moment wordt op beperkte schaal gewerkt met deze integrale bekostiging (op basis van keten-dbc's of een koptarief). In de toekomst kan dit geleidelijk overgaan in een populatiegerichte bekostiging.

Koppelen

Zorgstandaarden bestrijken het hele ziekteverloop. Vanuit het perspectief van de patiënt koppelen ze de inhoud van de zorg aan de organisatie van de zorg. Ze bevatten daarnaast kwaliteitsindicatoren, waarmee kan worden beoordeeld of de zorg het gewenste en/of afgesproken niveau heeft. Uiteraard zijn zorgstandaarden gebaseerd op de medisch-inhoudelijke richtlijnen, die veelal per beroepsgroep vastleggen wat goede zorg is en hoe die verleend moet worden.

Elektronische uitwisseling

Een goede elektronische uitwisseling van patiëntgegevens is een noodzakelijke voorwaarde om te kunnen werken conform een zorgstandaard. Zorgverleners moeten onderling goed communiceren om af te stemmen welke patiënt welke zorg krijgt. Ook dient voorkomen te worden dat patiënten hun verhaal steeds opnieuw moeten vertellen en dat patiënten van verschillende zorgverleners tegenstrijdige adviezen krijgen.

Individueel zorgplan

De algemene normen voor goede zorg, zoals vastgelegd in de zorgstandaard, moeten vertaald worden naar de individuele patiënt. Dat gebeurt via het individueel zorgplan. De zorgverlener die fungeert als coördinator van de zorg en als aanspreekpunt voor de patiënt, de centrale zorgverlener, stelt dit samen met de patiënt op. In het individuele zorgplan staat welke multidisciplinaire zorg nodig is, wat de streefdoelen zijn, wat de patiënt gaat doen en hoe de zorgverleners hem daarbij kunnen ondersteunen.

Draaiboek

Het individueel zorgplan is in feite een draaiboek, zowel voor de patiënt als voor de zorgverleners. Het maakt de patiënt medeverantwoordelijk en bevordert daarmee zelfmanagement. Voor patiënten met een chronische aandoening die hun ziekte moeten inpassen in hun dagelijks leven, is het belangrijk de regie in handen te houden. Het individuele zorgplan is een flexibel document. Als de gezondheidstoestand, of de motivatie voor leefstijlverandering, bij de patiënt verandert, wordt het aangepast.



“Meer samenwerking, minder eilandjes in de zorg.”

De zorgstandaard in model

Om te voorkomen dat de ontwikkelgroepen die nieuwe zorgstandaarden opstellen allemaal het wiel zelf moeten uitvinden en vervolgens zorgstandaarden opleveren die niet op elkaar aansluiten, heeft het Coördinatieplatform Zorgstandaarden begin 2010 een model voor zorgstandaarden ontwikkeld. De zorgstandaarden die sindsdien beschikbaar zijn gekomen, zijn volgens dit model opgesteld. Het model ziet er schematisch als volgt uit.

Zorgcontinuüm

Zorgstandaarden beschrijven de zorg aan chronische patiënten in het hele zorgcontinuüm. In het schema is dat zorgcontinuüm verdeeld in vier fasen (weergegeven in de verticale balken): vroege onderkenning en preventie, diagnostiek, het opstellen van het individuele zorgplan en starten van de behandeling en tenslotte begeleiding, revalidatie, re-integratie maatschappelijke participatie en relapspreventie.

Vier fasen

In de zorgstandaard wordt de zorg in elk van deze vier fasen beschreven (in het schema van boven naar beneden). Het gaat daarbij in eerste instantie om de zorg die specifiek gericht is op de ziekte waar de zorgstandaard over gaat. (1) Daarnaast zijn er ook interventies die bij meerdere ziekten ingezet kunnen worden. Stoppen met roken, goede voeding en beweegprogramma's, om maar enkele voorbeelden te noemen. Dit worden de zorg-

Zorgstandaard in model



modules genoemd. Het kan zijn dat deze generieke zorgmodules aangepast moeten worden aan de specifieke ziekte. Goede voeding is belangrijk bij zowel diabetes- als COPD-patiënten, maar er zijn ook (accent)verschillen in wat bij beide categorieën patiënten op dat vlak goede zorg is. Vandaar de ziekte-

specifieke addenda bij de zorgmodules. (2) Tenslotte moet er in de zorgstandaard aandacht zijn voor de organisatiestructuur van het zorgproces (inclusief kwaliteitsbeleid) (3) en de kwaliteitsindicatoren waarmee de kwaliteit van de zorg kan worden gemeten. (4)

De allesomvattende definitie

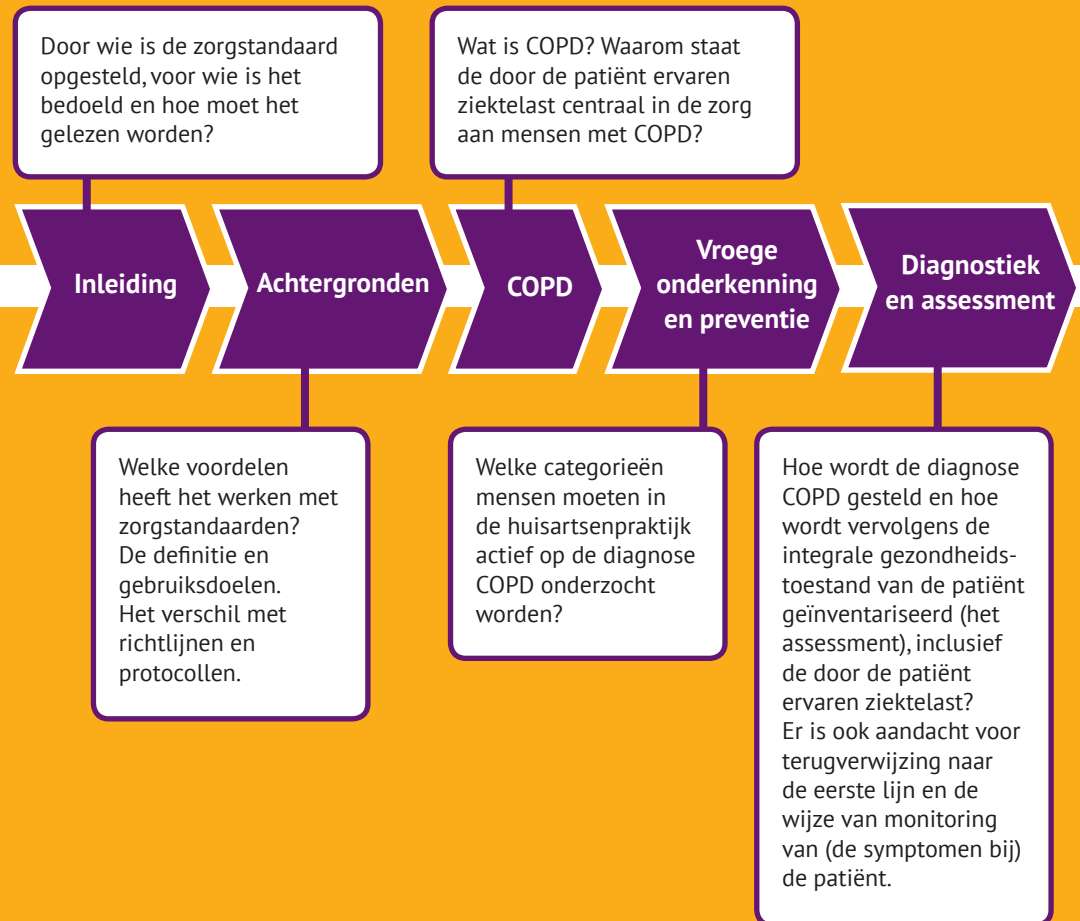
Een zorgstandaard geeft vanuit het patiëntenperspectief een op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie en zorg, ook inhoudende de ondersteuning bij zelfmanagement, voor een bepaalde chronische ziekte gedurende het complete zorgcontinuüm, alsmede een beschrijving van de organisatie van de betreffende preventie en zorg en de relevante kwaliteitsindicatoren.

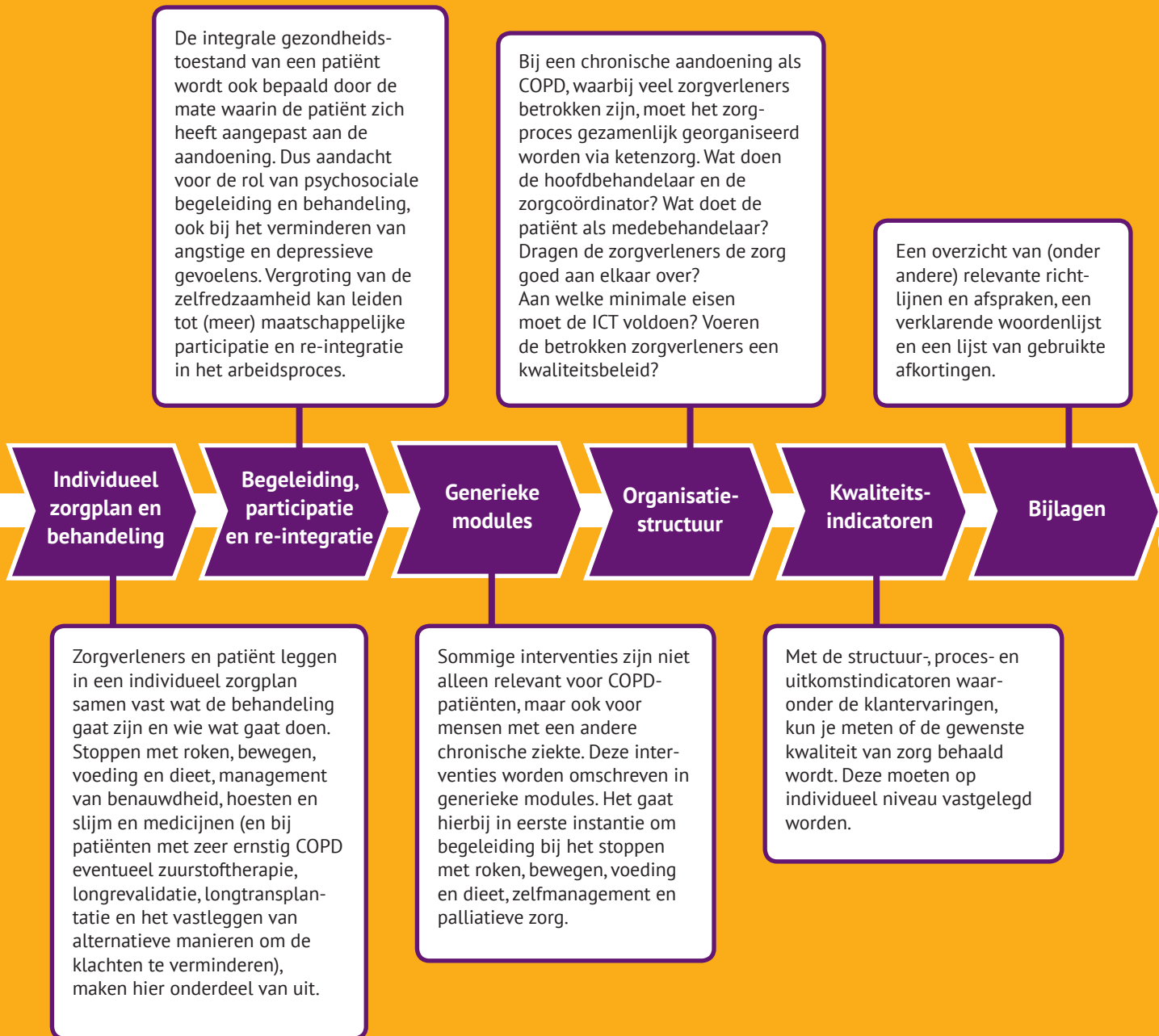
Bron: Coördinatieplatform Zorgstandaarden (2010)

Een voorbeeld zorgstandaard COPD

Voor wie nog nooit een zorgstandaard in handen heeft gehad, kan het lezen erover erg abstract blijven. Wat staat er allemaal in zo'n zorgstandaard? Hoe is het opgebouwd?

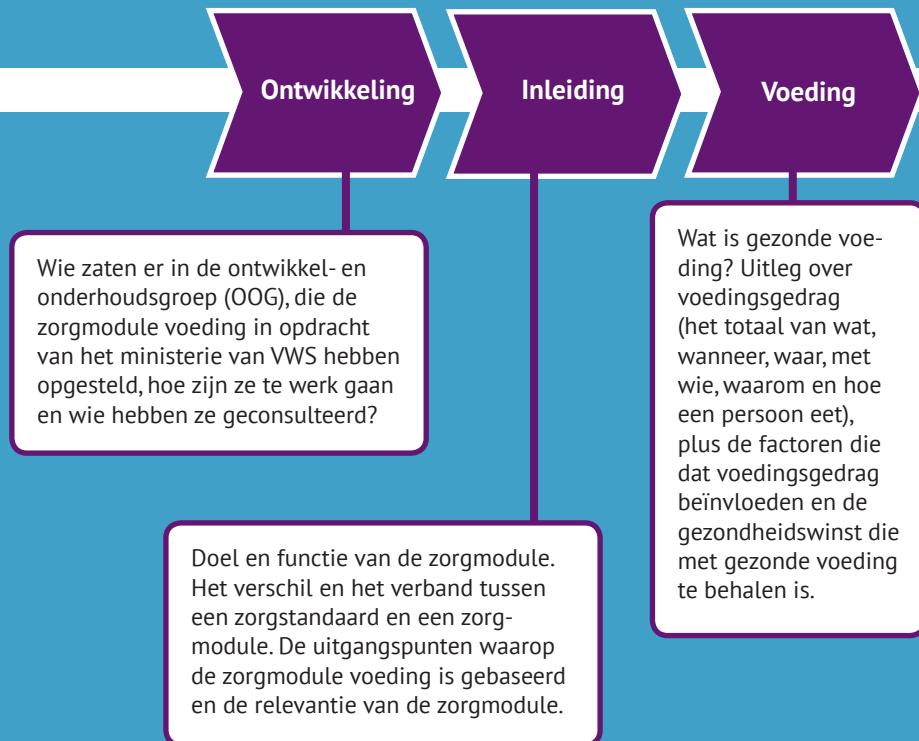
We nemen de 98 pagina's van de zorgstandaard COPD met u door.

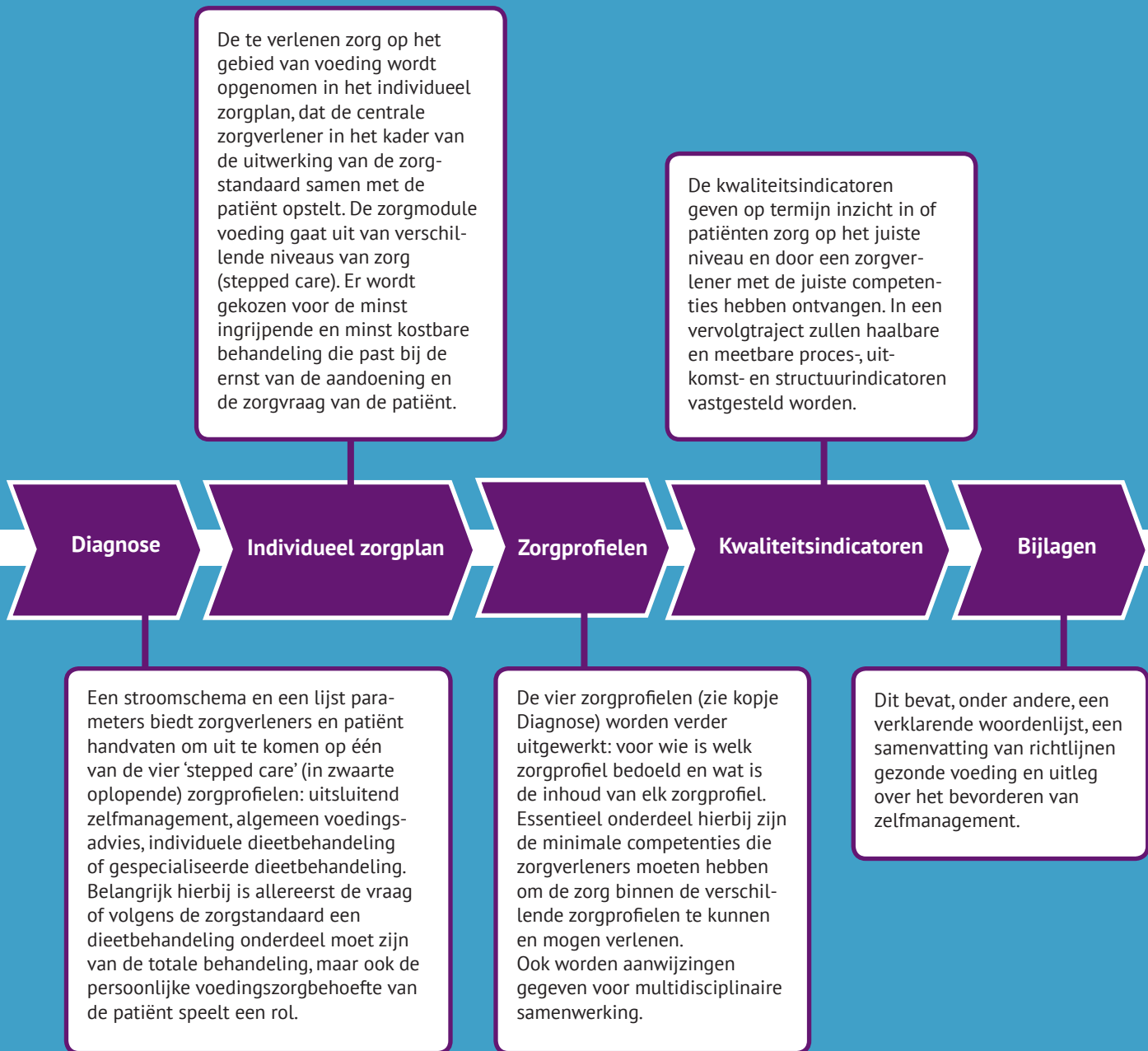




Een voorbeeld zorgmodule voeding

Sommige onderdelen van zorg zijn relevant voor alle mensen met een chronische ziekte, zoals stoppen met roken, bewegen, gezonde voeding, zelfmanagement en palliatieve zorg. Deze worden omschreven in zorgmodules. Ze worden gekoppeld aan de zorgstandaarden. Hoe ziet zo'n zorgmodule er concreet uit? We nemen de zorgmodule voeding als voorbeeld.





Van standaard naar maatwerk

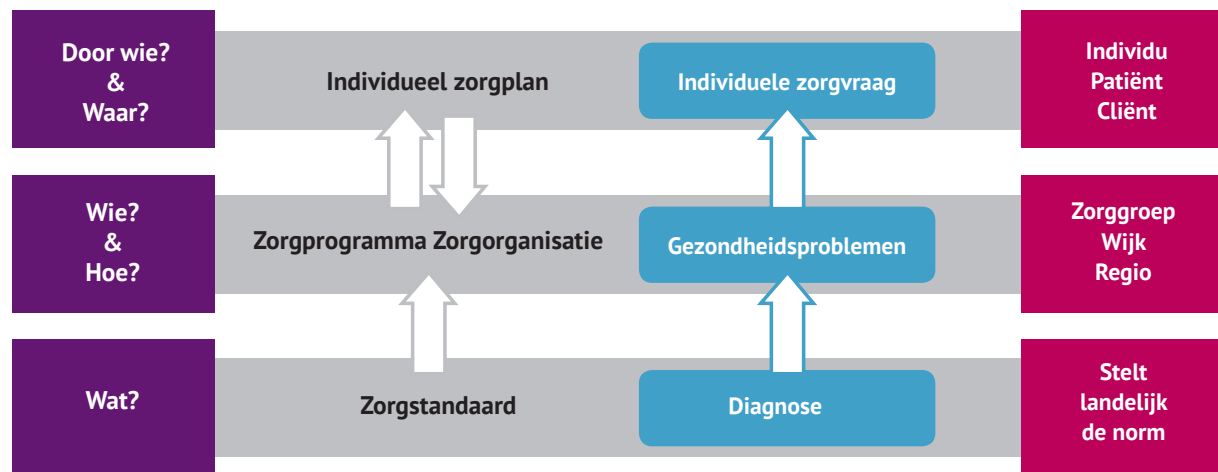


Wel zorgstandaarden, geen standaardzorg.

Om dat te bereiken moeten de zorgstandaarden in de praktijk worden vertaald in concrete zorgprogramma's en worden toegesneden op het individu. Zorgstandaarden zijn immers in algemene termen gestelde landelijk vastgestelde normen voor goede zorg. In concrete zorgprogramma's wordt invulling gegeven aan de zorgstandaard. In het zorgprogramma staat bijvoorbeeld welke hulpverlener welk onderdeel van het zorgprogramma uitvoert, wie de zorg coördineert en wie het aanspreekpunt is voor de patiënt.

Het individuele zorgplan gaat nog een stapje verder. Het maakt individueel maatwerk mogelijk. Dat is vooral belangrijk voor mensen met meer dan één aandoening tegelijk. Patiënt en hulpverlener leggen samen vast wat de zorgvraag is van de patiënt is en wat er objectief gezien aan de hand is. Ook maken ze - op basis van de zorgstandaarden en doelen - afspraken over wat de hulpverlener kan doen, wat de patiënt zelf gaat doen en welke ondersteuning daarbij wordt gegeven.

Zorgstandaard in de praktijk



Raamwerk

individueel zorgplan

In de zorgstandaard is vastgelegd wat goede zorg is. Maar goede zorg vereist maatwerk, vooral voor mensen die meerdere aandoeningen tegelijk hebben. Een individueel zorgplan is een hulpmiddel om dat maatwerk te bereiken. In de praktijk wordt al veel geëxperimenteerd met individuele zorgplannen. Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden ondersteunt dit door het ontwikkelen van een richtinggevend kader: het Raamwerk Individueel Zorgplan.



Opbouw

Het is de centrale zorgverlener, het aanspreekpunt voor de patiënt, die op basis van de zorgbehoefte van de patiënt, het individueel zorgplan met de patiënt opstelt.

Het raamwerk vormt een checklist voor te bespreken onderwerpen. De basis daarvoor is de **S.O.E.P.** systematiek die in de eerste lijn gangbaar is. Dit systeem wordt 'verrijkt' met onderwerpen die vanuit het patiëntperspectief belangrijk zijn.

Al met al omvat het individueel zorgplan de volgende onderdelen: de verkenning van de subjectieve (**S**) zorgvraag van de patiënt en diens zelfmanagement vaardigheden, het (objectieve) (**O**) perspectief van de zorgprofessional op de klachten, de evaluatie (**E**) van het voorgaande doelen van de patiënt en de gezamenlijke besluitvorming. Tot slot de plannen (**P**) voor de behandeling en uitvoering van zelfmanagement activiteiten.

De invulling van het individueel zorgplan groeit mee met de problematiek van de patiënt: simpel en beknopt als het kan, uitgebreider als het nodig is.

S.O.E.P.

S - Subjectief: inventariseren zorgbehoeften van de patiënt.

O - Objectief: onderzoek en diagnostiek.

E - Evaluatie en gezamenlijke besluitvorming.

P - Plan van aanpak

Een individueel
zorgplan groeit
mee met de
problematiek
van de patiënt.

Patiëntperspectief

S1: Persoonlijk perspectief patiënt

- a Klachten, beperkingen
- b welbevinden, kwaliteit leven
- c Zelfredzaamheid
- d Wonen, werk, soc. omgeving
- e

E1: Persoonlijke (behandel) doelen

- a Focus, doel
- b Relatiedoel patiënt en focus in behandeling

P1: Zelfmanagement plan

Wat kan patiënt zelf doen en wat voor middelen/steun heeft hij/zij nodig?

S2: Zelfmanagement vaardigheden

- a Illnessperception
- b Behoeftte aan ondersteuning
- c

E2: Gezamenlijke besluitvorming & vastleggen zorgplan

- a Wat is kern van probleem?
- b Wat is oorzaak?
- c Gevolgen kwaliteitleven
- d Hoe oplossen?

Begrijpen we elkaar, bedoelen en willen we hetzelfde?

P2: Individueel behandelplan

- a Welke zorg nodig (modules)?
- b Centrale zorgverlener (taak, bereikbaarheid)
- c Overige zorgverleners (verantwoordelijkheden)
- d Verdere ondersteuning
- e Contact buiten kantooruren

O1: Gezondheidsprobleem

Objectivering verhaal patiënt anamnese, aanvullend onderzoek, 'reguliere' zorgprofessional

Zorgverlenerperspectief

Cyclisch

Het opstellen, uitvoeren, monitoren en eventueel aanpassen van een individueel zorgplan is een cyclisch proces.

Elk individueel zorgplan start bij de het in kaart brengen van de zorgbehoefte van de patiënt. Er wordt gekeken naar de verwachtingen en wensen van de patiënt, het sociale systeem waarin hij zich bevindt, zijn motivatie om iets aan zijn situatie te doen, zijn zelfmanagementvaardigheden en uiteraard de gezondheidsproblemen en kwaliteit van leven die hij ervaart. Er bestaan vragenlijsten die de zorgverlener hierbij kunnen helpen. Daarnaast vindt een lichamelijk onderzoek plaats en wordt de diagnose gesteld.

Stap twee bestaat uit het therapie-advies: wat gaat welke zorgverlener doen en wat gaat de patiënt doen? Op basis van gezamenlijke besluitvorming worden behandeldoelen afgesproken, waar ook een termijn aan is verbonden. Dit alles wordt in het individueel zorgplan vastgelegd.

Stap drie is de uitvoering van het plan van aanpak van het individueel zorgplan. Vaak beperkt de zorg zich niet tot hetgeen door de zorgverzekeraar wordt gefinancierd. Welzijnswerk of ondersteuning op wijkniveau vallen er ook vaak onder.

De laatste stap in de cyclus is het regelmatig bekijken of de afgesproken doelen zijn gehaald. Dit gebeurt door patiënt en (centrale) zorgverlener samen. Er kunnen vervolgens nieuwe doelen worden vastgesteld, of er kan bekeken worden welke extra ondersteuning een patiënt nodig heeft om niet-behaalde doelen alsnog te kunnen halen. In beide gevallen worden de nieuwe afspraken opgenomen in een nieuwe versie van het individueel zorgplan. Het individueel zorgplan is dus een levend document, dat aangepast wordt naarmate de omstandigheden veranderen.



Naar een integraal chronisch zorgprogramma

Een groot probleem bij het werken met zorgstandaarden is multi- en co-morbiditeit. Niet alleen om goede integrale zorg te leveren, maar ook met het oog op de bekostiging ervan.

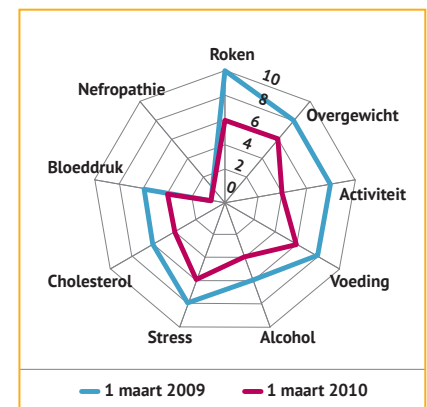
Moet een COPD-patiënt met diabetes zorg krijgen volgens de zorgstandaard COPD, volgens de zorgstandaard diabetes of conform beide zorgstandaarden? En wat met leefstijlinterventies die bij meerdere gezondheidsproblemen worden voorgeschreven? Als zorggroepen per zorgstandaard gefinancierd worden voor het leveren van zorg, dan zouden zij in dat geval dubbel betaald worden voor deels dezelfde zorg. Dat is onwenselijk. De oplossing? Werken met een integraal chronisch zorgprogramma, opgebouwd uit 'stepped care modules' van de zorgstandaarden, het INCA model.

Het INCA model is in opdracht van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden ontwikkeld door bureau ACSION in samenwerking met Casemix. Het model, dat nu ontwikkeld en getest wordt, is op onderdelen een uitwerking van het individueel zorgplan en verbindt dat met een zorgprogramma 'op maat'. Het model gaat niet primair uit van de diagnose (COPD, diabetes, etcetera) die een patiënt heeft gekregen, maar van de specifieke gezondheidsproblemen die samen met de patiënt zijn vastgesteld. Wanneer zorgverleners de gezondheidsproblemen van de patiënt op basis van de INCA Assessment in kaart brengen, leidt dit per patiënt tot een (risico) profiel. Dit profiel wordt zichtbaar gemaakt in een soort spinnenweb. Patiënten en

zorgverleners kunnen hierdoor in één oogopslag zien waar de grootste problemen en risico's liggen. Roken, stress en hoge bloeddruk, bijvoorbeeld. Door van tijd tot tijd een nieuw assessment te doen, worden vorderingen of achteruitgang duidelijk zichtbaar. Dit kan helpen patiënten te (blijven) motiveren.

Het risicoprofiel maakt dus de aard en zwaarte van de gezondheidsproblemen zichtbaar. Op basis daarvan kan, samen met de patiënt, worden besloten welke zorg een patiënt moet krijgen. Deze zorg is omschreven in zogeheten 'stepped care modules'. Per gezondheidsprobleem (roken, glucoseregulatie bij diabetes, exacerbaties bij COPD, etcetera) wordt de zorg in oplopende zwaarte, stepped care dus, in vier modules beschreven. Hoe groter de gezondheidsproblemen, hoe zwaarder de module. Dit alles geldt zowel voor ziekte-specifieke gezondheidsproblemen, zoals bijvoorbeeld benauwdheid bij COPD, als voor ziekte-overstijgende problemen, zoals roken en overgewicht. Per module wordt vastgelegd wat het doel is (de uitkomstmaat), welke activiteiten moeten plaatsvinden (diagnostiek, leefstijlprogramma's, aanvullende zorg en medicatie), welke adviezen de patiënt moet krijgen en hoe er gemonitord moet worden. Ook wordt vastgelegd wat de minimale benodigde competenties van de betrokken zorgverlener(s) moet zijn. Het is aan de zorggroep om te bepalen welke professional welke activiteiten gaat uitvoeren. De uit te voeren activiteiten en behandeldoelen worden, in overleg met de patiënt, vastgelegd in het individueel zorgplan.

De stepped care modules omschrijven dus de zorg voor elk gezondheidsprobleem dat binnen de onderliggende zorgstandaarden wordt onderkend. Het geheel van al deze modules, zowel ziekte-specifiek als ziekte-overstijgend, vormt het integraal chronisch zorgprogramma. Het integraal chronisch zorgprogramma ondersteunt dus het optimaal organiseren van het zorgproces. Maar het kan ook nog voor iets anders gebruikt worden.



Stepped care modules

Contracteren

Het totaal van alle individuele zorgprofielen geeft ook een beeld van de aard en het volume van de door een zorggroep te leveren zorg. Dat biedt grote voordelen. Je kunt daarmee bijvoorbeeld de werkelijke gezondheidsproblematiek in een populatie vaststellen. Je kunt ook zien waar er ruimte is voor verbetering in de gezondheid van die populatie, welke zorg daarvoor geleverd moet worden en wat je daarvoor nodig hebt aan competenties (zorgprofessionals). Dit alles is een goede basis om het contracteren van zorg te ondersteunen. Zorgverzekeraars kunnen duidelijk zien wat ze inkopen en zorggroepen kunnen eenvoudiger een kostprijscalculatie maken. Zorggroepen kunnen, op basis van de kwaliteitparameters van de stepped care modules, ook beter inzicht geven in de kwaliteit en waarde van de geleverde zorg. Last but not least: het INCA model biedt het management van zorggroepen de mogelijkheid om zowel op kwaliteit als op financiën veel beter te sturen en verschuiving van zorg van de ene groep zorgverleners naar de andere mogelijk te maken.

Op grond van de specifieke gezondheidsproblematiek van de patiënt wordt het individuele zorgplan opgebouwd uit de relevante zorgmodules. Zoals in dit voorbeeld de combinaties: Roken stepped care module 2, bewegen en voeding stepped care module 3 inclusief ziekte-specifieke toevoegingen, stress stepped care module 2 en hypertensie stepped care module 3.

De stand van zaken

De eerste fase van het project - de modelbouw - is klaar. De voorlopige 'vulling' van het model is ontleend aan de zorgstandaarden diabetes, COPD, vasculair risicomanagement en obesitas. Elk gezondheidsprobleem en elke interventie uit deze zorgstandaarden is tot in detail beschreven. Het model is uitgetoetst in enkele zorggroepen en blijkt goed te passen op de daar gangbare

praktijk en registraties. De volgende stap is een uitgebreidere praktijktoets. Acht tot tien combinaties van zorggroepen en verzekeraars zullen INCA dan verder gaan uitproberen. Dit zou dan op termijn kunnen leiden tot een uniforme basis voor de zorginkoop. Na eventuele bijstelling is het model daarna klaar voor consolidatie en toepassing op grotere schaal.

Stepped Care Modules INCA

	Gezondheidsproblemen	Assessment modules	Stepped care modules			
Leefstijl-modules	Roken	Assessment Roken	Sc module 1	Sc module 2	Sc module 3	Sc module 4
	Bewegen	Assessment Bewegen	Sc module 1	Sc module 2	Sc module 3	Sc module 4
	Alcohol	Assessment Alcohol	Sc module 1	Sc module 2	Sc module 3	Sc module 4
	Voeding	Assessment Voeding	Sc module 1	Sc module 2	Sc module 3	Sc module 4
Psychologie	Stress	Assessment Stress	Sc module 1	Sc module 2	Sc module 3	Sc module 4
	Depressie	Assessment Stemming	Sc module 1	Sc module 2	Sc module 3	Sc module 4
	Angst	Assessment Participatie	Sc module 1	Sc module 2	Sc module 3	Sc module 4
Vasculair risico management	Hypertensie	Assessment Hypertensie	Sc module 1	Sc module 2	Sc module 3	Sc module 4
	Dyslipidemie	Assessment Dyslipidemie	Sc module 1	Sc module 2	Sc module 3	Sc module 1
Nefropathie	Nefropathie	Assessment Hypertensie	Sc module 1	Sc module 2	Sc module 3	Sc module 4
Diabetes mellitus	Glucose	Assessment Glucose	Sc module 1	Sc module 2	Sc module 3	Sc module 4
	Retinopathie	Assessment Retinopathie	Sc module 1	Sc module 2	Sc module 3	Sc module 4
	Neuropathie	Assessment Neuropathie	Sc module 1	Sc module 2	Sc module 3	Sc module 4
	Voeten	Assessment Voeten	Sc module 1	Sc module 2	Sc module 3	Sc module 4

Terugblik op ontwikkeling zorgstandaard



‘Je hebt een
bevlogen groep
nodig’

Professor Cor Spreeuwenberg

Zorgstandaard vasculair risicomanagement

Het Platform Vitale Vaten is in 2006 opgericht door niet minder dan twintig patiëntenverenigingen en beroepsverenigingen van zorgverleners die zich bezighouden met hart- en vaatziekten. Het doel: het opstellen van een zorgstandaard vasculair risicomanagement. Professor Cor Spreeuwenberg, sinds 2007 voorzitter van Vitale Vaten, blikt terug op de totstandkoming.

Het initiatief om een zorgstandaard vasculair risicomanagement te ontwikkelen kwam van de patiëntenbeweging. “Zij wilden dat, vanuit patiëntenperspectief, beschreven werd hoe goede zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) chronische hart- en vaatziekten eruit moest zien”, stelt Cor Spreeuwenberg. “Dat is ook precies wat we hebben gedaan. Toen ik voorzitter werd, lag er al een concept. Maar dat was niet goed genoeg, vond ik. Teveel Jip en Janneke taal. Te weinig systematisch. Ik was in die tijd hoogleraar integratie chronische zorg aan de Universiteit Maastricht. Daar werkte mijn groep al langer met het Chronic Care Model. Dat hebben we gebruikt als kapstok.”

Opleggen

Twee jaar later lag de zorgstandaard er, even later gevolgd door een patiëntenversie. “Dat lijkt lang, maar dat is niet zo”, meent Cor Spreeuwenberg. “Je kunt zo’n document niet van boven opleggen. Dan werkt het niet. Je hebt een groep nodig die bevlogen is en die gezamenlijk tot een mooi resultaat wil komen. Dan wordt het gedragen. Wij hadden ook met heel veel beroepsgroepen te maken: huisartsen,



‘Een zorgstandaard kun je niet van bovenaf opleggen’

24

Terugblik op ontwikkeling zorgstandaard

verpleegkundigen, gespecialiseerde verpleegkundigen, diëtisten, twee groepen praktijkondersteuners, psychologen, fysiotherapeuten, internisten, chirurgen, vasculair chirurgen en cardiologen. Dat maakt het natuurlijk niet gemakkelijk, maar ze waren er nu eenmaal allemaal bij betrokken.”

Geautoriseerd

Uiteindelijk hebben de cardiologen de zorgstandaard niet geautoriseerd. Cor Spreeuwenberg: “Alle anderen wel. Toen de verschillende beroepsverenigingen intern de zorgstandaard moesten goedkeuren was de situatie veranderd ten opzichte van 2006-2007, de tijd dat wij eraan begonnen. Minister Klink had aangekondigd dat er meer zorgstandaarden moesten komen en dat die ook gebruikt gingen worden als basis voor keten-dbc's. Inhoudelijk hadden de cardiologen geen problemen met de zorgstandaard. Maar ze werden kopschuw doordat er in de toekomst wellicht een financieringscomponent aan gekoppeld zou worden en veel zorg naar de eerste lijn zou worden verschoven. In de praktijk is dat niet zo'n probleem. De keten-dbc gaat nu alleen over extra-murale zorg, dus de zorg in ziekenhuizen valt er sowieso buiten.”

Ingekocht

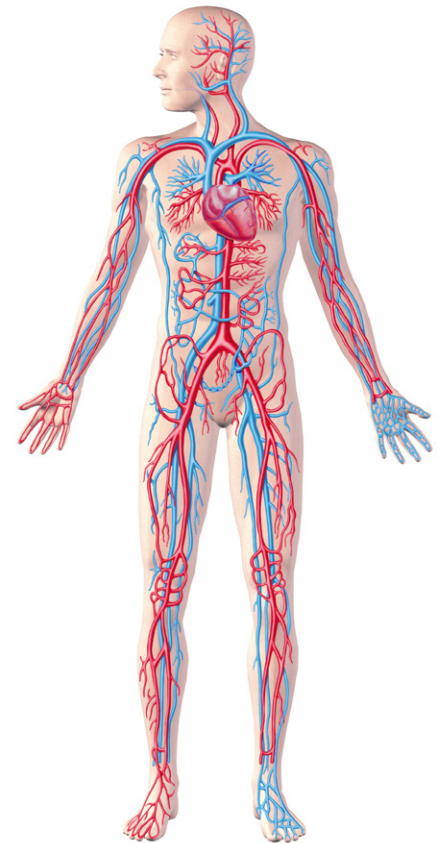
Met name in het zuiden van Nederland hebben zorgverzekeraars volgens Cor Spreeuwenberg vasculair risicomanagement ingekocht op basis van de zorgstandaard. “VGZ en Menzis werken met een keten-dbc, Achmea met een koptarief voor extra verrichtingen. CZ heeft aangekondigd er mee te gaan stoppen, maar ik denk dat dat gebaseerd is op een misverstand. Ze zijn bang dat primaire preventie ook onder de zorgstandaard valt. Dat is echter niet zo. De zorgstandaard ‘begint’ als is vastgesteld dat iemand een hoog risico heeft op hart- en vaatziekten.”

Model

De zorgstandaard vasculair risicomanagement is opgesteld voordat het Coördinatieplatform Zorgstandaarden haar model voor zorgstandaarden had ontwikkeld. “Er is nu een werkgroep binnen Vitale Vaten bezig om onze zorgstandaard in dat model te gieten. We hebben eerder dit jaar ook al een aantal punten in de zorgstandaard aangepast, omdat de multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement vorig jaar is herzien. We hopen de herziene zorgstandaard in het voorjaar van 2013 af te ronden.”

Tips

De zorgstandaard van het Platform Vitale Vaten was de tweede zorgstandaard in Nederland. Inmiddels is er groot aantal op komst. Heeft Cor Spreeuwenberg nog tips voor al die andere ontwikkelgroepen? “Ik zou zeggen: houd generiek wat generiek kan. Het gaat om het optimaal geven van chronische zorg. Veel aspecten daarvan gelden voor alle chronische ziekten. Dat moet je dus bundelen in generieke zorgmodules. Een goede zorgstandaard moet je ‘lean and mean’ houden.”



Toepassing zorgstandaard

diabetes

Zorgstandaard diabetes

Het opstellen van een zorgstandaard alleen is niet voldoende. Het gaat om de toepassing ervan. Om die toepassing in de praktijk te bevorderen heeft de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) met subsidie van het ministerie van VWS het Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD) ontwikkeld.

Dit programma biedt een breed palet aan hulpmiddelen die zorgverleners en mensen met diabetes ondersteunen om goede diabeteszorg en -preventie te realiseren. Een van de hulpmiddelen is een scholingsaanbod voor zorgverleners waarin zij leren hoe zij het individueel zorgplan voor diabetes optimaal in hun reguliere zorgverlening kunnen integreren. Het NAD leidt professionals op om huisartsen en praktijkondersteuners te trainen in het gebruik van dit individueel zorgplan. Hier blijkt veel behoefte aan.

LTA's

Een ander hulpmiddel zijn de landelijke transmurale afspraken (LTA's). Deze zijn in samenwerking met huisartsen en internisten opgesteld om afstemming in zorg tussen zorgaanbieders in de eerste en tweede lijn te bevorderen. Omdat deze afspraken op regionaal niveau tot stand moeten komen, zijn bijeenkomsten met zorgverleners in die regio erg belangrijk. Bijeenkomsten over de LTA betekenen doorgaans overvolle zalen.

e-Diabetes

Het blijft een uitdaging een ICT-infrastructuur op te zetten die voldoende ontwikkeld is om informatie-uitwisseling in de keten te ondersteunen. Communicatie tussen zorgverleners onderling enerzijds en tussen zorgverleners en patiënten anderzijds zijn voorwaarden voor het kunnen leveren van integrale zorg. Op termijn is een landelijke registratie van patiënt- en zorggegevens zeer gewenst. Ook moet het makkelijker worden om indicatoren over de kwaliteit van de zorg op te leveren. In de praktijk blijkt dat het voor zorgverleners op lokaal niveau uiterst moeilijk (en kostbaar) is dit soort zaken van de grond te krijgen. Binnen het NAD is dan ook een e-Diabetes kernset ontwikkeld die een volgende stap naar (digitale) uitwisseling van gegevens mogelijk moet maken. De ontwikkeling van deze set is een enorme stap voorwaarts.

Geïndiceerde preventie

Preventie is wellicht de belangrijkste uitdaging waar de diabeteszorg voor staat. Najaar van 2012 werd geïndiceerde preventie geïntegreerd in de zorgstandaard diabetes. Daarnaast ontwikkelde de NDF de Diabetes Routeplanner: een leidraad voor professionals om mensen met een verhoogd risico op diabetes type 2 op een gestructureerde wijze voor te lichten en te begeleiden bij leefstijlverbetering. De Routeplanner is één van de producten uit een breed, samenhangend ondersteuningsaanbod dat zorgprofessionals helpt bij de implementatie en uitvoering van preventieve interventies.

Groeiproces

De diabeteszorg in Nederland is een van de beste van Europa. We lopen voorop, in Nederland ook als voorbeeld voor andere zorgstandaarden. Het diabetesveld staat klaar, de middelen zijn ontwikkeld. Na succesvolle tests van een aantal NAD-producten in proefregio's is nu het moment voor verdere implementatie. Die zal ondersteund moeten worden. Faciliterende en implementatietools zijn daarbij essentieel. Het proces zal tijd kosten. Wij, als NDF, kunnen beleid ontwikkelen en een ondersteuningsaanbod bieden, maar op lokaal niveau moet het gebeuren. Dat is een groeiproces. Start de implementatie, dan komen ontwikkelingen in een stroomversnelling en werpen ze zichtbaar vruchten af. In 2013 loopt het NAD ten einde. Met behulp van private partners proberen we een follow-up te realiseren met toekomstperspectief. Daarin krijgen we veel steun en dat stemt hoopvol.

Corrine Brinkman (teamleider Zorg NDF)
Inge de Weerd (directeur NDF)

www.actieprogrammadiabetes.nl

Ondersteuning
bij implementatie
is hard nodig en
kost tijd.

Zorgstandaarden: de balans opgemaakt

Professor Reinout van Schilfgaarde voorzitter Coördinatieplatform Zorgstandaard

“Er is de laatste jaren veel gebeurd en bereikt in de wereld van de zorgstandaarden” constateert Reinout van Schilfgaarde, voorzitter van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden. “Maar er moet ook nog veel gebeuren.”

Eigenlijk waren er twee Coördinatieplatformen Zorgstandaarden. “De eerste werd in 2008 ingesteld door de minister van VWS”, blikkt professor Van Schilfgaarde terug. “De opdracht was om een model op te stellen waar toekomstige zorgstandaarden zich op konden baseren. Begin 2010 hebben we dat model opgeleverd. Dat is best snel gegaan. De minister besloot daarna het Coördinatieplatform Zorgstandaarden niet op te heffen, maar officieel in te stellen en uit te breiden met nieuwe mensen. Onze nieuwe taak werd het stimuleren en afstemmen van de ontwikkeling en implementatie van zorgstandaarden.”

Afstemmen

Dat stimuleren en afstemmen is goed gelukt, meent van Schilfgaarde. “Er zijn inmiddels verschillende zorgstandaarden bijgekomen, zoals COPD en obesitas. Andere zijn bijna geautoriseerd, zoals dementie en depressie. En dan zijn er nog een aantal in ontwikkeling of in de verkenningsfase. Vrijwel allemaal zijn ze opgebouwd volgens ‘ons’ model. Het veld vindt blijkbaar dat dat goed in elkaar zit, anders zouden ze het niet gebruiken. De twee zorgstandaarden die er al lagen voor wij ons model ontwikkelden, diabetes en vasculair risicomanagement, worden nu aangepast aan het model. Dat zegt ook wel iets, want wij kunnen ontwikkelgroepen van zorgstandaarden niet dwingen het model te volgen.

“De filosofie achter zorgstandaarden gaat er vanuit dat mensen volwaardig moeten kunnen meedraaien in de maatschappij.”

Zorgmodules

Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden heeft de afgelopen twee jaar ook veel energie gestoken in het ondersteunen van de ontwikkeling van zorgmodules.

“Een deel van de zorg aan mensen met een chronische ziekte is helemaal of bijna helemaal hetzelfde. Wij noemen dat generieke zorg. Denk bijvoorbeeld aan de ondersteuning van zelfmanagement, gezonde voeding, meer bewegen en palliatieve zorg. Wij wilden die zorg omschrijven in zorgmodules. We hebben dat gecoördineerd en ondersteund.”

Functioneren

Volgens Reinout van Schilfgaarde is het 'bijzonder interessant' dat er nu ook een zorgmodule arbeid wordt ontwikkeld. “Door een zorgmodule arbeid te maken, geef je aan dat zorgstandaarden, en dus de zorg aan chronische patiënten, over meer moet gaan dan de puur medische verzorging. De filosofie achter zorgstandaarden gaat er vanuit dat mensen volwaardig moeten kunnen meedraaien in de maatschappij. Als iemand slechts beperkt kan functioneren in de samenleving bepaalt dat een deel van zijn ziektelast. Daar moet dus aandacht voor zijn in de zorg. Dat betekent dus een verbreding van de zorg naar maatschappelijke ondersteuning.”

Preventie

Rond preventie speelt volgens Reinout van Schilfgaarde iets vergelijkbaars. “Individuele preventie is onderdeel van het model voor zorgstandaarden. Zelf ben ik er heel erg van overtuigd dat preventie echt werkt. Het probleem is natuurlijk dat de effecten pas op langere termijn zichtbaar zijn. Dat maakt de bekostiging moeilijk. Desalniettemin hoop ik dat overheid, zorgverzekeraars, beroepsgroepen, maatschappelijke organisaties en gemeenten (in het kader van de WMO) uiteindelijk voldoende lef en inzicht opbrengen om preventie binnen de verzekerde zorg te halen. Preventie hoort bij goede zorg.”

Praktijk

De kernvraag rond zorgstandaarden is volgens Reinout van Schilfgaarde hoe deze in de praktijk worden vertaald. “De zorgstandaard is basis voor een zorgprogramma en dat leidt bij een individuele patiënt weer tot een individueel zorgplan. Alles komt samen in die individuele patiënt. Als een patiënt meerdere aandoeningen heeft (multimorbiditeit), dan staat de hele behandeling en alle begeleiding van die

“Integrale
bekostiging is
het belangrijkste
mechaniek om
werken volgens
de zorgstandaard
te realiseren.”

patiënt in dat éne zorgplan. Zo voorkom je ook dat zorgstandaarden ‘gestapeld’ gaan worden. Dat is nodig, want het stapelen van zorgstandaarden zou een dure grap worden. Voor de praktische toepassing van het individueel zorgplan loopt onder meer het INCA-project [zie pagina 18, red.]. We moeten dat natuurlijk goed integreren in de bestaande elektronische informatiesystemen van zorgverleners, zodat zij geen onnodige overhead krijgen.”

Integrale bekostiging

Op beperkte schaal wordt nu al zorg gefinancierd op basis van een zorgstandaard. Over het algemeen gaat het dan om een keten-dbc. “Die integrale bekostiging is een interessant experiment.” stelt van Schilfgaarde. “De zorg conform de zorgstandaard wordt daarbij gezien als één product, wat het in feite natuurlijk ook is. Als in een zorgstandaard is vastgelegd wat goede zorg is, dan is het ook logisch dat zorgverzekeraars dat vervolgens vergoeden. Ook als er dingen in staan die ze nu nog niet vergoeden. Het coördinatieplatform ziet integrale bekostiging als het belangrijkste mechaniek om werken conform de zorgstandaard te realiseren: als er voor iets betaald wordt, moet dat ook daadwerkelijk worden geleverd.”

Kwaliteitsinstituut

De taken van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden gaan per 1 januari 2013 over naar het Kwaliteitsinstituut van het op te richten Zorginstituut Nederland, de opvolger van het huidige College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Van Schilfgaarde: “Het Kwaliteitsinstituut wil alle taken en projecten van het platform overnemen. Van de ondersteuning van het ontwikkelen van zorgmodules tot het stimuleren van de implementatie van zorgstandaarden. Van het functioneren als denktank tot het permanent blijven ontwikkelen van het zorgstandaardenmodel. Alles. Daar reken ik dus op.”

Toetsingskader

Het Kwaliteitsinstituut ontwikkelt een toetsingskader voor kwaliteitstandaarden. “De term kwaliteitstandaard is de verzamelnaam voor richtlijnen, zorgstandaarden en zorgmodules. Er zijn de afgelopen 25 jaar vele honderden richtlijnen ontwikkeld, monodisciplinair en multidisciplinair. Zorgstandaarden zijn van de laatste tien jaar en pas recentelijk in een stroomversnelling gekomen, net als zorgmodules. Het toetsingskader bestaat uit een set criteria voor alle kwaliteitstandaarden. Criteria

voor de procedure van totstandkoming en criteria voor de compleetheid van de inhoud. Meetinstrumenten voor de kwaliteit van de verleende zorg maken ook deel uit van het toetsingskader. Als we alle kwaliteitstandaarden opnemen in een register, dan kunnen we zien waar de witte plekken zijn, waar tegenspraak dreigt, waar overlap is en waar uniformering gewenst is. Op basis daarvan kan het Kwaliteitsinstituut dan jaarplannen ontwikkelen en prioriteiten stellen. Binnen het Kwaliteitsinstituut zal overigens ook bekeken worden of het mogelijk is kwaliteitstandaarden in modulaire vorm te gieten. Ik vind dat een wenselijke ontwikkeling.”

Belangen

Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden heeft op verzoek van de minister van VWS ook nagedacht over de vraag wat er moet gebeuren als partijen in de zorg het niet eens kunnen worden over wat goede zorg is. “Ons advies in 2010 was dat je vooral moet streven naar consensus. Natuurlijk kan het gebeuren dat bepaalde beroepsgroepen denken dat hun belangen niet gediend zijn bij bepaalde ontwikkelingen en dat ze daardoor niet coöperatief meewerken aan het ontwikkelen van een kwaliteitstandaard. Het is niet slecht dat het Kwaliteitsinstituut nu de bevoegdheid krijgt in dat geval het initiatief van de zorgpartijen over te nemen. Doorzettingsmacht heet dat in het jargon. Maar ik constateer dat ook het Kwaliteitsinstituut deze bevoegdheid met de grootste terughoudendheid wil gaan toepassen. En terecht. Met overleggen, argumenteren en overtuigen kun je betere resultaten behalen dan met dwang.”

Toekomst

Zorgstandaarden hebben nog een mooie toekomst, verwacht Reinout van Schilfgaarde. “Met ondersteuning van het Coördinatieplatform hebben veldpartijen onlangs een begin gemaakt om het individuele zorgplan te integreren in elektronische informatiesystemen waar zorgverleners nu al mee werken. Het komende jaar gaat dat verder. Op niet al te lange termijn zal het voor zorgaanbieders mogelijk zijn te werken met individuele zorgplannen die zijn gebaseerd op zorgstandaarden. Patiënten moeten ook toegang krijgen tot hun individuele zorgplan en de achterliggende medische informatie. Dat gaat hun vermogen tot zelfmanagement enorm vergroten. Op die manier kunnen we eindelijk de mantra’s ‘De patiënt moet centraal staan’ en ‘De patiënt moet de regie hebben’ echt waarmaken.”

“Patiënten moeten ook toegang krijgen tot hun individuele zorgplan en de achterliggende medische informatie. Dat gaat hun vermogen tot zelfmanagement enorm vergroten.”

Beschikbare zorgstandaarden en zorgmodules

Welke zorgstandaarden en zorgmodules zijn inmiddels beschikbaar, bijna beschikbaar of in ontwikkeling? De stand van zaken per december 2012.

Afgeronde zorgstandaarden

- Zorgstandaard Astma kinderen
- Zorgstandaard Astma volwassenen
- Zorgstandaard Diabetes type 2
- Addendum Diabetes Type 1 Volwassenen
- Addendum Diabetes Type 1 Kinderen en adolescenten
- Addendum Diabetes en Zwangerschap
- Addendum Geïndiceerde preventie
- Zorgstandaard COPD
- Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement
- Zorgstandaard Obesitas
- Zorgstandaard CVA/TIA
- Zorgstandaard Erfelijke borst- en eierstokkanker

Zorgstandaarden in autorisatie

- Zorgstandaard Dementie
- Zorgstandaard Depressie

Zorgstandaarden in ontwikkeling

- Zorgstandaard Kanker
- Zorgstandaard Traumatisch Hersenletsel

Er worden ook nog zes zorgstandaarden ontwikkeld voor mensen met een zeldzame aandoening.

Zorgstandaarden in verkenning

- Zorgstandaard Artrose
- Zorgstandaard Hartfalen

Afgeronde zorgmodules

- Zorgmodule Stoppen met Roken

Zorgmodules in autorisatie

- Zorgmodule Voeding

Zorgmodules in ontwikkeling

- Zorgmodule Palliatieve zorg
- Zorgmodule Beweegprogramma's
- Zorgmodule Arbeid
- Zorgmodule Zelfmanagement

Rapporten van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden

Zorgstandaarden in model

Dit rapport geeft aan welke onderwerpen in een zorgstandaard aan bod horen te komen en hoe een (toekomstige) zorgstandaard het beste kan worden opgebouwd. Februari 2010.

Bestuurlijke organisatie van zorgstandaarden

In dit advies beantwoordt het Coördinatieplatform vijf vragen die de Minister van VWS stelt over het beleggen van taken en verantwoordelijkheden rond de ontwikkeling en het onderhoud van zorgstandaarden. Maart 2010.

Quick Scan zorgstandaarden en modules

Dit rapport geeft een overzicht van de zorgstandaarden en modules die begin 2011 beschikbaar waren. Maart 2011.

Ontwikkeling van zorgstandaarden - een tussenbalans

Een tussenbalans van de activiteiten van het Coördinatieplatform in het kader van de overdracht van de functie van het Coördinatieplatform naar het Kwaliteitsinstituut in oprichting. Februari 2012.

Raamwerk Individueel Zorgplan - van plan naar praktijk

Dit document geeft aan aan welke uitgangspunten een Individueel Zorgplan (IZP) zou moeten voldoen. Maart 2012.

Door of in opdracht van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden zijn vier 'verkenningen' uitgevoerd naar de wenselijkheid en haalbaarheid van vier verschillende zorgmodules.

Verkenning Zorgmodule Palliatieve zorg

Dit rapport verkent de mogelijkheden van het ontwikkelen van een zorgmodule Palliatieve zorg. Het bevat concrete aanbevelingen met betrekking tot de samenstelling van een ontwikkelgroep, de opdrachtverlening aan de ontwikkelgroep en de organisatie waar de ontwikkelgroep kan worden ondergebracht. November 2011.

Verkenning Zorgmodule Arbeid

De Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) heeft voor het Coördinatieplatform onderzocht of er de mogelijkheid en behoefte is een zorgmodule inzake arbeid te ontwikkelen die ten doel zou hebben onnodige arbeidsuitval bij mensen met chronische aandoeningen te voorkomen. Februari 2012.

Verkenning Zorgmodule Bewegen

Op verzoek van het Coördinatieplatform heeft het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) onderzocht of het wenselijk was een zorgmodule te ontwikkelen voor beweegprogramma's voor mensen met chronische aandoeningen. April 2012.

Verkenning Zorgmodule Zelfmanagement

Dit onderzoek naar de wenselijkheid en haalbaarheid van een aparte zorg-module Zelfmanagement is uitgevoerd door het Coördinatieplatform Zorgstandaarden en het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (LAZ/CBO). Mei 2012.

Coördinatieplatform Zorgstandaarden

Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden bestaat uit 19 leden. Zij zijn afkomstig uit de wereld van patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, verzekeraars, wetenschap, toezichthouders en beleid. Ze beschikken over een specifieke deskundigheid en uitgebreid netwerk op een gebied dat voor het werk van het Coördinatieplatform van belang is. Het platform is onafhankelijk. De leden zijn benoemd door de minister van VWS en hebben op persoonlijke titel zitting in het platform.

Leden

Dhr. Prof. dr. R. van Schilfgaarde
Dhr. Drs. A.P.J. Höppener
Dhr. Drs. J. Asin
Mw. Drs. M.A. de Booys
Dhr. Drs. G.J. van Boven
Mw. Drs. E. Euving
Dhr. Dr. A.N. Goudswaard
Mw. Dr. H.A.H. Kaasjager
Dhr. Drs. F.C.W. Klaassen
Dhr. Drs. A.J. Lamping
Dhr. Drs. C.G. Mastenbroek
Mw. A. Schipaanboord
Dhr. Prof. Dr. Ir. J. Seidell
Dhr. Prof. Dr. C. Spreeuwenberg
Dhr. Drs. A.E. Timmermans
Mw. Drs. M.J.M. Weelden-Hulshof
Dhr. Prof. Dr. N.J. de Wit

Waarnemers

Dhr. Drs. W.J. Hofdijk
Dhr. E.J. Koster
Mw. Dr. P.G.J. Reulings

Secretariaat

Mw. Drs. M. te Vaarwerk
Mw. R. Hilgers
Mw. Dr. H. Voogdt
Mw. M. Star
Mw. S. Kisioen

Colofon

Deze brochure is uitgegeven door het Coördinatieplatform Zorgstandaarden. Het platform is ingesteld door de minister van VWS en bevordert afstemming tussen veldpartijen die zorgstandaarden ontwikkelen, signaleert knelpunten, jaagt aan, monitort en is een denktank voor de modelmatige ontwikkeling van zorgstandaarden. Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden wordt ondersteund door ZonMw.

Redactie: Marlies Star

Tekst: Elwin Lammers en Mieke te Vaarwerk

Foto's: iStockphoto en Fotolia

Vormgeving: Tigges, aanstekelijke communicatie

Druk: Deltabach Grafimedia

Artikelnummer: ZMW.04.00.15.12.12

December 2012

