



# Plan van aanpak doorontwikkeling chronische ketenzorg

Onderweg naar een  
werkagenda

Een gezamenlijk  
initiatief van



landelijke  
**huisartsen**  
vereniging

**ineen**  
ORGANISEERT DE EERSTE LIJN

**nhg** Nederlands  
Huisartsen  
Genootschap

# Inhoud

<b>1 Aanleiding en urgentie</b>	3
<b>2 Beoogd resultaat</b>	4
2.1 Kernopgave: op weg naar passende zorg in tijden van schaarste	4
2.2 Leidende principes	5
<b>3 Scope</b>	6
<b>3.1 Deelopdracht 1: Toekomstbestendig organiseren van reguliere chronische ketenzorg</b>	6
3.1.1 Evalueren en inzet van innovaties	6
3.1.2 Samenwerking en organisatorische aspecten	6
<b>3.2 Deelopdracht 2: Kwetsbare ouderen en multiproblematiek, hoe verhouden zich ziektespecifieke richtlijnen tot het integrale beleid bij de oudere mens?</b>	7
3.2.1 Knelpunten organisatie en randvoorwaarden ouderenzorgprogramma's oplossen.	7
3.2.2 Knelpuntenpeiling zorgprofessionals ouderenzorg	7
<b>3.3 Overkoepelende gevolgen en randvoorwaarden voor implementatie</b>	8
3.3.1 Organisatie en financiering	8
3.3.2 Competenties en inzet van professionals	8
<b>4 Plan</b>	9
4.1 Stappenplan deelopdracht 1	9
4.2 Stappenplan deelopdracht 2	14
4.3 Beschrijving eindproducten benodigde ondersteuning	15
<b>5 Governance</b>	17
5.1 Stakeholders	17
5.2 Governancestructuur	18

# 1 Aanleiding en urgentie

De groep mensen met een of meerdere chronische aandoeningen is groot en divers en zal de komende jaren groter worden. Het totaal aantal mensen met tenminste 1 chronische aandoening zal volgens het trendscenario stijgen van 10,5 miljoen mensen in 2022 naar 12 miljoen mensen in 2050. Deze stijging komt vrijwel volledig op het conto van de 75-plussers (toename: 1,3 miljoen mensen).

Specifiek voor de aandoeningen binnen of verwant aan ketenzorg:

	Diabetes*	Coronaire hartziekten*	Nierfalen	Hartritmestoornissen
<b>2022</b>	1.166.600	795.800	736.600	483.300
<b>2050</b>	1.246.600	697.800	1.153.300	768.300

Bron: VTV 2024

Aan de andere kant is er **schaarste op de arbeidsmarkt**. Ten opzichte van 2023 ervaren meer huisartsenpraktijken knelpunten op arbeidsmarkt. Het percentage praktijken dat aangaf dat hun doktersassistenten een hoge werkdruk ervaren was in 2023 67% en in 2024 72%. Ook lag het percentage praktijken dat een tekort verwacht aan doktersassistenten hoger, met 62% versus 46% in 2023. Verder gaf 65% (in 2023 56%) aan dat er bij ziekte van collega's meteen een groot probleem was. En 25% (in 2023 17%) dat door werkdruk het ziekteverzuim hoog was. Een aantal knelpunten bleef op hetzelfde (hoge) niveau. Het percentage praktijken met huisartsen die een hoge werkdruk ervaren was in 2023 77%, in 2024 78%. Bij 60% was er in 2024 sprake van een patiëntenstop door capaciteitsproblemen, een even hoog percentage als in 2023.

De *Visie Huisartsenzorg 2035* stelt dat ons streven is in 2035 nog steeds voor iedere inwoner in Nederland een huisartsenteam dichtbij hebben, waarbij we huisartsenzorg volgens de kernwaarden kunnen blijven leveren. Ook in de chronische ketenzorg zal het in tijden van schaarste nodig zijn om de beweging naar toekomstbestendige chronische (keten)zorg te maken.

# 2 Beoogd resultaat

## 2.1 Kernopgave: op weg naar passende zorg in tijden van schaarste

### **Schaarste:**

omgaan met beperkte capaciteit vraagt om evaluatie van alternatieve vormen van zorglevering (bijv. groepsconsulten, (zelf)monitoring (op afstand), inzetten van andere disciplines)

### **Passende zorginhoud:**

omgaan met multiproblematiek en kwetsbaarheid

Het **beoogd resultaat** omvat het opleveren van een werkagenda passend bij de kernopgave om de chronische ketenzorgprogramma's en daarmee samenhangende ouderenzorgprogramma's toekomstbestendig te organiseren in de regio in de aankomende jaren.

Het **doel van de werkagenda** is het toekomstbestendig organiseren van chronische ketenzorg, zonder verlies van kwaliteit van zorg. Om dit te realiseren, zijn subdoelen geformuleerd. Deze subdoelen kunnen bestaan uit onderzoeken of beleidskeuzes rondom het toekomstbestendig organiseren.

### **Subdoelen omvatten:**

- Overzicht creëren van de bestaande kennis over organisatie van zorg
  - Regionale initiatieven systematisch in kaart brengen
  - (Lopende) wetenschappelijke onderzoeken systematisch in kaart brengen
- Overzicht creëren van de kennislacunes
  - Kennislacunes op gebied van organisatie van zorg systematisch in kaart brengen
  - Gerichte acties opzetten en uitvoeren om deze kennislacunes op te vullen
- Inhoudelijke beleidskeuzes worden gemaakt passend bij de wetenschappelijk onderbouwde kennis
- Passende bekostiging wordt gekoppeld aan de beleidskeuzes
- Mechanisme voor monitoring en bijsturing in een lerend netwerk

*NB. De werkagenda is een uitwerking van de **Visie eerstelijnszorg 2030** (uit 2023), **Visie huisartsenzorg 2035** (uit 2025) en sluit aan bij actuele beleidsstukken en ontwikkelingen die raken aan de chronische ketenzorg te weten **Kernwaarden & kerntaken** (uit 2019), **Uitwerking kerntaken** (uit 2020), **Aanbod huisartsgeneeskundige zorg** en NHG-standaarden. **Toekomstbestendige organisaties van huisartsenzorg** (uit 2024) is meegenomen als achtergrond en inspiratiebron.*

## 2.2 Leidende principes

**Leidende principes** voor de doorontwikkeling van de chronische zorg zijn:

- We ontwikkelen door vanuit de huidige chronische ketenzorgprogramma's en ouderenzorg
- Persoonlijke continuïteit vanuit het huisartsteam blijft het uitgangspunt
- Veranderingen als gevolg van de doorontwikkeling van de chronische ketenzorgprogramma's mogen niet leiden tot meer werk voor het huisartsteam
- Veranderingen als gevolg van de doorontwikkeling van de chronische ketenzorgprogramma's mogen niet leiden tot kwaliteitsverlies van deze zorg
- Bij de doorontwikkeling van de chronische ketenzorg redeneren we vanuit de kernwaarden.
- De ontwikkeling zijn uitwerkingen van de *Visie huisartsenzorg 2035* en de *Visie Eerstelijnszorg 2030*

# 3 Scope

De scope van de werkagenda omvat twee deelopdrachten, waarvan hieronder de bijbehorende inhoudelijke onderwerpen zijn uitgewerkt.

## 3.1 Deelopdracht 1: Toekomstbestendig organiseren van reguliere chronische ketenzorg

### 3.1.1 Evalueren en inzet van innovaties

De hoofdvraag bij dit deelonderwerp is of bepaalde innovaties (zoals een persoonsgerichte methode, zelfmanagement, thuismonitoring, groepsconsulten en digitale of hybride zorg) in de zorg ingezet kunnen worden om capaciteit anders in te zetten om meer patiënten passend te kunnen bedienen. Wat is er per innovatie voor nodig om deze vraag gedegen te kunnen beantwoorden?

In veel regio's zijn er innovaties gaande binnen de chronische keten- en ouderenzorg. Zowel op sociaal als technologisch gebied. Deze innovaties richten zich vaak op minder geprotocolleerd werken, meer persoonsgericht werken, meer zelfmanagement door de patiënt of juist meer ondersteuning van kwetsbaardere groepen en ondersteuning van logistieke processen in de chronische ketenzorg. Niet elke innovatie is in een even ver stadium en heeft zich al bewezen om landelijk toe te gaan passen.

Dit vraagt om goede beoordeling van hun kwaliteit, randvoorwaarden en impact op zorgprofessionals en patiënten. Door deze innovaties te waarderen werken we aan toekomstbestendige chronische ketenzorg. Dit omvat beoordeling op impact op de zorg (zoals effectiviteit, kwaliteit van zorg, kosteneffectiviteit, doelmatigheid, werkdruk en patiëntbeleving, inzet capaciteit, duurzaamheid). De beoordeling zal richting geven aan vervolgbeleid, waar nodig moet verder onderzoek plaatsvinden, waar mogelijk kan de innovatie uitgebreider worden geïmplementeerd.

### 3.1.2 Samenwerking en organisatorische aspecten

Een ander onderdeel binnen deze deelopdracht is te onderzoeken wat de innovaties betekenen voor bestaande samenwerkingen en welke aanpassingen daarin mogelijk nodig zijn, zowel binnen de eerste lijn als domeinoverstijgend. Regionale samenwerking en multidisciplinaire afstemming zijn essentieel voor toekomstbestendige chronische ketenzorg. Dit vraagt om heldere taakverdeling, governance en werkprocessen zodat professionals zo goed mogelijk kunnen samenwerken en inspelen op nieuwe zorgvormen.

- Wat is er nodig om bewezen innovaties te implementeren in de regio (onder andere op het gebied van kwaliteitsbeleid, werkprocessen, inrichting van ketenzorgprogramma's)?
- Wat is er nodig voor zorgverleners om innovaties toe te kunnen passen? Welke kennis en vaardigheden zijn nodig?
- Noodzaak voor duidelijke governance en regionale afstemming, met onderscheid rol RHO en rol huisartsenpraktijken.

## 3.2 Deelopdracht 2: Kwetsbare ouderen en multiproblematiek, hoe verhouden zich ziektespecifieke richtlijnen tot het integrale beleid bij de oudere mens?

### 3.2.1 Knelpunten organisatie en randvoorwaarden ouderenzorgprogramma's oplossen.

#### **Definitie en criteria kwetsbare ouderen in de chronische ketenzorg**

- Ziektespecifieke behandeling stopt niet als ouderen kwetsbaar worden
- Ook kwetsbare ouderen hebben baat bij ziektespecifieke behandeling, om hun toestand te stabiliseren en/of niet verder achteruit te laten gaan.
- Wat is er nodig aan ziektespecifieke behandeling en opvolging bij kwetsbare ouderen en waarin verschilt het van de reguliere ziektespecifieke behandeling?
- Pas bij verder toenemende kwetsbaarheid verschuift medisch handelen/beleid van voorkomen van complicaties naar comfortbeleid en zal ziektespecifieke zorg minder op de voorgrond staan.

#### **Zorgprogramma/module ouderenzorg**

Welke regionale verschillen in organisatie van chronische ketenzorg en programmatische zorg voor ouderen zijn er?

- Module ouderenzorg is primair bedoeld voor de afstemming en samenwerking rondom de zorg kwetsbare ouderen. Ziektespecifieke zorg is hier over het algemeen geen onderdeel van.
- Welke samenhang dient er te worden georganiseerd tussen de ziektespecifieke zorg voor chronische aandoeningen en de onderdelen van een module ouderenzorg?
- Door verschillen in bekostiging door zorgverzekeraars en regionale schaarste varieert POH-dekking voor ouderenzorg. Dit beïnvloedt uitvoerbaarheid en toegankelijkheid per regio. Uniforme eisen en inkoop zijn gewenst.

### 3.2.2 Knelpuntenpeiling zorgprofessionals ouderenzorg

Ouderenzorg kan complexe zorg zijn door de combinatie van multimorbiditeit en kwetsbaarheid. Er is op dit moment onvoldoende duidelijkheid of er knelpunten bestaan bij huisartsenteams om deze zorg goed te kunnen bieden. Daarom willen wij een peiling doen onder huisartsenteams.

Bestaan er knelpunten in de inhoudelijke uitvoer van de chronische ketenzorg bij de oudere mens?

- Om dit te onderzoeken wordt een inventarisatie verricht onder huisartsen en hun teams. Op basis van uitkomsten wordt het vervolg bepaald.
- Te denken onderwerpen binnen de inventarisatie (let op, nog niet compleet):
  - Bestaan er knelpunten in de medisch inhoudelijke ketenzorg die nodig is bij kwetsbare ouderen? (geven de richtlijnen voldoende richting)
  - Bestaan er knelpunten in de aansluiting tussen praktijk aan opleiding?
  - Bestaan er knelpunten in de implementatieproducten? (geven implementatieproducten volgend uit de richtlijnen, bijvoorbeeld scholing, voldoende aanknopingspunten?)
  - Bestaan er knelpunten in de organisatie van zorg?
  - Bestaan er knelpunten in personele bezetting?
  - Bestaan er knelpunten in de samenwerking binnen de eerste lijn of tussen de lijnen?
  - Bestaan er knelpunten in de financiering?

### 3.3 Overkoepelende gevolgen en randvoorwaarden voor implementatie

Indien nieuwe vormen van zorg veelbelovend zijn ontstaan er in de opschaling vragen rondom de organisatie en randvoorwaarden voor deze nieuwe vormen van zorg. Deze zullen ook onderdeel moeten zijn van de werkagenda.

#### 3.3.1 Organisatie en financiering

De verschuiving die in veel regio's gaande is van ziektespecifieke programma's naar meer gedifferentieerde en geïntegreerde zorg binnen de ketens roept organisatorische vraagstukken op: wanneer blijft iemand in een ketenprogramma, wanneer wordt afgeschaald, wanneer stroomt iemand door naar bijvoorbeeld de keten kwetsbare ouderen? Nieuwe organisatie- en zorgvormen kunnen leiden tot minder fysieke controles. Dit vraagt om bewuste afwegingen en monitoring van uitkomsten.

- Kwaliteitsbeleid moet rekening houden met minder voorspelbare zorgpaden, meer maatwerk en andere indicatoren.
- De vraag is of er een andere (ICT)-infrastructuur nodig is, passend bij de nieuwe vormen van chronische zorg.
- Financiering van de ketens: we toetsen aan het einde van het traject of er een betere aansluiting nodig is om een meer persoonsgerichte aanpak binnen de eerste lijn te faciliteren. Financiering moet aansluiten op zelfmanagement, hybride zorg en nieuwe interventievormen, zonder dat dit leidt tot te veel verschillende vormen van financiering en verantwoording daarbij.
- Juridische en privacy-eisen moeten passend zijn.

#### 3.3.2 Competenties en inzet van professionals

- Een andere manier van werken kan een andere rol en competenties vragen van de zorgprofessionals die betrokken zijn bij de chronische zorg (POH, huisarts, kaderhuisarts). Het onderzoeken hiervan is ook een onderdeel van de werkagenda. Bijpassende scholing en duidelijke taakafspraken zijn randvoorwaardelijk, zeker in regio's waar POH-ouderenzorg nog beperkt aanwezig is.

# 4 Plan

## 4.1 Stappenplan deelopdracht 1

We zien het volgende stappenplan voor ons om te komen tot een werkagenda op de twee deelopdrachten:

### Fase 1

Stap 1	Stakeholders informeren en betrekken bij dit proces
Acties	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stakeholders informeren over dit plan van aanpak en hen betrekken bij de stappen richting de werkagenda.</li> </ul>
Hoe	<ul style="list-style-type: none"> <li>We organiseren een bijeenkomst voor alle stakeholders om het proces te bespreken en aan te scherpen.</li> <li>Betrokken stakeholders komen worden regelmatig geïnformeerd en betrokken bij vervolgstappen.</li> </ul> <p>Te consulteren stakeholders: UNH; Academische werkplaatsen, Wetenschappelijke onderzoeksprogramma's zoals ketenzorg ontketend; huisartsen, Expertgroepen kaderhuisartsen, praktijkondersteuners, RHO's, zorgverzekeraars, paramedische beroepsgroepen, patiëntenvertegenwoordiging.</p>
Tijd	Gedurende het gehele proces
Begeleiding	Externe ondersteuning

<b>Stap 2a</b>	<b>Kennissynthese van bestaande initiatieven binnen de Nederlandse chronische ketenzorg</b>
Acties	Uitvragen bij regio's en stakeholders: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welke initiatieven lopen er?</li> <li>• Informatie ophalen over: doelen, doelgroep, partners, schaal, looptijd, financiering, gebruikte ICT, etcetera.</li> <li>• Stand wetenschappelijke onderbouwing</li> </ul>
Hoe	Bureaustudie, enquête, verkennende gesprekken, inventarisatie bestaande initiatieven via interviews en uitvragen bij academische werkplaatsen, wetenschappelijke programma's, werkbezoeken regio, eventueel uitzetten onderzoeken bij externe partijen.  Te consulteren stakeholders: UNH; Academische werkplaatsen, Wetenschappelijke onderzoeksprogramma's zoals ketenzorg ontketend; huisartsen, Expertgroepen kaderhuisartsen, praktijkondersteuners, RHO's, zorgverzekeraars, paramedische beroepsgroepen.
Tijd	Geschatte doorlooptijd: 6 maanden <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maand 1-3: voorbereiding               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opstellen concreet werkplan en datamanagementplan</li> <li>- Uitwerken vragenlijsten, interviewguide</li> <li>- WMO-toetsing bij lokale METC</li> </ul> </li> <li>• Maand 4-5: uitvoering               <ul style="list-style-type: none"> <li>- uitzetten van vragenlijsten</li> <li>- uitvoeren van interviews (circa 10)</li> </ul> </li> <li>• Maand 6: analyse en rapportage</li> </ul>
Begeleiding	UNH met eventueel externe ondersteuning

<b>Stap 2b</b>	<b>Kennissynthese stand van zaken wetenschap nieuwe vormen van chronische zorg</b>
Acties	Welke wetenschappelijke studies zijn in de afgelopen 10 jaar verricht in de Nederlandse huisartsenzorg naar nieuwe vormen van chronische zorg? Welke interventies zijn onderzocht en wat waren de resultaten?
Hoe	Scoping review Te consulteren stakeholders: UNH, Nivel, expertgroepen kaderhuisartsen, academische werkplaatsen.
Tijd	<p>Geschatte doorlooptijd: 6 maanden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maand 1-3: Voorbereiding:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opstellen concreet werkplan en datamanagementplan</li> <li>- Uitwerken inclusie/exclusiecriteria, framework/matrix voor resultaten samen met stakeholders</li> <li>- Contacten leggen met andere UMC's via UNH-R, of met andere universiteiten via eigen netwerk</li> </ul> </li> <li>• Maand 4-5: Dataverzameling en analyse           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opvragen van studieresultaten, opvragen van ontbrekende informatie</li> <li>- Exploreren van data</li> </ul> </li> <li>• Maand 6: Rapportage           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opschrijven van bevindingen</li> </ul> </li> </ul>
Begeleiding	Uitvoering door UNH

<b>Stap 3 Clustering en waardering van bestaande initiatieven</b>	
	Welke innovaties en initiatieven zijn veelbelovend op het gebied van kwaliteit, arbeidsmarktbesparing, toename werkplezier en doelmatigheid.
Acties	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle uitgevraagde initiatieven worden geclusterd op thema (bijvoorbeeld persoonsgericht/gedifferentieerd werken, thuismetingen, groepsconsulten etc).</li> <li>• Hierin wordt een eerste differentiatie gemaakt welke thema's waardevol zijn om verder uit te werken.</li> </ul>
Hoe	Samen met stakeholders en experts vindt een waardering plaats van de clusters bijvoorbeeld met behulp van sense-making workshops, multicriteria wegingen en impact matrices.
Tijd	<p>Geschatte doorlooptijd: 3 maand</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maand 1:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opstellen concreet werkplan en keuze voor methodes voor clustering, waardering en weging</li> </ul> </li> <li>• Maand 2:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uitvoering van workshops en co-creatie sessies. We schatten dat 3 sessies voldoende is.</li> </ul> </li> <li>• Maand 3: Rapportage</li> </ul>
Begeleiding	Externe ondersteuning in samenwerking met UNH om waardering vorm te geven

## Fase 2

<b>Stap 4 Vaststellen bestaande witte vlekken</b>	
	De geprioriteerde thema's worden beoordeeld op bestaande kennis en eventuele witte vlekken. Deze kennis is essentieel om te bepalen of de gekozen organisatie van zorg passend, doelmatig en van goede kwaliteit is. Daarnaast biedt dit inzicht in de mogelijkheden voor eventuele landelijke opschaling.
Acties	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Literatuuronderzoek naar algemene mechanismen binnen regionale initiatieven</li> <li>• Bepalen waar wetenschappelijke onderbouwing al voldoende is, dan wel nog onvoldoende is</li> </ul>
Tijd	Geschatte doorlooptijd: 3 maanden
Begeleiding	Inhoudelijke begeleiding: UNH

<b>Stap 5</b>		<b>Bepalen van prioritaire thema's waar versneld inzicht nodig is (= werkagenda)</b>
		Vanuit de bestaande kennis over de geprioriteerde thema's wordt beoordeeld welke vervolgstap nodig is. Dit kan een advies zijn voor meer wetenschappelijk onderzoek, het verbreden van pilots om meer inzicht te krijgen over organisatorische vraagstukken of een advies om initiatieven te gaan implementeren. Ook kan aanvullend beleid nodig zijn.
Acties		Eerste voorzet van activiteiten: werksessies met de werkgroep en betrokken stakeholders, externe toetsende gesprekken, go/no go stuurgroep. Onderdelen die geprioriteerd zijn, waarvan de wetenschappelijke onderbouwing afgerond is Vormgeving van definitieve werkagenda voor de aankomende jaren.
Hoe		Te consulteren stakeholders: <ul style="list-style-type: none"> <li>• UNH;</li> <li>• Academische werkplaatsen, Wetenschappelijke onderzoeksprogramma's zoals ketenzorg ontketend;</li> <li>• Huisartsen, Expertgroepen kaderhuisartsen, praktijkondersteuners, RHO's, zorgverzekeraars, paramedische beroepsgroepen.</li> </ul>
Tijd		Geschatte doorlooptijd: 3 maanden
Begeleiding		Externe ondersteuning

<b>Stap 6</b>		<b>Randvoorwaarden en gevolgen van prioritaire thema's</b>
Acties		Bepalen welke randvoorwaarden zijn nodig om eventueel succesvolle initiatieven landelijk uit te rollen, en welke bredere gevolgen heeft die opschaling? Zie <a href="#">hoofdstuk 3.3</a>  Uitwerking van organisatie en randvoorwaarden worden toegevoegd aan de werkagenda van de chronische zorg. Op basis van de werksessies met stakeholders kan hier meer invulling aan worden gegeven.
Tijd		Afhankelijk van uitkomsten eerdere stappen
Begeleiding		Nader te bepalen

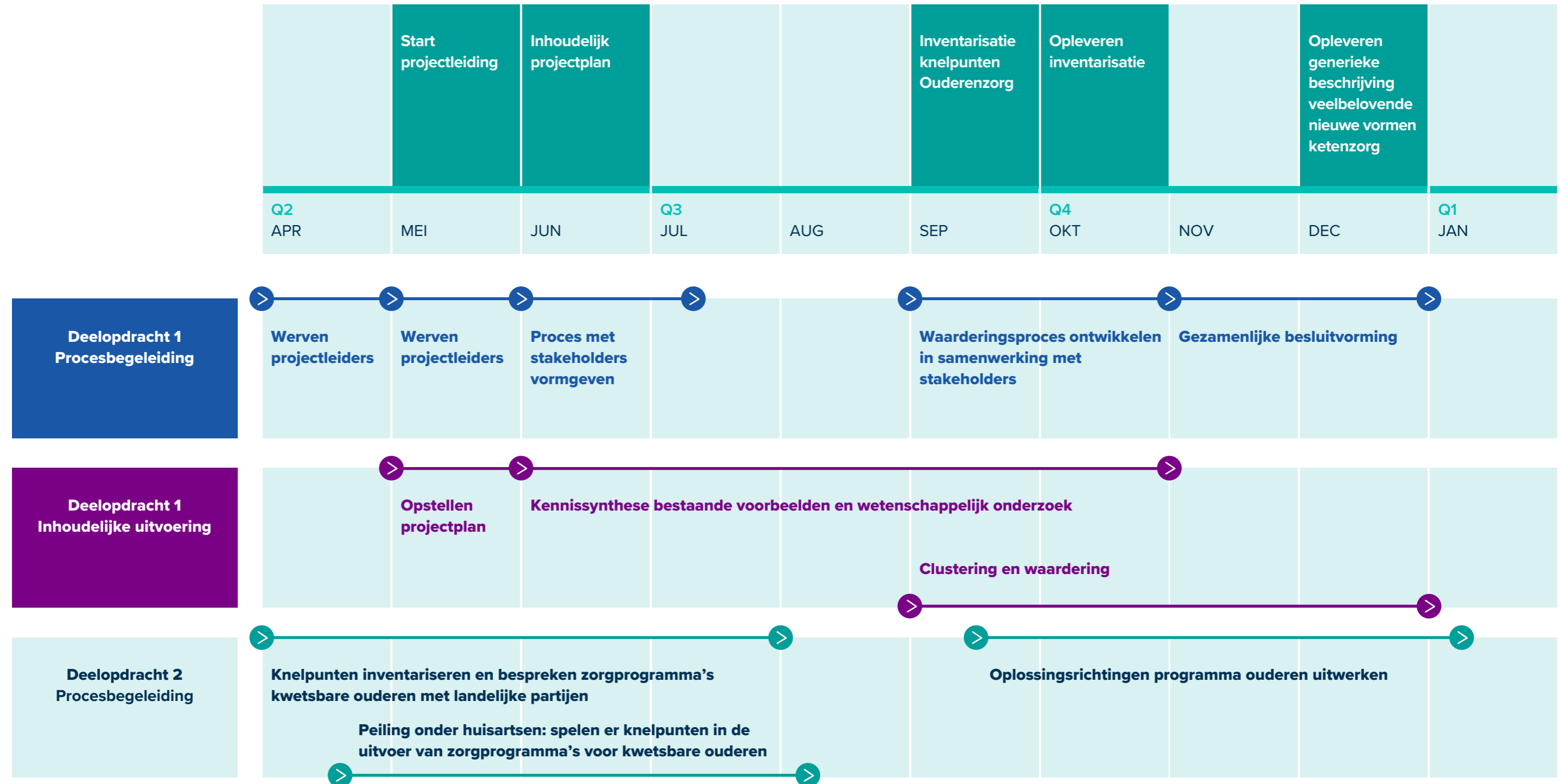
## 4.2 Stappenplan deelopdracht 2

<b>Stap 1</b>		<b>Overleg met betrokken stakeholders over de knelpunten in de huidige programma's ouderenzorg</b>
Acties	Eerste voorzet van activiteiten:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• InEen/LHV gaan in gesprek met zorgverzekeraars over de knelpunten die spelen in de bekostiging en contractering van het programma ouderenzorg.</li> <li>• Er wordt een peiling uitgevoerd onder professionals in het huisartsenteam of er knelpunten zijn om goede zorg te verlenen bij kwetsbare ouderen met ziekten behorende tot de chronische ketenzorg.</li> </ul>
Tijd		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Knelpunten uitwerken met zorgverzekeraars: 2 maanden</li> <li>• Peiling huisartsenteams: 3 maanden</li> </ul>
Begeleiding		Vanuit de bureaus ondersteund door procesbegeleider

<b>Stap 2</b>		<b>Op basis van de knelpunten evalueren welk beleid nodig is op inhoud, organisatie en randvoorwaarden</b>
Acties	Eerste voorzet van activiteiten:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op basis van de knelpunten kan nieuw beleid worden geformuleerd waar nodig, bijvoorbeeld op het gebied van afbakening van de doelgroep, activiteiten binnen het zorgprogramma, aanpassing van implementatie instrumenten, bekostiging en organisatie van ouderenzorg.</li> </ul>
Tijd		Afhankelijk van geïnventariseerde knelpunten
Begeleiding		Afhankelijk van uitkomsten stap 1

### 4.3 Beschrijving eindproducten benodigde ondersteuning

Fase 1 (stap 1-3) = 9 maanden (zie schema 4.2.1)



**De eindproducten die na dit project van 9 maanden dienen te worden opgeleverd:**

- Een inventarisatie van bestaande/wetenschappelijk onderzochte innovaties op het gebied van nieuwe vormen van chronische ketenzorg. Daarin worden ook vormen van organisatie en bekostiging meegenomen.
- Een beschrijving van een (aantal) generieke, opschaalbare nieuwe vormen van chronische ketenzorg, ten bate van de evaluatie in de vervolgstappen. En ook als eerste richting voor bijvoorbeeld inkoop van zorg.

**Fase 2 (stap 4-6) = 7 maanden**

Ondersteuning nog nader in te vullen.

# 5 Governance

## 5.1 Stakeholders

Het doorontwikkelen van de chronische ketenzorg raakt aan veel partijen in en rond de huisartsenzorg. Daarom hebben we alle relevante stakeholders geïnventariseerd en geordend op basis van hun invloed en betrokkenheid via de stakeholdermatrix. Vanuit deze analyse bepalen we de passende rol en mate van betrokkenheid in de governance van het traject.

Stakeholder	Informereren	Consulteren (op onderdelen/ activiteiten)	Betrekken (in een klankbord- groep)	Bepalen (in stuurgroep en werkgroep)
1 InEen				X
2 LHV				X
3 NHG				X
4 Huisartsen (leden van LHV/ NHG)		X		
5 Kaderartsen chronische zorg		X		
6 Zorggroepen/RHO's (leden van InEen)		X		
7 Lovah (huisartsen in opleiding)		X		
8 UNH		X	X	
9 Wetenschappelijke onderzoeksprogramma's zoals ketenzorg ontketend, Target en CO-pilot. Academische werkplaatsen		X		
10 Patiëntenfederatie NL			X	
11 NVvPO (praktijkondersteuners)			X	
12 Paramedische beroepsgroepen (o.a. diëtisten)		X		
13 ZN		X	X	
14 VPH		X		
15 Overige stakeholders zoals VWS, IGJ, NZa etc.	X			

## 5.2 Governancestructuur

Hieruit volgt onderstaande **governancestructuur** voor het traject om te komen tot een werkagenda voor de chronische ketenzorg op de twee deelopdrachten.

