

3. Definities algemene begrippen

In dit hoofdstuk worden de definities gegeven van de algemene begrippen. Er is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van landelijke geldende definities. Indien deze bronnen niet voorhanden waren zijn alternatieve bronnen gebruikt. Bij elke definitie is in elk geval de bron benoemd.

Algemene begrippen	Omschrijving (inclusief bron)
Centrale zorgverlener	<p>De centrale zorgverlener:</p> <ul style="list-style-type: none"> - is binnen het team van zorgverleners de eerstverantwoordelijke voor de zorg aan een specifieke cliënt; - is aanspreekpunt voor de cliënt; - is aanspreekpunt voor andere zorgverleners; - ziet er op toe dat afspraken aansluiten op de behoeften van de cliënt; - ziet er op toe dat de afspraken over de behandeling op elkaar zijn afgestemd; - ziet er op toe dat de afspraken, zoals vastgelegd in het zorgplan, worden nageleefd. <p>(bron: Chronic Care model)</p>
Cliënt	Een persoon met een al dan niet geïdentificeerde zorgvraag
Comorbiditeit	Onder comorbiditeit verstaan we een additionele (chronische) aandoening bij mensen die al een ziekte hebben. (bron: RIVM)
Functiegericht	In de ZVW zijn alle verzekerde prestaties functiegericht omschreven wat betekent dat inhoud, omvang en indicatiegebied van de aanspraak is beschreven. Wie de zorg verleent en waar die wordt verleend, is in het functiegerichte systeem een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om daarover afspraken te maken met de verzekerde in de zorgovereenkomst.
Hoofdcontractant	De hoofdcontractant is de zorgaanbieder die de prestatie(s) contracteert, levert en het overeengekomen tarief voor deze prestatie declareert. (bron: NZA)
Integrale zorg	Het geheel van activiteiten die tot doel hebben alle processen in een instelling (in het geval van ketenzorg van meerdere instellingen) die van invloed zijn op de kwaliteit van de zorg, zodanig te sturen en te borgen dat de zorg de kwaliteit heeft die men met elkaar nastreeft. (bron: Zorgcanon, Regieraad, 2009)

Algemene begrippen	Omschrijving (inclusief bron)
Ketenzorg	Volgens de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg is ketenzorg 'een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen gericht op een specifieke patiëntencategorie, in de tijd gefaseerd' (RVZ, 1998). Onderling op onderdelen afgestemd geheel van processen en activiteiten, elkaar opvolgend in de tijd, met omschrijving van rollen, taken en verantwoordelijkheden van de betrokken disciplines bij een bepaalde aandoening (bijvoorbeeld COPD of CVA), met als doel optimale zorg te leveren aan de patiënt. Deze definitie is voor de meer chronische, progressief verlopende ziektebeelden met afnemende voorspelbaarheid en planbaarheid, zoals diabetes of dementie, lastig te hanteren. Kenmerkend voor ketenzorg is dat het een samenwerkingsverband van partijen betreft die zowel zelfstandig als afhankelijk van elkaar functioneren, omdat ze samenhangende handelingen uitvoeren, gericht op een gemeenschappelijk doel dat de afzonderlijke actoren niet op eigen kracht kunnen bereiken (Rosendal, 2009). Verwante term: netwerkzorg, disease management.
Multidisciplinair	Vormgegeven door meerdere disciplines
Multimorbiditeit	Het tegelijk optreden van meerdere aandoeningen. (bron: http://www.rivm.nl/vtv/object_class/kom_chroziek.html)
Ondersteuning bij zelfmanagement	Interventies die een patiënt, diens omgeving of zorgverlener inzet om de mate van zelfmanagement te vergroten (voorlopige definitie Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement, CBO 2010)
Prestatie	De levering van zorg door een zorgaanbieder (natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatige zorg verleent. (bron:WMG)
Regie vanuit perspectief zorgverlener	De regie houdt in het algemeen in dat de centrale zorgverlener ervoor zorg draagt dat de verrichtingen van allen die in een of meer van de genoemde fasen beroepshalve bij de behandeling van de cliënt betrokken zijn – en dus ook zijn eigen verrichtingen -, op elkaar (en op de behoeften van de cliënt) zijn afgestemd en zijn gecoördineerd, in zoverre als een en ander vereist is voor een vakkundige en zorgvuldige behandeling van de cliënt, en tijdens het gehele behandelingstraject voor hen allen het centrale aanspreekpunt is; (2) voor de cliënt en diens naaste betrekkingen ten aanzien van informatie over (het verloop van) de behandeling het centrale aanspreekpunt vormt. (bron: onder voorbehoud rapport KNMG 2009)

Algemene begrippen	Omschrijving (inclusief bron)
Standaard voor zorgstandaarden	Het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten dat is ontwikkeld door het coördinatieplatform (ingesteld door ZonMw) in opdracht van het ministerie van VWS. (bron: coördinatieplatform zorgstandaarden, 2009)
Zelfmanagement	<p>Het omgaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties van de chronische aandoening en de bijbehorende aanpassing in leefstijl. Zelfmanagement is effectief wanneer mensen zelf hun gezondheidstoestand monitoren en de cognitieve, gedragsmatige en emotionele reacties vertonen die bijdragen aan een bevredigende kwaliteit van leven. (voorlopige definitie Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement, CBO 2010)</p> <p>Het individuele vermogen en de vaardigheid van een (chronische) patiënt tot zelfredzaamheid en tot het inpassen van de (chronische) ziekte in het eigen leven. Hieronder valt ook het mede bepalen hoe de beschikbare zorg voor zijn aandoening wordt ingezet. De patiënt wordt in staat gesteld (mede)verantwoordelijkheid te nemen voor zijn behandeling, inclusief het toepassen van een gezonde leefstijl. Door patiënten te faciliteren in zelfmanagement kan de zorg beter aansluiten bij het dagelijks leven van de patiënt, wat de kwaliteit van leven doet toenemen. De patiënt kan, indien mogelijk en gewenst, de regie over zijn leven inclusief ziekte (terug) in eigen hand nemen. Dit vergroot de onafhankelijkheid van de patiënt ten opzichte van de zorgverlener, het zelfbewustzijn en de therapietrouw. Verwante termen: zelfredzaamheid, shared-decision making shared decision making is niet hetzelfde als zelfmanagement. (bron: Regieraad, Zorgcanon, 2009)</p>
Zorgprogramma	Een set afspraken over de zorgverlening aan een omschreven doelgroep: een gemeenschappelijk kader waaraan organisaties, professionals en cliënten zich kunnen houden (De Boer 2001). De term is in de GGZ ontstaan en wordt in steeds meer sectoren van de gezondheidszorg gebruikt. Zorgprogramma's worden regionaal, vaak per stoornis, door een regionale projectgroep van betrokken partijen ontwikkeld. Voorbeelden van zorgprogramma-onderwerpen zijn: depressie, psychotische stoornissen, ADHD. (bron: Zorgcanon, Regieraad, 2009)
Zorgaanbieder	Beroepsbeoefenaren en instellingen. (bron: onder voorbehoud rapport KNMG 2009)
Zorggroep	Een zorggroep is een organisatie waarbinnen een groep multidisciplinaire zorgaanbieders zich in een juridische entiteit

Algemene begrippen	Omschrijving (inclusief bron)
	<p>hebben verenigd om de zorgverlening op het gebied van een of meer (chronische) ziekten te verzorgen. Zij sluiten contracten met zorgverzekeraars om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren. (bron: visie functionele bekostiging vier niet complexe chronische zorgvormen)</p>
Zorgstandaard	<p>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 prestatie-indicatoren. (bron: rapport Coördinatieplatform Zorgstandaarden, februari 2010)</p>
Zorgverlener	<p>Met het begrip zorgverleners wordt bedoeld op individuele beroepsbeoefenaren, als geregeld in of op grond van de artikelen 3 en 34 Wet Big. (bron: onder voorbehoud rapport KNMG 2009)</p>

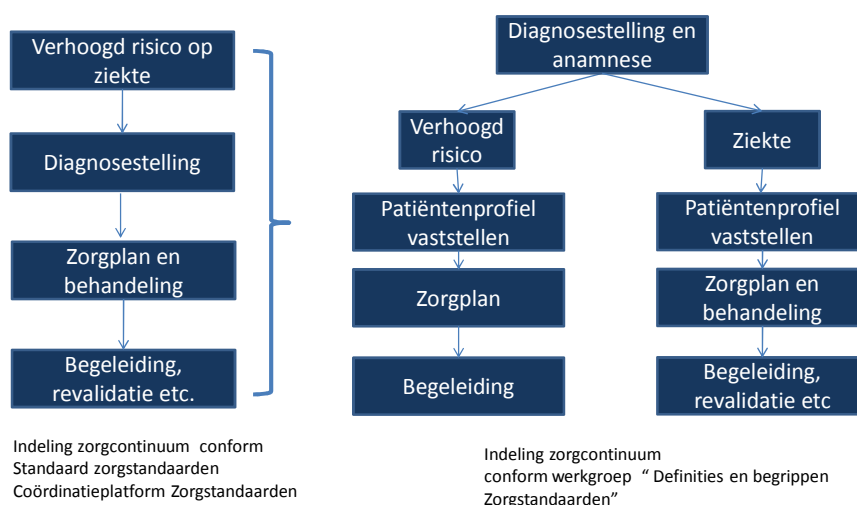
4. Definities Processpecifieke begrippen

In dit hoofdstuk worden de definities gegeven van de processtappen van het zorgcontinuüm. Er is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van landelijke geldende definities, indien deze niet voorhanden waren zijn alternatieve bronnen gebruikt. Bij elke definitie is in elk geval de bron benoemd. De werkgroep heeft geen voorkeur uitgesproken voor welke begrippen bij voorkeur gehanteerd moeten worden.

Uitgangspunt

De geschiedenis van een individu met een chronische ziekte, en dus het betreffende zorgcontinuüm kent verschillende fasen. Schematisch zijn er vier fasen te onderscheiden (bron Coördinatieplatform Zorgstandaarden). Vanuit het perspectief van de cliënt kunnen de volgende fasen als volgt worden aangeduid: Je hebt een verhoogde kans iets te krijgen (geïndiceerde preventie), je krijgt wat (diagnostiek), je hebt wat (zorgplan en behandeling) en je moet ermee leren leven (begeleiding, revalidatie etc.)

De werkgroep Begrippen en definities zorgstandaarden is tot nieuwe inzichten gekomen over de fasering van het zorgcontinuüm (zie figuur 2).



Figuur 2: Fasering van het zorgcontinuüm

Processtappen	Activiteiten	Omschrijving (incl bron)
Diagnosestelling	Diagnose	Is het vaststellen van de aanwezigheid van een ziekte (of een verhoogd risico daarop).
Anamnese	Anamnese	Is het vaststellen van additionele informatie die nodig is voor het vaststellen van een individueel zorgplan (synoniemen: assessment, patiëntenprofiel etc.)
Zorgplan en	Individueel zorgplan	In een individueel zorgplan worden alle

Processtappen	Activiteiten	Omschrijving (incl bron)
behandeling		<p>onderdelen die van belang zijn in de behandeling van de patiënt (voor de patiënt en samen met de patiënt) vastgelegd. Het gaat hierbij om individuele doelstellingen, streefwaarden, educatie en therapietrouw. Het zorgplan wordt op maat gemaakt, aangepast aan kennisniveau, leeftijd en leefwijze. (bron NDF zorgstandaard)</p> <p>Een individueel zorgplan wordt ook gemaakt voor de persoon met een verhoogd risico op de ziekte (geïndiceerde preventie)</p>
Begeleiding, revalidatie etc.	Nazorg	<p>Zorg die de cliënt ontvangt na de behandelingsfase dus alleen voor de patiënt met de aandoening, maar is dat wel van toepassing bij een chronische ziekte ?</p>