



College voor de
Beroepen en Opleidingen
in de Gezondheidszorg

Nieuwe uitdagingen voor zorgverleners in de eerstelijns

Eerstelijnszorg in CBOG –perspectief

Olivia Butterman
Lidy Vlaskamp

Utrecht, april 2010

Inhoudsopgave

Kern van het advies	p. 3
1. Inleiding	p. 4
1.1. Doestelling project	p. 4
1.2. Uitwerking en leeswijzer	p. 4
2. Resultaten	p. 5
2.1. Desk research	p. 5
2.2. Interviewronde	p. 11
2.3. Discussie met het veld	p. 14
3. Visie op beroepen en opleidingen in de eerstelijnszorg	p. 15
4. Aanbevelingen	p. 19
Literatuurlijst	p. 23
Bijlage 1	p. 25
Bijlage 2	p. 26
Bijlage 3	p. 30
Bijlage 4	p. 31

Kern van het advies

Wat is de aanleiding?

De eerstelijnszorg krijgt de komende jaren te maken met een toenemende en veranderende zorgvraag. Meer mensen willen langer zelfstandig blijven en zijn dan meer op de eerstelijnszorg aangewezen. Deze verandering vraagt een betere afstemming en organisatie van zorg, welzijn en wonen. Meer multidisciplinaire samenwerking en samenhang is noodzaak, beroepsinhoudelijk maar ook qua organisatie(vormen). Dat vraagt nieuwe competenties, opleidingen en andere scholingsmogelijkheden.

Wat is het probleem?

Beschikbaarheid op lange termijn van voldoende toegankelijke hoogwaardige eerstelijnszorg. Er is onduidelijkheid over de regierol bij zorgvrager maar ook bij betrokken zorgverleners; over de bekostiging en taakstelling inzake preventie en de rol van de gemeenten hierbij (WMO). Het gaat naast chroniciteit om moeilijk te duiden klachten die soms onnodig 'medisch worden ingestoken', waardoor niet altijd de juiste zorg en ondersteuning wordt geboden. Er is veel psycho-sociale/psychische problematiek die niet altijd juist wordt geadresseerd. Cultuuraspecten en 'oud gedrag' zijn hardnekkig en daardoor moeilijk te beïnvloeden.

Wat zijn de oplossingsmogelijkheden?

Lucratief maken van de samenwerking op terrein van preventie, cure en care, inclusief de bekostiging. Opleidingen verrijken met interdisciplinaire en intersectorale onderdelen. Implementeren van digizorg. Inspelen op diversiteit zorgvraag en zorgvrager en betrekken van mantelzorger: meer gelijkwaardigheid met eigen regie voor zorgvrager. Onderzoeken van benodigde randvoorwaarden respectievelijk de effecten van de voorgestelde oplossingsrichtingen.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?

Uitgaan van de zorgvrager en vooral zijn omgeving erbij betrekken. Zorgverleners moeten een andere attitude ten opzichte van zorgvragers ontwikkelen en eigen maken: focussen op zijn zorgvraag, op zijn welbevinden en niet alleen op zijn ziekte(n). Tonen van professionaliteit en ondernemerschap d.w.z. open en transparant zijn richting zorgvrager. Daarvoor is een houding nodig op basis van gelijkwaardigheid, naast meer openheid tussen de zorgverleners onderling en bereidheid verantwoording af te leggen.

Wat is het advies van het CBOG?

Een cultuur- en gedragsverandering is voorwaarde; het gaat om een andere wijze van denken en ook doen! Komende jaren zal nader invulling moeten worden gegeven worden aan de alom aanvaarde noodzaak van een paradigmashift in de zorg. Uitwerking moet plaatsvinden op het niveau van de beroepenstructuur, maar met name z'n beslag krijgen in een heldere formulering van competentieprofielen die basis kunnen zijn voor herziening van opleidingskader. Integrale zorg (preventie, cure, care) houdt in multi- en interdisciplinair én intersectoraal samenwerken en dat begint bij het onderwijs en de opleidingen. Zorgverleners kunnen het zorgproces veranderen, mits voldoende ondersteund en gefaciliteerd door het management op de verschillende niveaus, door verzekeraars en door de overheid. Innovatie zou daarom ook nadrukkelijker een plek moeten krijgen in het curriculum. Een paradigmashift van het zorg- en werkproces betekent ook een paradigmashift van het opleidingsbeleid, qua inhoud en vorm en dat is een belangrijke en noodzakelijke innovatie.

1. Inleiding

De eerstelijns functioneert als poortwachter. Poortwachter voor specialistische zorg waardoor doelmatigheid ontstaat en onnodige medische zorg wordt voorkomen (VWS, 2003). Eerstelijnszorg is generalistische zorg en omvat algemeen medische, paramedisch en farmaceutische zorg, verpleging en verzorging, niet gespecialiseerde geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg en aan deze vormen van zorg gerelateerde preventie en voorlichting (Gezondheidsraad, 2004). De meeste partijen in de eerstelijns zijn het daarmee eens, maar erkennen tegelijkertijd dat er nog wel wat moet veranderen om de eerstelijns toekomstbestendig te maken. Immers de eerstelijnszorg krijgt de komende jaren te maken met een toenemende en veranderende zorgvraag: bijvoorbeeld ouderen en chronisch zieken die langer zelfstandig willen blijven en daardoor meer op de eerstelijnszorg aangewezen zijn. In de Beleidsagenda 2009 van het ministerie VWS is aangegeven dat dergelijke veranderingen een betere afstemming en organisatie van zorg vragen. Essentieel hierbij is de *samenhang tussen* het werk van zorgverleners in de *eerste lijn* en van zorgverleners in de *ziekenhuizen*. Eveneens is van belang de *samenwerking binnen de eerste lijn* met bestaande en zo nodig nieuwe beroepen, maar vooral met *de patiënt en zijn omgeving*. Hierbij gaat het om een eerstelijns voorziening die verantwoordelijk en aanspreekbaar is voor de behandeling en het welbevinden van mensen met complexe, chronische problematiek. De huisarts heeft een belangrijke spilfunctie en levert samenhangende zorg met andere zorgverleners in de eerste lijn. Complexe, chronische problematiek vraagt om meer multidisciplinaire samenwerking en samenhang, beroepsinhoudelijk maar ook qua organisatie(vormen). Zorgvragers hebben een sterke voorkeur voor samenwerking onder één dak (Eerstelijnszorg voorop, NPCF 2007). Gezien de toenemende en heterogene zorgvraag is een optimale afstemming, continuïteit, service en diversiteit van het zorgaanbod nodig. Multidisciplinaire samenwerking en eenduidige coördinatie naast een passende flexibele infrastructuur met een adequate financiering zijn belangrijke randvoorwaarden.

1.1. Doelstelling project

Het CBOG bevordert een optimale personele bezetting in de gezondheidszorg – kwalitatief en kwantitatief - in samenwerking met het veld en als intermediair tussen veld en overheid door het opstellen van beleidsadviezen aan de overheid (www.cbog.nl). De eerstelijnszorg is een van de deelgebieden die het CBOG in 2009 en 2010 heeft gekozen om vanuit de zorgvraag te kijken naar een optimaal aanbod c.q. naar de benodigde competenties van zorgverleners binnen de eerstelijns. Het gaat om twee doelstellingen:

- 1) Het opstellen van een overzicht van knelpunten in organisatie, cultuur en financiering van beroepen, functies en opleidingen, die een benodigde innovatie van beroepen, functies en opleidingen in de weg kunnen staan.
- 2) Het aangeven van oplossingsrichtingen voor beroepen, functies en opleidingen in de eerstelijnszorg in 2020 en van de benodigde randvoorwaarden.

1.2. Uitwerking en leeswijzer

- Deskresearch (2.1)
- Interviews (2.2)
- Discussie met het veld (2.3)
- Advies CBOG eerstelijnszorg (hoofdstuk 3)
- Aanbevelingen CBOG (hoofdstuk 4)

Deskresearch

Het CBOG heeft in het najaar van 2009 deskresearch gedaan naar de toekomstige zorgbehoefte en –vraag binnen de eerstelijns. Diverse bronnen zijn geraadpleegd, waarbij is gekeken naar het huidige

aanbod van beroepen en functies en wat er nodig is in de nabije toekomst. Werkende weg zijn er nog enkele studies en rapporten bijgekomen mede naar aanleiding van gesprekken met een aantal sleutelfiguren. Belangrijkste vraag is welke trends en ontwikkelingen van invloed zijn op de toekomstige zorgvraag en zorgaanbod. In hoofdstuk 2 zijn de resultaten van de deskresearch beschreven (2.1.)

Interviews

Mede op basis van de deskresearch zijn twee vragen geformuleerd met een aantal subvragen (*bijlage 1*) als kader voor de interviews. Het CBOG heeft gekozen voor een aantal gezaghebbende deskundigen met een inhoudelijke focus¹. De focus ligt op de eerstelijnszorg anno 2020 vanuit het perspectief beroepen, functies en opleidingen. Het gaat om de te verwachten - maar ook om noodzakelijke - vernieuwingen en de consequenties voor beroepen, functies en opleidingen. Kern is wat nodig is voor een optimale mix aan competenties en binnen welke samenwerkingsvorm(en). Tevens is gevraagd een beeld te geven van de eerstelijnszorg in 2020 en wat er (moet) verandert(en), ook qua cultuur. In hoofdstuk 2 zijn de resultaten van de interviews beschreven (2.2.)

Discussie met het veld

Op 1 maart 2010 is er een discussiebijeenkomst geweest met de geïnterviewde deskundigen, naast enkele andere actoren vanuit het veld van de eerstelijnszorg. Doel is om te kijken of zij een aantal trends en ontwikkelingen uit de deskresearch en de interviews herkennen en ook delen. Met hen heeft het CBOG vooral gekeken naar mogelijke oplossingsrichtingen. In hoofdstuk 2 zijn de resultaten van de discussiebijeenkomst beschreven (2.3.).

Advies CBOG eerstelijnszorg

Het CBOG heeft op basis van de desk research, interviews en discussie gekeken naar de grootste gemene delers c.q. uitdagingen. De uiteindelijke visie van het CBOG op beroepen en opleidingen in de eerstelijnszorg is een weerslag van het voorgaande en opgenomen in hoofdstuk 3: Eerstelijnszorg in CBOG –perspectief. Dit advies eindigt met aanbevelingen aan alle betrokken partijen op micro-, meso- en macroniveau (hoofdstuk 4).

Het advies is geschreven voor de overheid (ministeries van VWS en OCW, gemeentelijke overheid), zorgverzekeraars, (het management van) zorginstellingen en onderwijsinstellingen. Ook is het advies bedoeld voor de (koepels van) cliënten- en patiëntenorganisaties en beroepsorganisaties.

2. Resultaten

2.1. Deskresearch

Ten behoeve van de deskresearch zijn beleidsstukken aangaande eerstelijnsgezondheidszorg van de centrale overheid (ministerie van VWS), alsook adviesstukken van adviesorganen (RVZ, RIVM) als uitgangspunt gebruikt. Om een beeld te krijgen op zorggebruik en aantallen zijn publicaties van het RIVM, Nivel en CBS gebruikt. Verder zijn de zoektermen 'eerstelijnszorg', 'toekomst' en 'bemensing' gebruikt.

Demografische en maatschappelijke trends

Uit diverse rapporten komt naar voren dat de Nederlandse bevolking gaat veranderen. Dit gebeurt niet alleen in kwantiteit, maar ook in samenstelling (CBS, 2009). Mede hierdoor verandert ook de toekomst van de gezondheidszorg in Nederland. Het RIVM heeft in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) uit 2006 aangegeven dat door de toenemende vergrijzing het aantal ouderdomsziekten zal

¹ Deze deskundigen hebben ook deelgenomen aan de discussiebijeenkomst op 1 maart 2010, zie bijlage 3.

toenemen. Ook wordt opgemerkt dat het vóórkomen van chronische ziekten (hartfalen, diabetes etc.) een grote invloed zal hebben op de ziektelast van chronisch zieken. In een gezamenlijk rapport van het Nivel en het RIVM (2005) wordt daarnaast aangegeven dat de samenstelling van huishoudens gaat veranderen en dat het percentage (niet-westerse) allochtonen zal toenemen.

Volgens de VTV zijn de gezondheidsverschillen, gerelateerd aan sociaal-economische status (SES) gelijk gebleven. Het verband tussen SES-kenmerken, waaronder ook behuizing, opleiding en inkomen, is bepalend voor de gezondheid van mensen.

Persoonsgebonden factoren (bijv. genetische aanleg), maar ook leefstijl- en omgevingsfactoren (fysiek en sociaal) dragen bij aan de (on)gezondheid van mensen. Leefstijl (o.a. roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht) is één van de factoren die bijdraagt aan bovengenoemde ziekten. In vergelijking tot de jaren voor 2006 is een stijgende trend te zien in ongezond gedrag onder jongeren, zoals een toename van SOA's door onveilig vrijen, overgewicht en alcoholconsumptie. Ook het geringe aantal vrouwen dat borstvoeding geeft en relatief hoge zuigelingensterfte dragen er toe bij dat Nederland, wat betreft gezondheid nu niet hoort tot de top 10 van gezonde landen in Europa.

Zorgvraag

Als gevolg van een andere demografische samenstelling van de bevolking, de medische vooruitgang en de veranderende leefstijlen, zal ook de zorgvraag veranderen en het aantal chronisch zieken sterk toenemen (VWS, 2008). Ouderen en mensen met chronische ziekten willen langer (zelfstandig) thuis blijven wonen. Deze vertaling naar de vraag is terug te vinden in een toekomstverkenning naar de vraag in 2020 (Nivel en RIVM, 2005). Hiervoor worden de grootste stijgingen (>20%) in thuiszorg (verpleging, verzorging, huishoudelijke hulp en alpha-hulp) verwacht. Daarnaast zijn forse stijgingen in het aantal contacten met de huisarts (10,6%) te verwachten en in het aantal voorgeschreven recepten (16,4%) (Nivel en RIVM, 2005). Ruim driekwart van de Nederlanders bezoekt de huisarts tenminste één keer per jaar (Nationale Kompas Volksgezondheid, 2009). Huisartsen handelen 96% van deze contacten zelf af. Van de verwijzingen vindt 50% binnen de eerstelijns plaats (Nivel en RIVM, 2005).

De Nederlandse Patiënten- en Consumenten Federatie (NPCF) geeft aan dat eerstelijnszorg de 'ruggengraat' van de Nederlandse gezondheidszorg is en moet blijven (NPCF, 2007). Aangegeven wordt dat zorggebruikers een sterke voorkeur hebben voor het samenwerken van de disciplines in de eerstelijns gezondheidszorg. Gezondheidscentra of wijkzorgcentra worden daarbij als het ideaalbeeld van geïntegreerde eerstelijnszorg beschouwd (pag. 4, NPCF, 2009).

De afgelopen jaren is de nadruk, mede vanuit het ministerie VWS (2008), steeds meer op zelfmanagement komen te liggen. Vooral voor de chronisch zieke is het deels overnemen van de behandeling in de eigen omgeving relevant, bijvoorbeeld diabetespatiënten die zelf een bloedglucosebepaling doen en insuline doseren (CVZ, 2009). Wil de verzekerde de behandeling in de eigen omgeving uitvoeren, dan zijn hier (zorginhoudelijke) voorwaarden aan verbonden: educatie (in ziekte, verloop, risicofactoren), begeleiding (ondersteuning bij het uitvoeren) en hulpmiddelen (mogelijk apparatuur) (CVZ, 2009). Er gebeurt al veel om de behandeling van de (chronische) zieke te verschuiven van professionele zorg naar zelfmanagement, echter in de praktijk is nog niet goed bekend wat nodig is om deze verschuiving daadwerkelijk en op grotere schaal te laten plaatsvinden (STG, 2009). Uitwisseling van ervaringen en delen van kennis vindt alleen op ad hoc basis plaats, dit zou kunnen worden opgeschaald².

Organisatie van zorg

² Dit geven de NPCF, 7 categorale patiëntenorganisaties en het CBO aan (STG, 2009). De bedoeling is in een project deze uitwisseling op te schalen opdat in 2012 zichtbaar is waar mogelijke lacunes in kennis, beleid en praktijk zitten.

In de 'doelstellingenbrief eerstelijnszorg' benadrukt minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) vier thema's (VWS, 2008):

- 1) meer samenhang in de zorg (o.a. door ketenzorg, verankeren van de coördinatiefunctie, afstemming van gemeenten en eerstelijnszorg op lokaal niveau),
- 2) meer innovatie, ondernemerschap en betere zorginkoop (o.a. meer onderscheid naar aanvullende expertise op diverse zorgterreinen voor de generalistische zorgverleners),
- 3) meer transparantie, betere kwaliteit en veiligheid (o.a. richtlijnen en standaarden gebaseerd op evidentie en meer keuzemogelijkheden voor patiënten),
- 4) betere organisatie van de acute zorg (o.a. telefonisch eenvoudig te bereiken acute zorg).

Er zijn diverse ontwikkelingen gaande die de samenhang (ad 1) beogen te bewerkstelligen, zoals de integrale bekostiging van ketenzorg (zie hierna). Een andere ontwikkeling is het opzetten van Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's) in gezondheidscentra waar ook eerstelijnszorg gevestigd is. Door een dergelijk vestigingsbeleid van de CJG's kan samenhang en samenwerking tussen de (preventieve) jeugdgezondheidszorg en andere functies zoals een voorpost voor bureau jeugdzorg bevorderen. Dit soort ontwikkelingen beoogt niet alleen samenhang binnen de zorg maar ook tussen zorg en welzijn te bevorderen.

In het landschap van zorg en welzijn is de introductie van de Wet Maatschappelijke Ordening (WMO, 1 januari 2007) en de Zorgverzekeringswet (Zvw, 1 januari 2006) bepalend geweest. Een gevolg van de invoering van de Zvw is dat de zorgmarkt meer moet inspelen op de vraag van de markt (lees: vraag van de cliënt/patiënt) in plaats van uit te gaan van het aanbod. Deze wet is onlangs geëvalueerd (bron: website regering.nl) en daar is onder meer uitgekomen dat de solidariteit tussen de burgers is toegenomen, omdat voor iedereen hetzelfde basispakket geldt. Er bestaat sinds de invoering een acceptatieplicht bij verzekeraars en daardoor kunnen meer mensen van een gelijkwaardig pakket gebruik maken. De WMO stimuleert participatie van alle burgers in de maatschappij. Uitgangspunten daarbij zijn: zelforganisatie, maatschappelijke binding en eigen verantwoordelijkheid. De diverse prestatievelden die in de WMO worden benoemd zijn afkomstig uit andere wetten (o.a. de AWBZ). De prestatievelden zijn breed en gericht op sociale samenhang, maar ook op bijvoorbeeld preventie gerichte ondersteuning bij opvoeding en het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg. Uit de evaluatie van de WMO blijkt dat sociale samenhang en leefbaarheid de voornaamste doelen zijn, maar ook weer niet nieuw. Gemeenten richten zich al langer hierop. Er zijn raakvlakken met de eerstelijnszorg die eveneens verbonden is met maatschappelijke vraagstukken van zorg en welzijn. Dit wordt ook gesteld in 'Meedoen' van de Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerstelijnszorg (LVG) (2007). Volgens de LVG roept de komst van de WMO wel de vraag op 'hoe ver de verantwoordelijkheid en ondernemerschap van de zorgaanbieder in een wijk zal gaan'. Het zal vragen om meer afstemming en, waar nodig, samenwerking tussen WMO gefinancierde zorg en welzijn (bijv. huishulp en gezinscoaching) en eerstelijnszorg, die vanuit de Zvw wordt bekostigd.

Bekostiging van de zorg

Voor een aantal vormen van multidisciplinaire ketenzorg, weergegeven in zorgstandaarden wordt vanaf 1 januari 2010 - gefaseerd - integrale³ bekostiging ingevoerd. Het gaat om zorgstandaarden voor diabetes, vasculair risicomanagement, hartfalen en COPD. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft op verzoek van VWS gekeken naar drie zorgstandaarden⁴, waarin de integraliteit en de vraaggerichtheid van de zorg tot uiting moeten komen. In de zorgstandaarden zijn ook elementen opgenomen die niet directe patiëntenzorg leveren, maar wel de samenhang bevorderen tussen verschillende zorgverleners om de zorg voor chronisch zieken te optimaliseren. Het CVZ heeft aangegeven dat de beschreven

³ In dit advies wordt de term integrale bekostiging gehanteerd in plaats van functionele bekostiging in navolging van CVZ.

⁴ De zorgstandaard hartfalen was nog niet gereed en is niet meegenomen door CVZ.

zorgstandaarden, waar de integrale bekostiging op gebaseerd is, in mate van detaillering van het proces, de te nemen stappen en interventies onderling nog wel verschillen. Ketenspecifieke elementen zoals structuur en beheersing van het proces en ondersteunende (informatie)systemen zijn noodzakelijk voor het leveren van zorg' op een professioneel juiste wijze' en daarom deel uitmaken van de te verzekeren prestaties Zvw (CVZ, 2009). Voor 'de patiënt en zijn zorgvraag meer centraal', zoals de overheid wil is samenhang nodig in het zorg- en ondersteuningsaanbod. Daarnaast is opgemerkt dat in de zorgstandaarden de benodigde deskundigheid en middelen direct worden gekoppeld aan een beroepsbeoefenaar⁵ in plaats van aan de benodigde deskundigheid en competenties. Integrale bekostiging zorgt voor ruimte waarbinnen de zorgverzekeraar de vrijheid heeft om te bepalen welke zorgverlener wordt ingezet om bepaalde zorg te verlenen (CVZ, 2009, blz. 34). Deze ruimte schept mogelijkheden voor taakherschikking en functiedifferentiatie. De conclusie van het CVZ -rapport is dat voor het doel van inkoop van multidisciplinaire ketenzorg verdere standaardisatie en uitwerking nodig is (CVZ, 2009, blz. 12). Voor integrale bekostiging is een functionele omschrijving van de interventies en activiteiten gewenst is in de zin van minimaal in te zetten deskundigheid. Vervolgens kan bij de inkoop gebruik worden gemaakt van de functionele systematiek in de Zvw en kan de verzekeraar de zorgverlener met de juiste deskundigheid en expertise contracteren (CVZ, 2009, blz. 11). Zowel patiënt als huisarts kunnen aangeven binnen de kaders wie de zorg moet(en) uitvoeren. Beroepsorganisatie V&VN is positief over de functionele bekostiging, maar stelt wel twee randvoorwaarden: 'verpleegkundigen moeten direct toegankelijk worden en een eigen tarief krijgen' (TVZ, 2009).

Taakherschikking, substitutie en functiedifferentiatie

Taakherschikking en functiedifferentiatie zijn mogelijkheden om beroepen en opleidingen beter te laten aansluiten op de zorgvraag. Door het zorgaanbod op deze wijze te optimaliseren kan de kwaliteit van zorg verbeteren, ondercapaciteit worden voorkomen, zorgverleners in taken worden ontlast en meer carrièreperspectieven ontstaan voor werkers in de zorg. Ook functiedifferentiatie is daarbij van belang. Binnen de eerstelijns is de zorgvraag steeds verder aan het verschuiven van behandeling van "kleine acute" aandoeningen naar begeleiding van chronisch zieken. Het verschuiven van behandeling naar begeleiding vraagt om een verschuiving in competenties. In de praktijk wordt al zichtbaar dat de begeleiding van chronisch zieken (met COPD of hartfalen bijvoorbeeld) in de huisartsvoorzieningen wordt overgenomen door praktijkondersteuners die spreekuren houden voor mensen met COPD of met hartfalen. Het is te verwachten dat deze trend verder zal doorzetten.

Bij functiedifferentiatie worden taken uitgesplitst naar nieuwe functies, met als doel deze aantrekkelijker te maken. De werkdruk vermindert doordat taken worden afgestoten en er vindt verdieping plaats doordat nieuwe taken kunnen worden toegevoegd. Zowel taakherschikking als functiedifferentiatie geven hoogopgeleid zorgpersoneel meer tijd om zich te richten op meer complexe zorgvragen. Ook bieden beide een beter carrièreperspectief voor mensen die al in de zorg werken (ZIP, 2009, p 42).

Het advies 'Taakherschikking in de gezondheidszorg' van de Raad voor Volksgezondheid (RVZ) uit 2002 heeft als katalysator gewerkt voor meer onderzoek naar taakherschikking en substitutie van werkzaamheden van medici naar niet-medici. Oorspronkelijk is taakherschikking vooral gestimuleerd vanuit een (dreigend) arbeidstekort aan medici. Inmiddels zijn kwaliteit en (kosten)effectiviteit van zorg de belangrijkste parameters. Nog altijd is er een sterke roep om te investeren in taakherschikking en ook in functiedifferentiatie (ZIP, 2009)⁶. Taakherschikking heeft toegevoegde waarde, voor de arbeidsmarkt in brede zin; de carrièreperspectieven van professionals nemen toe. Maar ook de kwaliteit van zorg

⁵ Veelal de bekende trits: huisarts, verpleegkundige en fysiotherapeut.

⁶ Zie ook in Rapport curatieve zorg (heroverwegingen), product van een van de ambtelijke werkgroepen, ingesteld door het Kabinet Balkenende (1 april 2010).

verbetert, blijft in elk geval minimaal gelijk. Ook in de ouderenzorg wordt substitutie en taakherschikking als kansrijk gezien (Prismant, 2009). Over de daadwerkelijke substitutie – en kosteneffectiviteiteffecten- is meer onderzoek nodig. Daarvoor is –zo blijkt uit eerder onderzoek naar deze effecten- een kritische massa nodig van de betreffende beroepsgroepen die taken hebben overgenomen om de kwaliteit van zorg en leven op een hoger peil te brengen. Tevens moeten zorginstellingen, zorgverzekeraars en overheid de organisatorische en financiële voorwaarden voor een optimale inzet verbeteren, naast beroepsinhoudelijke randvoorwaarden. Als er voldoende beroepsbeoefenaren zijn die op verantwoorde wijze werkzaamheden van de medici kunnen overnemen, kunnen de substitutie- en kosteneffectiviteiteffecten worden aangetoond, zo blijkt uit eerder onderzoek (Capaciteitsorgaan, 2007 en Projectgroep VBOC, 2009).

Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg is voorzichtig positief over taakherschikking als instrument om de kwaliteit van zorg te bevorderen en zou dit ook willen stimuleren (IGZ, 2007). Zij heeft taakherschikking omschreven als *“het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen of beroepsgroepen, al dan niet met overdracht van bevoegdheden”*. Op 27 november 2009 heeft de ministerraad ingestemd met een wijziging van de Wet BIG om taakherschikking c.q. het overhevelen van bevoegdheden naar andere zorgverleners mogelijk te maken. Vaak genoemd worden de verpleegkundig specialisten en de physician assistants, maar de wijziging geldt in potentie ook voor andere beroepsgroepen. Zij moeten uiteraard voldoen aan de benodigde deskundigheid en competenties. In het IGZ onderzoek zijn diverse sectoren beschreven waar taakherschikking plaatsvindt, waaronder de eerstelijnszorg, in casu tussen huisarts en praktijkondersteuners. Daarbij is gekeken naar een aantal aspecten inzake kwaliteit van zorg: veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid en toegankelijkheid. Deze scores allen zonder meer positief voor de patiënt. Maar er zijn ook enkele risico's benoemd, zoals het ontbreken van een regiefunctie, kans op versnipperde zorg hen het (onvoldoende) op peil houden van kennis en vaardigheden. Integrale zorg vraagt om een aantal waarborgen waaronder het duidelijk vastleggen van taken en verantwoordelijkheden.

De IGZ (IGZ, 2007) heeft ook expliciet aanbevolen richting zorgverzekeraars dat *‘het vergoedingsstelsel voldoende flexibel dient te zijn om de uiteenlopende vormen van taakherschikking te financieren’*.

Recent is het RVZ advies verschenen over de Numerus Fixus Geneeskunde (2010). Twee van de drie sporen van de RVZ om het tekort aan artsen én de groeiende zorgvraag op te lossen zijn ‘[...] anders opgeleide zorgprofessionals’ en tegelijkertijd ‘zwaarder inzetten op functiedifferentiatie en taakherschikking’. Ook in de bijbehorende brochure met interviews spreken veel medici zich uit voor taakherschikking en er wordt een lans gebroken voor meer opleidingen geneeskunde in de breedte, naast het opleiden van een klein aantal in de diepte. Er wordt geopteerd voor een HBO-achtige opleiding geneeskunde (RVZ brochure 2010, Jan Kremer p 16). Een betere stroomlijning van zorgprocessen kan ook door een efficiënt gebruik van internet en van de ervaringskundigheid van de zorgvrager.

Niet alleen tussen, maar ook binnen beroepen en functies vindt verdere specialisatie en differentiatie plaats. In een rapport van de LVG (2009) worden bijvoorbeeld de nieuwe functies en indelingen voor doktersassistent gepresenteerd. Zo zijn er in de eerstelijns doktersassistenten die gespecialiseerd zijn in triage, de werkomgeving van de huisartsenpost of in het verrichten van bijzondere handelingen. Doktersassistenten met meer verantwoordelijkheden (en hiërarchisch hoger geplaatst) krijgen er, na aanvullende scholing en meer werkervaring, leidinggevende of managementtaken erbij.

Inzet technologie

Met een stijgend aantal chronisch zieken die behandeling en begeleiding van hun ziekte steeds meer in hun eigen omgeving wensen, speelt de inzet van (communicatie)technologie een cruciale rol. In de toekomst zullen (chronisch zieke en oudere) patiënten vooral meer gebruik gaan maken van

informatietechnologie (email, internetfora, etc.). Hierbij is het de taak van de zorgverlener om zich af te vragen of de informatie die verschaft is wel zijn doel bereikt en helder overkomt. Patiënten kunnen informatie verschillend selecteren en interpreteren, dat is een aspect wat hulpverleners moeten herkennen en waar ze op moeten inspelen. Dit vraagt om een werkelijk vraaggerichte houding alsook de competentie om de eigen werkwijze gedifferentieerd te kunnen inzetten. Patiënten die zelfmanagement ook kunnen toepassen behoeven begeleiding en ondersteuning daarin. Wanneer zelfmanagement niet goed lukt is, afhankelijk van de patiënt en de situatie, een meer directieve benadering wellicht gewenst (Willems, 2010). Daarnaast kunnen communicatietechnologieën worden aangewend door zorgorganisaties om digitale leerpleinen in te richten, e-learning alsook het inroosteren van diensten door zorgverleners zelf te stimuleren.

Internet verandert de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener ingrijpend, zo stelt het advies van de RVZ over de inzet van nieuwe technologieën (Gezondheid 2.0, 2010). Een kans, waardoor veel verbeteringen in de zorg 'als vanzelf' zullen gaan: meer gelijkwaardigheid tussen zorgvrager en zorgverlener, minder kosten en een kleiner tekort op de arbeidsmarkt. Maar er zijn ook bedreigingen, zoals de behoudendheid in de zorg als het gaat om innovaties ("*In het algemeen is de cultuur in de zorg onvoldoende gericht op vernieuwing*"). Ook past de huidige organisatie- en financieringsstructuur van de zorg onvoldoende bij gezondheid 2.0, aldus de RVZ. De RVZ geeft een aantal aanbevelingen richting diverse actoren (overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, cliënten- en patiëntenorganisaties). De autonomie van de patiënt staat centraal en wil deze daadwerkelijk zelfmanagement kunnen toepassen, dan moeten betreffende actoren hun verantwoordelijkheid nemen. Toepassing van Gezondheid 2.0 betekent interactieve samenwerking tussen zorgvragers en zorgverleners en dat vergroot de doeltreffendheid en kwaliteit van zorg, aldus de RVZ (RVZ, 2010).

De inzet van technologieën wordt als één der oplossingen gezien om een tekort aan zorgverleners (met name verzorgenden en verpleegkundigen) te verminderen. Het gaat niet alleen om medische hulpmiddelen (pacemakers, wondbehandeling etc.), maar ook om ICT-technologie die communicatie tussen professionals (zoals EPD) en tussen professionals en patiënten moet vergemakkelijken (zoals e-consult). Deze technologieën kunnen arbeidsbesparend worden aangewend en bij een goede en vlotte inzet ervan kunnen deze het verwachte tekort van 40% opvangen (STG, 2008a). Patiënten beschouwen bijvoorbeeld consulten via het internet en registratie van medische gegevens thuis niet alleen als aanvulling op de reguliere zorg, maar ook als een serieus alternatief voor de vertrouwde bezoeken (NPCF, 2007).

Toekomstscenario eerstelijnszorg

In juni 2008 heeft het Health Management Forum (STG/HMF) een bijeenkomst gehouden over de toekomst van de eerstelijnszorg. Voorafgaand aan de bijeenkomst zijn veranderingen in de vraag- en aanbodzijde als knelpunten aangegeven in, met name, de organisatie van de zorg. Volgens HMF komen nieuwe rollen en verantwoordelijkheden nu niet structureel van de grond omdat er onvoldoende invulling wordt gegeven aan de regierol, die nodig is. Twee scenario's zijn uiteengezet en bediscussieerd.

- 1) In het eerste scenario (*De eerstelijns aan zet*) is de regie in handen van een eerstelijnszorgverlener met veel werkervaring. De eerstelijnszorg bestaat in 2020 volgens dit scenario uit franchiseketens met daaronder zelfstandig opererende wijkzorgcentra. In deze centra worden zoveel mogelijk eerstelijns disciplines onder één dak gecombineerd (o.a. apotheek, WMO-loket en CJG). De physician assistant heeft het eerste contact met de patiënt en is daarmee de poortwachter. De verpleegkundig specialist begeleidt chronische patiënten, de praktijkondersteuner doet de preventieve zorg en de huisarts doet de complexe basiszorg (STG/HMF, 2008b). De

wijkzorgcentra leveren 80% van de zorg, de overige 20% vindt plaats in geconcentreerde topzorginstellingen.

- 2) Volgens het tweede scenario (*Eerste hulp bij klachten: EHBK's*) wordt de eerstelijnszorg in 2020 vanuit de ziekenhuizen georganiseerd, via wijkgerichte EHBK's. Onder één ziekenhuis vallen 4 to 6 EHBK's (STG/HMF, 2008b). Physician assistants vervullen in dit scenario de poortwachterfunctie en verwijzen zo nodig door naar andere disciplines (arts complexe basiszorg, verpleegkundig specialisten, praktijkondersteuners of de EHBK-specialist). Wijkverpleegkundigen zijn de oren en ogen in de wijk. In dit scenario nemen gemeenten het initiatief het mogelijke gat tussen medische zorg en maatschappelijke voorzieningen te dichten. Een directeur heeft in het EHBK de leiding, daardoor is de regie eveneens duidelijk. Ook de onderhandelingspositie met verzekeraars, woningcorporaties en overheden is versterkt.

In het eerste scenario heeft de eerstelijnszorg duidelijk zelf de regierol ingenomen, los van specifieke beroepsbeoefenaren. In het tweede scenario hebben andere spelers het spel met name bepaald (verzekeraars, gemeenten, ziekenhuizen).

2.2. Interviewronde

Geconstateerd is door vrijwel alle geïnterviewden dat op dit moment een 'gemeenschappelijk gedragen' visie ontbreekt op de toekomst van een geïntegreerde eerstelijnszorg. Er zijn wel veel gemene delers, die echter niet met elkaar lijken te worden uitgewisseld. Een aantal spreekt van twee stromingen, welke grosso modo staan voor het volgen van de integrale bekostiging respectievelijk de roep om meer generalistische functies, zoals de wijkverpleegkundige "nieuwe stijl" (Bussemaker, 2009)⁷. Dergelijke stromingen zijn veelal ad hoc, zonder gedegen analyse vooraf, vaak ook zonder evaluatiemomenten. De vraag is of deze twee stromingen haaks op elkaar staan.

De visie op de eerstelijnszorg vanuit de NPCF uit 2006 (NPCF, 2006) wordt in 2010 bijgesteld. De NPCF wil deze visie operationaliseren door onder meer instrumenten verder te ontwikkelen zoals de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM)⁸ en meer kwaliteitstrajecten op te zetten. Kwaliteit van zorg 'door cliënten bekeken' kan worden verbeterd, juist door ervaringen van cliënten te vertalen naar verbeteringen in de kwaliteit.

Vrij unaniem is ook door de geïnterviewden aangegeven dat de eerstelijnszorg nog weinig zicht heeft op de psychosociale problematiek. In 2008 was het aantal nieuwe episoden van psychische problemen, gemeld in huisartspraktijken, 64,1 op 1000 patiënten. Dit getal staat ongeveer gelijk aan het aantal nieuwe episoden van klachten aan de luchtwegen (LINH, 2010). Het aantal episoden zal toenemen, met name onder diverse burgers/patiënten in bepaalde wijken. Tevens is door geïnterviewden aangegeven dat bij de omschrijving van de eerstelijnszorg de thuiszorg niet altijd wordt meegenomen. Het CBOG gaat uit van de brede definitie, inclusief de thuiszorg.

Ook in de eerstelijnszorg is het begrip zelfmanagement in zwang, zij het dat de invulling/interpretatie divers is, naast enige scepsis. *'De aandacht voor, en het beroep op zelfmanagement zal zeker blijven*

⁷ Een van de deskundigen sprak over de K (Klink) stroming en de B- (Bussemaker) stroming.

⁸ De VAAM is ontwikkeld door het NIVEL op initiatief van de NPCF en tot stand gekomen met subsidie van het ministerie van VWS. De VAAM verschaft inzicht in de verwachte vraag naar eerstelijnsgezondheidszorg in een gebied op gemeente-, wijk- of buurtniveau. Doel VAAM is een bijdrage te leveren aan de discussie over een zo goed mogelijke afstemming van het aanbod van eerstelijnsvoorzieningen op de lokale vraag. De VAAM verschaft inzicht in:

- De vraag naar zorg voor specifieke aandoeningen als chronische ziektes en psychosociale problemen
- De vraag naar zorg van specifieke voorzieningen als huisartsenzorg, farmaceutische zorg, fysiotherapeutische zorg en eerstelijns geestelijke gezondheidszorg
- De demografische achtergrondstatistieken van de gekozen gemeente, wijk of buurt
- De vraag naar eerstelijnsgezondheidszorg in de toekomst
- Het handmatig aanpassen van de bevolkingskenmerken van het door u geselecteerde gebied
- Toekomststramingen eerstelijnsgezondheidszorg voor het jaar 2013
- De vraag naar verloskundige zorg, diëtetiek en oefentherapie.

groeien tot het door een nieuw modebegrip verdrongen wordt' (Grijpdonck, 2009). Zelfmanagement, eigen regie, patiënt centraal, meer cliëntsturing. De zorgvraag verandert, de zorgvrager ook. Hij wordt meer en meer een kritische zorgconsument, althans dat is de richting die de RVZ voorstaat (RVZ, april 2010). Veel ontwikkelingen zijn onomkeerbaar en dat betekent mee-veranderen-met-de-zorgvraag/zorgvrager door meer/anders samen te werken, integrale zorgverlening en – bekostiging en meer toenadering tussen zorg en welzijn.

Kwaliteit van leven centraal

Er is een paradigmashift nodig van een medische insteek (bij onder meer ouderen, chronisch zieken) naar 'kwaliteit van leven', zoals veel deskundigen dit hebben verwoord. De ziekte als zodanig is veelal niet het probleem (meer) of niet alleen. Het gaat ook om de gevolgen van de ziekte(n), die functiebeperkingen met zich mee kunnen brengen en/of een sociaal niet-welbevinden. Gezondheid, welzijn en welbevinden van de zorgvrager bepalen de kwaliteit van zijn leven. De steeds mondiger zorgvrager⁹ heeft handvatten nodig om zijn eigen leven in te richten en de regie te voeren. Hij vraagt om begeleiding, educatie en ondersteuning, stimulering en coaching, niet om alles over te nemen. Zelfmanagement zal deels 'vanzelf' gaan, maar deels moeten worden geactiveerd en gestimuleerd. Zorgverleners zullen hierop moeten leren inspelen in overleg met de zorgvrager en zijn naasten: van curatie naar coaching! Het gaat het om bewustmaking en gedragsbeïnvloeding, mede gezien de samenhang tussen preventie, curatie en care. Meer aandacht voor psychosociale problematiek is eveneens van belang: 20 – 40% van de klachten bij de huisarts is van psychosociale aard.

Alle geïnterviewden onderstrepen de noodzaak dat de zorgverleners elkaar kennen en dus ook elkaars competenties en kwaliteiten, als een basis voor vertrouwen. Vertrouwen in elkaar én in de zorgvrager. Deze dient op de hoogte te zijn van de kwaliteiten van zijn (potentiële) zorgverleners, die op hun beurt de zorgvrager serieus nemen en als een gelijkwaardige partij beschouwen. Tegelijkertijd wordt beaamd dat deze vanzelfsprekendheid nog lang niet altijd praktijk is. Het schort niet alleen aan overzicht van en inzicht in de sociale kaart, maar ook kennen de betrokken zorgverleners elkaar onvoldoende of zelfs helemaal niet. Dat komt de kwaliteit van zorg en zorgverlening niet altijd ten goede, zo wordt beaamd.

Bekostiging van de zorg

De bekostiging van de eerstelijns zorg is genoemd als obstakel, zij het niet door iedereen. Zoals door de beroepsorganisatie voor verzorgenden Sting wordt aangegeven *"Organisaties moeten waardegedreven zijn in plaats van financieringsgedreven. De wijze van financiering kan ook worden gebruikt om innovaties in de zorg tegen te houden"*.

De verwachting is dat de bekostiging in 2020 over drie bronnen verdeeld zal zijn: de AWBZ, een substantieel deel uit de Zvw en een deel uit de WMO. Bussemaker gaat hier ook vanuit, maar geeft wel aan dat *'zorgvuldigheid boven voortvarendheid gaat'* (Bussemaker, 2009). Uiteindelijk moet de financiering de cliënt/patiënt volgen, ongeacht waar deze zich bevindt. Zorgzwaarte pakketten kunnen een eerste stap zijn in die richting¹⁰. De uitdaging bij bekostiging uit de WMO is ook dat andere prestatievelden dan alleen huishoudelijke hulp door gemeenten worden ingezet en aangewend zoals preventie en het ondersteunen van mantelzorg.

⁹ Door diverse deskundigen worden vraagtekens geplaatst bij de mondigheid van de zorgvrager en ook bij diens keuzevrijheid: zo hij al kan kiezen, wil hij dan ook echt altijd kiezen? Zie ook het boek van Gonny ten Haaf "Dokter is ziek" dat op 30 maart 2010 is verschenen.

¹⁰ Een zorgzwaartepakket (ZZP) is een manier om aan te geven welke zorg iemand krijgt die niet langer zelfstandig kan wonen. Het gaat om zorg die noodzakelijk is, en die zo goed mogelijk past. Wie deze zorg nodig heeft, krijgt de indicatie als een ZZP. Een ZZP geeft per soort zorg aan wat de zorgvrager krijgt, en hoeveel. De budgetten van zorginstellingen zijn gebaseerd op ZZP's.

Een integrale bekostiging dient uit te gaan van chroniciteit, beperkingen, multimorbiditeit en leefstijl. Leefstijl wordt steeds belangrijker en dat impliceert een gedragsverandering bij de zorgvrager maar ook bij de zorgverleners. Unaniem is de boodschap dat er meer aandacht moet zijn voor preventie, met name geïndiceerde preventie, maar ook voor selectieve preventie. In dat kader dient zelfmanagement evenals samenwerking onderdeel te zijn van integrale bekostiging. Idealiter moeten de verzekeraars integrale zorg inkopen, en dat houdt in: preventie, behandeling en ondersteuning, inclusief dus ook ondersteuning van zelfmanagement. Dat is de visie van CVZ overige geïnterviewde deskundigen. Zelfmanagement in de vorm van educatie, begeleiding en benodigde hulpmiddelen valt nu al onder de te verzekeren prestaties, maar het gaat om de bredere betekenis van het begrip zelfmanagement, aldus CVZ (CVZ, 2009, p 40)¹¹.

Zoals eerder vermeld is op 1 januari 2010 integrale bekostiging (successievelijk) ingevoerd voor een aantal zorgstandaarden. De daarin genoemde aandoeningen kunnen voorkomen bij één patiënt (multimorbiditeit). Veel mensen met multimorbiditeit zijn kwetsbare ouderen, maar niet alle kwetsbare ouderen hebben multimorbiditeit. Er wordt gepleit voor integratie van deze standaarden¹². De NPCF staat in principe positief tegenover integrale bekostiging evenals het CVZ. Deze vorm van bekostiging stimuleert een meer programmatische aanpak. De zorgstandaarden worden uitgewerkt in een individueel zorgplan en komen veelal overeen met de aanspraken in de Zvw en houden derhalve rekening met de wensen en behoeften van de zorgvrager, aldus CVZ.

Toch is er ook enige scepsis over de integrale bekostiging. De NHG stelt dat in ziektegerelateerde zorgstandaarden samenwerking wel centraal staat, maar dat een visie ontbreekt. Het risico bestaat dat teveel rondom ziektes wordt georganiseerd in plaats van rondom de patiënt: deze is niet alleen een optelsom van disease-managementprogramma's. Deze kanttekening is ook door anderen genoemd. Integrale bekostiging past bij deze programma's voor 'simpele' ziekten voor grote groepen zoals bv. Diabetes II. De bekostiging wordt een probleem bij meer en meer diffuse ziekten, bij kleinere groepen. In Nederland bestaat een sterke eerstelijns en dan zijn deze programma's eigenlijk niet zinvol, aldus de European Forum for Primary care (EFPC). Deze scepsis wordt ook gepareerd. Het individuele zorgplan biedt ruimte voor alle aandoeningen die een patiënt heeft en *'apart declareren betekent nog niet apart aanbieden'* (Bussemaker, 2009).

Sting ziet niet zo zeer een probleem in deze bekostiging, maar is wel van mening dat de integrale bekostiging teveel vanuit de *medische* insteek is beredeneerd met het risico voor de verzorgende dat ze teveel wordt gezien als een verlengstuk van andere zorgverleners. De cyclus van zorg hoort bij de verzorgende te beginnen en niet te eindigen; zij heeft een duidelijke signaleringsfunctie aldus Sting. Het kenniscentrum voor paramedici (NPI) is het minst positief en vindt deze nieuwe bekostiging een ramp. Veel zorgvragers zijn niet of onvoldoende verzekerd voor paramedische zorg, *"dus als de huisarts als hoofdaannemer zorg gaat inkopen dan zal hij geen paramedische zorg inkopen daar hij niet weet wat dat is ,hij kent veelal alleen de fysiotherapeut. Hij zal dat ook niet doen als de patiënt niet verzekerd is"*. Ook preventie wordt verwaarloosd aldus het NPI, omdat het niet wordt vergoed.

Ketenzorg

Ketenzorg is een veel genoemd begrip, maar niet iedereen verstaat hier hetzelfde onder, zo blijkt. Wel wordt door iedereen samenwerken genoemd. Andere trefwoorden die door de geïnterviewden worden genoemd zijn multidisciplinariteit, coördinatie, scholing en het bijhouden van het (elektronisch) dossier. Deskundigheidsbevordering is nodig , maar moet dan ook wel worden bekostigd.

¹¹ CVZ geeft aan dat het met een rapport komt over de bredere betekenis van het begrip zelfmanagement en daarbij ook zal aangeven welke elementen ook tot de te verzekeren prestaties zijn te rekenen (CVZ, 2009)

¹² Zorgstandaarden voor diabetes, vasculair risicomanagement, hartfalen en COPD.

In een adem met ketenzorg worden ook de (te ontwikkelen) zorgprogramma's en zorgstandaarden genoemd. Uitgangspunt is dat het programma gebaseerd is op een zorgstandaard, waarin wordt beschreven waaraan goede zorg met voldoen: zorginhoudelijk en procesmatig. Daarmee wordt wel inzichtelijk wat de patiënt en zorgverleners kunnen en mogen verwachten; transparantie is hierbij het toverwoord. Dat alles is echter nog lang geen praktijk.

Toch zijn er al veel initiatieven in den lande om te komen tot integratie en versterking van de eerstelijnszorg en verbetering van samenwerking en samenhang tussen eerstelijnszorg, welzijn en preventie. Werkelijke ketenzorg begint dan ook bij preventieve maatregelen en kan eindigen - al dan niet via de eerstelijnszorg - in het welzijncircuit. Dat betekent ook meer afstemming op gemeenteniveau over zorg, welzijn en wonen. Genoemd als belangrijk aspect van ketenzorg is ook het vastleggen van bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Een belangrijke voorwaarde is dan wel dat met een taak ook daarbij behorende bevoegdheden en gezag worden overgedragen.

Hiervoor zijn enkele ontwikkelingen geschetst in de eerstelijnszorg vanuit het heden maar ook gericht op de toekomst. Een andere inrichting van werkprocessen is nodig wil 'de zorgvrager centraal' geen holle frase zijn. Het zorgaanbod wordt nu veelal bepaald door de organisatie van het aanbod in plaats van door de vraag. Kwaliteit van leven moet meer centraal komen te staan, onder meer door ketenzorg. Inzicht en bewustwording lijken veelal wel aanwezig, maar er is nog onvoldoende sense of urgency en implementatie komt moeizaam op gang. Er bestaat wel enige weerstand tegen vernieuwingen, om bestaande schotten in de organisatie en financiering van de zorg te slechten. Het tonen van lef zou explicieter kunnen; velen zijn afwachtend. Tevens ontbreekt het nog teveel aan vertrouwen tussen de belangrijkste stakeholders in de eerstelijnszorg; dat wordt door vrijwel iedereen gesignaleerd. De financiering is voor een aantal een heikel punt en een struikelblok voor innovaties, zo wordt dit ervaren althans. Maar de zorg ontkomt er niet meer aan, zo heeft heel recent ook minister Klink opnieuw laten weten: de zorg moet anders en efficiënter worden georganiseerd (VWS, 2010).

2.3 Discussie met het veld¹³

Ondanks enige weerstand liggen er veel kansen en aangrijpingspunten om aan de slag te gaan met innovaties. Het CBOG kiest voor de discussie met het veld de volgende uitgangspunten:

- Gezondheidswinst is onder meer te behalen door een andere inrichting van werkprocessen (taakherschikking, substitutie, functiedifferentiatie en zelfmanagement)
- Elkaar kennen én vertrouwen, koppeling tussen zorg en welzijn, meer samenwerking met zorgvrager en overige zorgverleners is basis voor vraaggerichte zorg.
- Een gemeenschappelijke eenduidige visie op eerstelijnszorg, gedragen door alle betrokkenen is een noodzakelijke voorwaarde voor verspreiding, implementatie en verdere uitwerking vanuit het perspectief beroepen, functies en opleidingen.
- De nieuwe bekostiging is een kans voor innovaties binnen en tussen de beroepskolommen in de eerstelijnszorg. Deze innovaties trekken de sceptici over de streep, ook al kunnen financiële structuren taai zijn¹⁴.

De discussie is gevoerd op basis van voornoemde uitgangspunten en aan de hand van drie topics die naar voren komen in de literatuur en in de interviews. Deze sluiten goed op elkaar aan en zijn van invloed op de benodigde competenties en de (her) inrichting van zorg- en werkprocessen:

¹³ Zie bijlage 4 met lijst deelnemers discussiebijeenkomst op 1 maart 2010 onder voorzitterschap van Chiel Bos.

¹⁴ "Financiële structuren en domeindenken hebben in de Nederlandse gezondheidszorg een grotere invloed op de implementatie van zorginnovaties dan succesvolle resultaten van deze zorginnovaties" (The Introduction of the Nurse Practitioner in General Practice, Angélique Dierick-van Daele, 2010, dissertatie, stelling 5).

- zelfmanagement
- samenwerking in de ketenzorg
- ICTgebruik/Ehealth

De deelnemers geven na afloop van de discussie over de drie thema's enkele overall noties, die unaniem worden onderschreven. Op de eerste plaats wordt aangegeven dat het cultuuraspect meer aandacht behoeft. Er is sprake van een informele hiërarchie tussen zorgverleners in de eerstelijnszorg. Deze bestaande hiërarchie en verhoudingen tussen zorgverleners zullen moeten veranderen bij samenwerking in de ketenzorg, het bewerkstelligen van zelfmanagement en van e-health. Ook bestaat er enige scepsis t.a.v. de 'maakbaarheid van de werkelijkheid'. Het vastleggen van wensen, richtingen en visie maakt dit alles nog niet tot vaststaande feiten: daar is steun en implementatiebereidheid vanuit het veld voor nodig. 'Samenwerking' en 'marktwerking' (concurrentie) sluiten elkaar min of meer uit is het gevoel. Wel is iedereen er van overtuigd dat samenwerking in de eerstelijnszorg moet worden gestimuleerd en dat de nieuwe bekostigingssystematiek daarvoor ook kansen biedt. Zorgverleners zouden die ruimte in de financiering kunnen aangrijpen om te innoveren. Deze noties zijn even vanzelfsprekend als hardnekkig. Grote vraag is dus hoe een en ander te veranderen en in welke richting.

In bijlage 2 staan de reacties, zoals deze in de discussies over respectievelijk zelfmanagement, samenwerking in de ketenzorg en ICTgebruik /e-health zijn opgetekend, zij het wel geclusterd. In hoofdstuk 3 en 4 vindt u de visie en aanbevelingen van het CBOG op basis van de deskresearch, interviews en discussie en dat is de kern van dit advies: het perspectief van het CBOG op beroepen, functies en opleidingen in de eerstelijnszorg.

3. Visie op beroepen en opleidingen in de eerstelijnszorg

Het CBOG onderscheidt binnen de eerstelijnszorg drie hoofdprocessen:

- De geselecteerde hulpvraag voor klachten die vaak niet goed zijn te duiden. Symptomatologie, epidemiologie, prognostiek, voorkennis van de cliënt en de factor tijd zijn belangrijke instrumenten om dit proces goed te laten verlopen. Dit moet leiden tot een adequate behandeling die al naar gelang het beloop van de klachten kan worden gewijzigd.
- De zorg voor patiënten met chronische, vaak meervoudige aandoeningen of beperkingen met aandacht voor de medische tekorten, maar ook de psychische, de sociale en de verpleeg- en zorgbehoeften en de begeleiding daarvan.
- De geïndividualiseerde preventie gericht op het somatisch, psychisch en sociaal functioneren en welbevinden.

Deze processen zijn weliswaar te onderscheiden maar niet te scheiden en onderstrepen de noodzaak te komen tot integratie van preventie, cure en care. Dat stelt ook andere eisen aan de (toekomstige) zorgverlener. Hij/zij moet deskundig en bekwaam zijn, meer zorg op maat leveren, (dus) meer rekening houden met de zorgvrager, maar vooral ook met diens omgeving, die belangrijk is voor de zorgvrager en deze kan ondersteunen en aanvullen. Meer openheid en transparantie richting zorgvrager vooronderstelt een attitude op basis van gelijkwaardigheid. Tegelijkertijd is ook meer openheid nodig tussen de zorgverleners onderling en bereidheid om verantwoording af te leggen¹⁵.

¹⁵ Putters verwoordt het aldus; bij de professionaliteit van de zorgverlener gaat het om ten minste vier onderdelen:

- Vakdeskundigheid
- Beroepsethiek
- Gerichtheid op individuele patiënt (inclusief diens omgeving)

Integratie preventie, cure en care

Een professionele houding is de basis voor het handelen. Welke taken moeten worden verricht en wie kunnen deze taken het beste verrichten. Taken vanuit de eerstelijnszorg, die alle terreinen omvatten: preventie, cure en care (verpleging, verzorging en ondersteuning), inclusief wonen en welzijn. Eind maart 2010 is de vijfde Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) verschenen 'Van gezond naar beter' (RIVM, 2010). Belangrijkste boodschap is dat preventie en zorg de samenleving veel opleveren en dat Nederland moet blijven investeren in de gezondheid van burgers. Wel moet het anders. Het blikveld van preventie moet worden verbreed d.w.z. er moet niet alleen worden gekeken naar gezond gedrag maar preventie vraagt ook om veel meer aandacht voor de sociale en fysieke omgeving waarin mensen leven en werken. Het zwaartepunt ligt in VTV 2010 op preventie, op de aansluiting op de belevingswereld van de burger, het 'ervaren' van gezondheid en kwaliteit van leven et cetera. Een en ander laat onverlet dat er ook aandacht moet blijven voor cure en care. Het is juist die samenhang die van belang is om de mens centraal te stellen en te kijken wat hij/zij op enig moment nodig heeft. Ondanks de mogelijke successen van preventie zullen mensen op enig moment ziek worden (Deelrapport Gezondheid en determinanten, VTV 2010, p 8). Ook het leren omgaan met de gevolgen van ziekte is relevant voor de zorgvrager en zorgverlener. (De integratie van) preventie, cure en care vraagt een omslag in denken van de burger, van de zorgvrager en van de zorgverleners. Het vraagt ook om een ander samenstel aan competenties en taken, dwars door alle sectoren en financiële schotten. Competenties op het gebied van samenwerking (met collega's), het coachen en begeleiden van patiënten en het overzicht hebben over de gehele keten van zorg. Welke competenties hiervoor precies beschreven kunnen worden, zal van onderwijsinstellingen (in samenwerking met zorginstellingen) afkomstig moeten zijn. Hoe dan ook gaat het om bewustwording bij zorgverleners in opleiding; namelijk dat de zorg samen met de zorgvrager, diens naasten en collega zorgverleners geleverd wordt. Dit vergt onder meer om een cultuurverandering binnen de opleidingen. Het zorgaanbod is toegenomen en heeft zich in de afgelopen decennia gespecialiseerd op geleide van meer specialistische zorg. De laatste jaren is er een roep om meer generalisten, ook om fragmentatie en versnippering van zorg(taken) te voorkomen, of in elk geval te verminderen. Meer zieken hoeft niet altijd meer zorg te betekenen c.q. meer zorgverleners. Deze zijn er ook steeds minder, het aanbod neemt in elk geval niet toe. De uitdaging is om de zorg anders te organiseren in de eerstelijns¹⁶.

Samenwerking in de zorg; taakherschikking, substitutie en functiedifferentiatie

De druk om zorg- en werkprocessen doelmatiger te organiseren wordt groter, daarover is al veel gezegd en gepubliceerd. Eén van de grootste uitdagingen is de vraag of dure (hoog opgeleide) professionals al dan niet zo selectief mogelijk moeten worden ingezet. Op dit moment zijn beroepsdomeinen van professionals sterk in beweging, hetgeen nieuwe verhoudingen tussen deze beroepsgroepen zal betekenen. Deze nieuwe verhoudingen zullen (moeten) leiden tot het herformuleren van de deskundigheidsgebieden en competenties van beroepsbeoefenaren. Voor bepaalde beroepsgroepen vinden uitbreidingen plaats en voor bepaalde beroepsgroepen worden onderdelen van hun deskundigheidsgebied minder belangrijk. Bij sommige beroepsgroepen gebeurt dit allebei. Het CBOG ziet herinrichting van zorg- en werkprocessen als onontkoombaar. Het gaat om ketenzorg dwars door alle lijnen en sectoren heen, ook inhoudelijk. In de praktijk vindt taakherschikking, substitutie en functiedifferentiatie plaats als mogelijkheden de werkprocessen anders in te richten. Onderzoek (IGZ, 2007), waarbij is gekeken naar een aantal aspecten zoals veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid en toegankelijkheid, toont aan dat deze aspecten zonder meer positief scoren voor de patiënt. Wel zijn enkele risico's benoemd, zoals het ontbreken van een regiefunctie en de kans op versnipperde zorg. Met

• (Publieke) verantwoording.
Inleiding symposium, voorafgaand aan oratie Putters (zie noot 1).

¹⁶ In het deelrapport Tijd en toekomst, VTV 2010 wordt de diabeteszorg als voorbeeld genoemd. (RIVM, Tijd en toekomst, p 41).

name bij mensen met meer aandoeningen is het een risico als niemand de regie neemt; ieder doet een onderdeel van de zorg, maar wie houdt het totaaloverzicht?

Inmiddels is er een handreiking verschenen die ingaat op de randvoorwaardelijke en organisatorische aspecten rondom samenwerking tussen zorgverleners, i.c. ketenzorg (KNMG e.a., 2010). Er moet een duidelijke taak – en verantwoordelijkheidsverdeling zijn: wie doet wat wanneer en wie kan er zo nodig op worden aangesproken. Kernaspect is dat het voor de zorgvrager altijd duidelijk moet zijn wie van de betrokken zorgverleners aanspreekpunt is, wie verantwoordelijk is voor de inhoud en voor de coördinatie van de zorgverlening. Idealiter zijn deze taken in een hand, maar de praktijk is anders en dat maakt duidelijke afspraken (op schrift) des te meer opportuun. Voor het implementeren van deze randvoorwaarden is een adequate organisatie van zorgketens nodig, naast goede ICT voorzieningen om zorgprocessen te kunnen ondersteunen.

ICT is ook nodig voor ondersteuning van de zorgvrager en zorgverlener. Dat alles vraagt een paradigmashift. Het tonen van professionaliteit en ondernemerschap vraagt andere taken, nieuwe competenties, nieuwe opleidingen. Ondernemerschap in de zin van intern en extern verantwoording afleggen, maar ook meer inzicht in financiële zaken en met name de consequenties ervan: budgettaire verantwoordelijkheid¹⁷.

ICT-gebruik/e-health

Verbreden en versterken van de eerstelijns kan onder andere door meer gebruik te maken van de mogelijkheden van ICT, binnen de eerstelijns zelf maar ook tussen de sectoren. ICT is ondersteunend ten aanzien van zelfmanagement en samenwerking in de ketenzorg. Vrijwel alle betrokkenen onderstrepen de inzet van ICT, de patiëntenorganisatie NPCF voorop. Toch komt zorg op afstand middels telematica en andere ICT hulpmiddelen moeizaam van de grond (Algemene Rekenkamer, 2009). Zelfmanagement klinkt mooi, samenwerking lijkt vanzelfsprekend, moet dat althans zijn, maar om dat ook daadwerkelijk gestalte te geven is ondersteuning nodig, zowel voor de zorgvrager maar ook voor de zorgverlener. Niet alleen omdat er steeds meer chronisch zieken en ouderen zijn, die graag zo lang mogelijk thuis willen wonen, maar ook omdat er niet meer zorgverleners zullen komen. Technologie is onvermijdelijk om efficiënter zorg te verlenen en samenwerking en zelfmanagement te ondersteunen. Verpleegkundigen geven als eerste opleidingswens aan 'zorg op afstand' te willen leveren, zo blijkt uit een artikel in NRC (19 oktober 2009). De vraag is waarom dat dan nog onvoldoende gebeurt en waarom er nog zo weinig initiatieven zijn. De NZa denkt dat dit komt door gebrek aan ondernemerschap en aan belangentegenstellingen tussen professionals en aan de huidige regelgeving. Ook merkt de NZa op - in hetzelfde artikel in NRC - dat het moeilijk is om innovaties structureel bekostigd te krijgen, zelfs als ze succesvol zijn. We moeten met zijn allen innoveren en als dat al gebeurt, is het veelal eerst op tijdelijke basis. Als de innovatie zichzelf bewezen heeft zou structurele financiering moeten volgen en zorg op afstand dan ook onderdeel van het zorgpakket zijn.

Uit onderzoek blijkt dat de weerstand van verpleegkundigen en artsen tegen ICT ook een cultuurprobleem is. Het inzetten van technologie zou haaks staan op de overtuiging dat zorg vooral met emotie te maken heeft. Ook zijn met name verpleegkundigen bang dat technische inzet zal leiden tot ontslagen en banenverlies en dat het leidt tot verschraving van zorg (STG/HMF, 2010)¹⁸. Dat laatste blijkt ook uit de discussie. Er bestaat enige terughoudendheid gezien de mogelijke 'dehumanisering' van de care door 'zorg op afstand'. Om zorgverleners voor een enthousiast gebruik van ICT over de streep te trekken is onderzoek gewenst naar de effecten van verdere technologisering van de care.¹⁹ Wat betekent dit voor de

¹⁷ Meerdere geïnterviewden gaven naast beroepsspecifieke competenties deze competenties aan, die ze zien als een invulling van ondernemerschap.

¹⁸ Voorwoord 'Verpleegkundigen aan zet, ICT-Zorg: Managers aan Zet', STG/Health Management Forum, april 2010.

¹⁹ Zie ook Maatschappelijke Opgaven Volksgezondheid en Gezondheidszorg, VWS, 2009, p 7.

arbeidsmarkt, voor de kwaliteit en effectiviteit van zorg, maar ook voor vermeende dehumanisering van de zorg.

Zorgverleners die al werken met ICT zijn zonder meer enthousiast. De winst van ICT-zorg schuilt in de 'grotere diepgang van het patiëntencontact, de betere dienstverlening en een ruimer inzicht bij patiënt en verpleegkundige'. Door de andere verpleegkundige presentie 'wordt de zelfredzaamheid van patiënten bevorderd en worden de grenzen van het ziekteproces beter bewaakt'. En ook heel relevant: 'de zorg wordt van 'aanbodgericht' meer patiëntgericht, immers pas geboden als er om wordt gevraagd'. In het digitale contact zijn zorgvrager en zorgverlener beter gefocust op de zorgvraag. Verpleegkundigen merken dat hun rol meer die van coach wordt (Most, 2010).

Organisatie en bekostiging van de zorg

Er is het nodige gezegd over de organisatie en bekostiging van de zorg, waarbij de integrale bekostigingssystematiek vooralsnog het voordeel van de twijfel krijgt. Wel dient te worden voorkomen dat de processen rondom de ziekten teveel aandacht krijgen en de zieke zelf wordt vergeten. Het gaat om zorg op maat, maar wel in samenhang. Dus niet (alleen) vanuit een medische insteek, maar vanuit de zorgvrager en diens wensen.

Voor integrale bekostiging is een omschrijving van interventies en activiteiten gewenst, op basis van de behoeften van de zorgvrager, in de zin van minimaal in te zetten deskundigheid cf. de functionele bekostigingssystematiek in de Zvw. De verzekeraar kan de zorgverlener met de juiste deskundigheid en expertise contracteren. Idealiter kunnen zowel de zorgvrager als huisarts (of andere zorgverlener) aangeven binnen de kaders wie de zorg moet(en) uitvoeren. Dat betekent dat zorgverleners moeten samenwerken. Zij moeten met elkaar ketenzorg leveren en elkaars deskundigheid kennen, herkennen én erkennen. Zij dienen ook flexibel te zijn als de zorgvrager een voorkeur uitspreekt voor een andere zorgverlener dan die welke voor de hand ligt.²⁰ (VWS, 2009). Samenwerken en afstemmen houdt meer vrijheid van keuzes in voor de zorgvrager en dat is een daadwerkelijke invulling van vraaggerichte zorg. Het CBOG wil dit denken in functionaliteiten stimuleren. Denken in functionaliteiten sluit aan bij de visie van het CBOG, waarbij de zorgvraag leidend is. Op basis van die vraag wordt gekeken welke kennis en kunde nodig is, zonder nog naar het huidige aanbod van zorgverleners te kijken. Deze omslag in denken biedt kansen voor de zorgvrager en voor de zorgverlener. Meer keuze voor de zorgvrager en meer perspectief voor de beroepsbeoefenaren: uitbreiding van taken, nieuwe functies en wellicht nieuwe beroepen.

Diversiteit zorgvraag en zorgvragerdus diversiteit zorgverleners

Vaak wordt gezegd dat dé patiënt niet bestaat; maatwerk is nodig, 'zorg op maat'. Dat klinkt sociaal wenselijk, de praktijk is vaak nog anders. In de eerstelijnszorg staat de huisarts centraal en hij/zij heeft een praktijkondersteuner in dienst en/of maakt (soms) gebruik van de (wijk)verpleegkundige, physician assistant of fysiotherapeut. De huisarts, praktijkondersteuner en fysiotherapeut zijn de meest bekende zorgverleners, ook voor de zorgvrager.

De zorgvrager is divers (w.o. etnisch en/of culturele diversiteit) en daarmee wordt ook de zorgvraag divers. Dat vooronderstelt een diversiteit aan zorgverleners, die elk kunnen inspelen op de verschillende vragen. Deze vragen zijn onder meer afhankelijk van de ziekte/handicap, gevolgen van en omgaan met ziekte, handicaps en beperkingen, maar ook van leefomgeving, SES kenmerken et cetera²¹.

De eerstelijnszorg is meer verbonden met maatschappelijke vraagstukken van zorg en welzijn. Zorg en ondersteuning op maat vooronderstelt acceptatie van en respect voor de visie van de zorgvrager, ook als

²⁰ Zie ook Maatschappelijke Opgaven Volksgezondheid en Gezondheidszorg, VWS, 2009, p 14.

²¹ Onderzoek onder ouderen laat zien dat de impact van beperkingen in het dagelijks functioneren op de kwaliteit van leven vier keer groter is dan de ziektesymptomen op zichzelf (Netuveli et al, 2005). Zie Oratie 'Florence voorbij? Over verplegen, passie & wetenschappelijk onderzoek', Prof. dr. Marieke Schuurmans, 31 maart 2010.

deze niet synchroon loopt met die van de zorgverlener. Maar ook een diversiteit van het aanbod, een aanbod op basis van zijn wens en behoefte.

In de interviews en discussie is diverse keren VAAM genoemd (Vraag Aanbod Analyse Monitor van het NIVEL en NPCF) als een instrument, dat inzicht biedt in de verwachte vraag naar eerstelijnsgezondheidszorg op gemeente-, wijk- of buurniveau. Dit instrument wordt continue verfijnd en uitgebreid om een bijdrage te leveren aan een passend en adequaat aanbod van eerstelijnsvoorzieningen. De zorgvraag wordt tot nu toe (ten dele) ingevuld op basis van het bestaande aanbod in plaats van andersom. Idealiter moeten zorgvrager en zorgverlener samen de zorgvraag expliciteren (en ook eventuele vragen achter de vraag dus!). Daarna komt pas een adequaat aanbod: wie kan/kunnen deze zorgvraag/-vragen het beste beantwoorden?

Het CBOG is voorstander van een verdere ontwikkeling van deze monitor (en/of andere equivalenten) gezien het vertrekpunt: uitgaan van de (diversiteit van de) vraag. Het is voorstelbaar dat een plattelandsgemeente andere zorgvragen en zorgvragers kent dan een 'Vogelaarwijk', een vinexlocatie weer andere problemen heeft dan een 'bakfietsenwijk'! Daarop moet het arsenaal aan zorgverleners lokaal worden aangepast en zo nodig worden uitgebreid; zorgverleners met de juiste competenties. Het huidige zorgaanbod in de eerstelijns wordt veelal landelijk bepaald, door de centrale planning van de capaciteit van medische en zorgopleidingen. Ook het vestigings- en uitbreidingsgedrag van eerstelijns zorgverleners zoals huisartsen en tandartsen is bepalend, niet de lokale zorgvraag. De huisarts huurt een eerstelijnspsycholoog in, heeft een (parttime) nurse practitioner of een collega huisarts in dienst. Dit wordt tot nu toe eerder ingegeven door de wens om in deeltijd te werken of taken af te stoten dan door de daadwerkelijke zorgvraag.

Nader onderzoek is gewenst om te kijken of en zo ja hoe vraag en aanbod op elkaar zijn afgestemd op lokaal niveau. Wat betekent dit voor de inrichting van de eerstelijnszorg, in het bijzonder voor de kwantiteit en kwaliteit van de diverse zorgverleners en daarmee voor de opleidingen. Een flexibel aanbod is nodig, passend bij de lokale vraag. Tegelijkertijd moet dan ook het geld volgen en de knelpunten in de financieringsstructuur zijn opgelost (Maastricht UMC+, 2008)²².

Recent is de discussienota van de RVZ verschenen 'Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening'. Hierin wordt ook de thuissituatie, de context van de zorgvrager als uitgangspunt genomen voor zorgleverantie, dat wil zeggen "de zorg respecteert de sociale context van de cliënt en zijn wens regie over het *"leven te behouden [...]"* (RVZ, april 2010). Dit sluit aan bij een uitspraak van een van de deskundigen *"leren accepteren dat de zorgvrager een andere mening kan hebben dan de zorgverlener"*. Het gaat om het accepteren en het respecteren van de visie van de zorgvrager en handelen op basis van zijn wens en behoefte, uiteraard binnen de professionele standaard.

4. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk staan zes aanbevelingen, die beroepsinhoudelijk maar vooral ook randvoorwaardelijk van aard zijn. Deze aanbevelingen kunnen succesvol worden uitgevoerd als er – tegelijkertijd – een cultuuromslag plaatsvindt. Anders gezegd, een cultuur- en gedragsverandering is voorwaarde.

De bestaande cultuur wordt gezien als een obstakel, terwijl allen wel overtuigd zijn dat deze moet veranderen. Het gaat om een andere wijze van denken en ook doen en dat is niet direct en niet alleen in concrete projecten en activiteiten te vangen. Zorgverleners zullen een andere attitude ten opzichte van zorgvragers dienen te ontwikkelen en eigen te maken. Zij kunnen het zorgproces te veranderen, mits voldoende ondersteund en gefaciliteerd door het management op de verschillende niveaus en door de overheid. De organisatie en cultuur van de zorg dienen dus mee te veranderen, anders komen de –

²² Dit geldt voor de nurse practitioners in dit onderzoek, maar geldt *mutatis mutandis* ook voor andere zorgverleners.

anders opgeleide- zorgverleners in een omgeving waar ze het geleerde niet kunnen toepassen en- erger nog, wellicht moeten afleren!

De aanbevelingen dienen dan ook om een paradigmashift in het zorg- en werkproces, zoals zorgvragers en zorgverleners dat willen, te bevorderen.

*Aanbeveling 1. Bevorder integratie van preventie, cure en care door een optimale mix van competenties bij de juiste zorgverlener(s).
Leid multi- en intersectoraal op, met disciplines op terrein van arbeid, wonen en welzijn.*

Wat? De keten van preventie, via cure naar care en welzijn komt pas daadwerkelijk tot stand wanneer professionals zich daarvoor ook de juiste competenties toe-eigenen. Te denken valt aan een pro-actieve houding, ondernemerschap in de zin van professionaliteit, transparantie en verantwoordelijkheid, om het aanbod ook daadwerkelijk af te stemmen op de vraag van de zorgvrager. Meer rekening houden met de sociale en fysieke omgeving van de zorgvrager vormt daar een onderdeel van. Deze competenties dienen in de curricula van de opleidingen te worden opgenomen en uitgewerkt in samenspraak met de zorgverleners en ook de zorgvrager. Inter-, intra-, multidisciplinair én intersectoraal opleiden (zorg, arbeid, wonen en welzijn) zal bijdragen aan het denken in ketens = starten bij de zorgvrager en diens vraag. De zorgvrager moet als ervaringskundige ook worden betrokken in het onderwijs.

Wie? (Koepels van) zorgverleners, ouderenorganisaties, onderwijs- en zorginstellingen.

Aanbeveling 2. Gebruik de bekostiging van integratie van preventie, cure en care. Monitor de effecten van integrale bekostiging. Denk in functionaliteiten = competenties en taken.

Wat? Integratie van preventie, cure en care houdt afstemming en overleg in. Communiceren is het sleutelwoord, fysiek dan wel digitaal. Dus niet uitsluitend medische handelingen, ook het zorgproces/de coördinatie moet worden bekostigd. En zorg op afstand (digizorg) moet onderdeel zijn van het zorgpakket (zie ook aanbeveling 3). Integrale ketenzorg betekent integrale bekostiging, inclusief samenwerking en overleg. CVZ beaamt dit ook in zijn advies (2009). Alle organisatorische aspecten die samenhang in de ketenzorg bewerkstelligen, maken onderdeel uit van de betreffende te verzekeren prestaties. Ketenzorg wordt bekostigd, inclusief de 'organisatorische schil' die ook deel uitmaakt van de te verzekeren prestaties Zvw.

Het CVZ stelt ook dat voor bepaalde handelingen een minimum aan bekwaamheden en bevoegdheden nodig is (functionaliteiten), maar wil het aan de betrokken zorgverleners zelf overlaten wie wat het beste kan doen (competenties). Het hoofdaannemerschap is niet gekoppeld aan een specifieke professie; voorwaarde is wel dat betrokken zorgverleners in de eerstelijns elkaar en elkaars deskundigheid kennen. Dat geldt ook voor de zorgvrager als mogelijke hoofdaannemer/regisseur. De praktijk is echter dat zorgverzekeraars toch specifieke beroepsbeoefenaren benoemen om bepaalde handelingen te verrichten. Om te kunnen evalueren of de bekostiging ook daadwerkelijk als zodanig wordt gebruikt dienen de effecten te worden gemonitord.

Wie? Verzekeraars, zorginstellingen, zorgverleners, (koepels van) zorgvragers.

Aanbeveling 3. Stel implementatie van ICT mogelijkheden (digizorg) niet langer uit. Onderzoek effecten en voorwaarden van technologische innovatie.

Wat? Daadwerkelijke implementatie van ICT in de praktijk kent verschillende belemmeringen. De inzet van communicatietechnologie met de zorgvrager wordt door hem/haar als persoonlijk en warm ervaren. Daar gaat het om en dat is de basis die moet doordringen in het handelen van de zorgverlener. "Bekend

maakt bemind” gaat hier zeker op. Zorgverleners moeten vertrouwd worden met de mogelijkheden van ICT. Digizorg moet meer worden gepropageerd bij managers. Daarnaast moeten de belemmeringen in de bekostiging en wetgeving uit de weg worden geruimd. Dat betekent meer technische ondersteuning, voldoende tijd en duidelijkheid over privacy en andere juridische regelingen. Ook is nader onderzoek nodig om de effecten te bekijken op de (de)humanisering’ gezondheidszorg door inzet van andere communicatiemiddelen. Meer in het algemeen de risico’s traceren en analyseren bij ‘zorg op afstand’, maar ook meer reclame maken voor digizorg door kwartiermakers en beslissers. Best practices verspreiden en aangeven dat digizorg lucratief, humaan en kosteneffectief is.
Wie? Overheid, zorginstellingen, verzekeraars en zorgverleners.

Aanbeveling 4. Speel flexibel in op de diversiteit van zorgvraag en zorgvrager. Entameer meer onderzoek om vraag en aanbod beter af te stemmen, in het bijzonder de VAAM.

Wat? De zorgvrager is meer divers dan voorheen: niet alleen wat betreft zijn zorgvraag, ook qua sociaal economische status en culturele achtergrond. Dit vraagt niet alleen een andere attitude van de zorgverlener, maar ook andere vaardigheden en kennis. Nieuwe competenties zijn nodig voor de individuele zorgverlener maar ook in een team (of equivalent) zal er een optimale mix qua competenties aanwezig moeten zijn. Een meer flexibele inzet van zorgverleners draagt bij aan een adequate afstemming op de zorgvraag. Daarvoor is een andere inrichting van zorgprocessen nodig. Het CVZ geeft hiervoor in de zorgstandaarden ruimte. Deze zullen verzekeraars en (de verantwoordelijken in) eerstelijnsvoorzieningen dan ook moeten benutten. Meer gebruik maken van de kritische burger/potentiële zorgvrager kan winst opleveren: voor de burger/zorgvrager zelf maar ook voor de zorgverleners. Anticipeer ook op een mogelijke zorgvraag of zoals de RVZ (2010) het formuleert: de omslag maken van ziekte en zorg (zz) naar gezondheid en gedrag (gg).
De Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM) (Nivel, NPCF) is een instrument waarmee de zorgvraag op lokaal en regionaal niveau verder kan worden geëxpliciteerd. De volgende stap is het aanbod op deze lokale/ regionale vraag af te stemmen. Gegevens uit de VAAM dienen te worden vertaald naar de juiste (optimale mix aan) competenties. Voor deze vertaalslag is meer onderzoek nodig. De roep om regionale monitoring van beroepskrachten (zowel kwalitatief en kwantitatief) wordt steeds groter. De VAAM biedt de mogelijkheid het aanbod van zorgverleners meer adequaat af te stemmen op de (heterogene) vraag.
Wie? Verzekeraars, overheid (financiering van onderzoek), eerstelijnszorg –en onderwijsinstellingen, ZonMw en CBOG.

Aanbeveling 5. Inventariseer goede voorbeelden in de eerstelijns. Kijk daarbij (ook) naar ‘nieuw aanbod’ met de focus op gezondheid.

Wat ? Tijdens de consultatieronde van het CBOG zijn diverse initiatieven uit de praktijk genoemd, die innovatief zijn en getuigen van daadkracht, zoals ‘het ketenbreed triageren’ (bijlage 3). Er zijn zeker meer goede voorbeelden op terrein van eerstelijnszorg, die navolging verdienen. Sommigen zullen direct elders kunnen worden geïmplementeerd, anderen verdienen wellicht nader onderzoek. ‘Ketenbreed triageren’ zal moeten worden onderzocht op de effecten voor de kwaliteit van zorg en met name voor de gezondheid. De innovaties moeten komen van de werkvloer, van de wetenschap en van de technologie, Daarvoor zijn wel nieuwe ordeningen nodig (RVZ,2010).
Wie? Onderzoekinstellingen, ZonMw , betrokken stakeholders en CBOG.

Aanbeveling 6. Verspreid en implementeer de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2010).

Wat ? Om samenwerking tussen zorgverleners van de verschillende eerstelijnszorg-instellingen, maar ook met welzijnsorganisaties te bevorderen, is het nodig dat men kent, inclusief ieders deskundigheid en expertise. Fysiek bij elkaar in de buurt zitten (liefst onder een dak) vergemakkelijkt dit maar overleg en afstemming kan ook online. Dat moet ook de onduidelijkheid over (het zijn van en wie?) aanspreekpunt, hoofdbehandelaarschap, inhoudelijk en/of logistieke coördinatie wegnemen. Er ligt nu een handreiking die concrete voorstellen aandraagt om een einde te maken aan deze onduidelijkheid: Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (KNMG 2010). Verspreiding en implementatie is van groot belang en dient met voorrang te gebeuren.

Wie? CBOG, zorginstellingen, beroepsorganisaties, zorgverzekeraars.

Literatuurlijst

- Angelique Dierick-van Daele (2010). *The Introduction of the Nurse Practitioner in General Practice*, Maastricht.
- Bussemaker, J. (2009). Interview in Vraag in Beeld, nieuwsbrief 3, juni 2009, pagina 11 e.v.. NPCF. Utrecht.
- Capaciteitsorgaan en CBOG (2007). *Scenario-ontwikkeling inzet NP en PA in ziekenhuizen met het oog op substitutie- en kosteneffecten*. Utrecht.
- Centraal Planbureau (2004). *Vier toekomstscenario's voor overheid en zorg*. Den Haag.
- CVZ (2009). *Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties Zvw*, Diemen.
- Gezondheidsraad (2004). *European Primary care*. Den Haag
- Grijpdonck, M.(2009). Uitspraak in: *Nieuwe ronde, nieuwe kansen*, STG/HMF Magazine 04/09 pagina 36 e.v.. Leiden.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2007). *Staat van de gezondheidszorg 2007*. Den Haag; *'Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg'*.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2009). *Staat van de Gezondheidszorg 2009*. Den Haag; *'De vrijblijvendheid voorbij; Sturen en toezicht houden op kwaliteit en veiligheid in de zorg'*.
- KNMG e.a. *'Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg'* (KNMG 2010)
- LHV en NHG (2002). *Huisartsenzorg in 2012: Medische zorg in de buurt*. Utrecht.
- LVG (2007). *Meedoen! WMO en eerstelijnszorg*. Over samenwerking tussen gemeenten en eerstelijnsorganisaties. Utrecht.
- Maastricht UMC+ , Maastricht november 2008. *Onderzoeksrapport " Nurse practitioner in de huisartsenpraktijk'*.
- Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008a). Brief met titel: *Doelstellingenbrief eerstelijnszorg*. Den Haag.
- Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008b). Brief met titel: *Programmatische aanpak van chronische ziekten*. Den Haag.
- Most van der M. (2010), *Verpleegkundigen aan zet bij ICT-zorg*, TVZ 2010, nr. 3, p 13 - 14.
- Movisie (2008). *Transparant aanbod SPV in de eerste lijn ; Modulen als bouwstenen voor de hulpverlening*. Utrecht.
- Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) (2006). *Eerstelijns voorop!*. Utrecht.
- Nivel en RIVM (2005). *Op één lijn. Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020*. Utrecht.
- NRC, 19 oktober 2009, *'80-plussers verplegen via computerscherm'*.
- Prismant (2009). *Taakverschuiving bij de medische zorg vanuit het verpleeghuis*. Utrecht. In opdracht van het Capaciteitsorgaan.
- Projectgroep VBOC (2009). *Toekomstige behoefte verpleegkundig specialisten bij somatische aandoeningen*. Utrecht.
- Putters K. (2009) *Oratie ' Besturen met duivelselastiek '*.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002). *Taakherschikking in de gezondheidszorg*. Zoetermeer.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2010). *Numerus Fixus Geneeskunde: loslaten of vasthouden (advies)*. Den Haag.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2010). *Numerus Fixus Geneeskunde; Twaalf mensen, twaalf meningen*. Den Haag.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2010). *Gezondheid 2.0*, Den Haag.

- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2010). *'Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening'*. (discussienota) (Den Haag).
- Rapport Algemene Rekenkamer, Den Haag 2009. *Zorg op afstand, een innovatie in de langdurende zorg*.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2010). *Van gezond naar beter*, VTV 2010.
- Schuurmans, M.J.(2010) Oratie *'Florence voorbij? Over verplegen, passie & wetenschappelijk onderzoek'*.
- STG/HMF (2008a). *Ruimte voor arbeidsbesparende technologie om in 2025 voldoende zorg te bieden*. Leiden.
- STG/HMF (2008b). *Nieuwe rollen voor de eerstelijns: een kwestie van regie*. Website www.stg.nl
- STG/HMF (2009). *Zicht op beter*. T. Binkhorst en J. Havers in HMF tijdschrift, 15^e jaargang, november 2009.
- STG/Health Management Forum, *'Verpleegkundigen aan zet, ICT-Zorg: Managers aan Zet'*, R. de Jong, Leiden 2010.
- TVZ (2009) 11/12, 2009, pagina 7. *'V&VN positief over functionele bekostiging'*.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal *Wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg onder ander in verband met de opnemng van de mogelijkheid van taakherschikking*, 2009 – 2010 , 32 261 , nrs. 2,3 en 4.
- Unie KBO (2009). Uit: *'Ruim baan voor de wijkverpleegkundige'*. Rede uitgesproken door bestuur Unie KBO voor staatssecretaris Bussemaker op 11 november 2009.
- VWS (2003). *De toekomstbestendige Eerstelijns*. Kamerstuk juli 2003, Den Haag
- VWS (2008). *Doelstellingenbrief eerstelijnszorg*. Brief aan de Tweede Kamer 3 juli 2008. Den Haag
- VWS (2010). Brief aan Tweede Kamer, 19 januari 2010. *Samenhang verschillende brieven toekomst (kenmerk: CZ/TSZ-2980376 curatieve zorg)* Den Haag.
- VWS (2009) *Maatschappelijke Opgaven Volksgezondheid en Gezondheidszorg*.
- Willems, C.G. (2010). *Als zorgverlener in de ouderenzorg aansluiten op de oudere van de toekomst, een verhaal apart*. In: *Gedeelde verantwoordelijkheid. Basis voor een paradigmashift in de opleidingen en de zorg voor ouderen* . Essaybundel CBOG. Utrecht.
- Zorginnovatieplatform (2009). *Advies: Zorg voor mensen, mensen voor de zorg*. Den Haag.

Overige bronnen

- CBS, <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2010/2009-k4-b15-p35-art.htm> , geraadpleegd op 29 november 2009.
- Evaluatie Zorgverzekeringswet, geraadpleegd op 4 december 2009: http://www.regering.nl/Actueel/Persberichten_ministerraad/2009/december/04/Eerste_evaluatie_Zorgverzekeringswet
- Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH), <http://www.linh.nl/>, geraadpleegd op 12 april 2010.
- Nationale Atlas Volksgezondheid, geraadpleegd op 24 december 2009: http://www.rivm.nl/vtv/object_map/o2421n38850.html

Bijlage 1 Vraagstellingen in interviews

Vraagstellingen (vanuit perspectief beroepen en opleidingen):

1. Hoe wordt het concrete aanbod eerstelijns gezondheidszorg op dit moment bepaald en komt dit voldoende tegemoet aan de diversiteit van de zorgvragers en zorgvraag? Wat loopt goed, wat zou anders moeten in de eerstelijnszorg anno 2020?

Subvragen:

- Het zorgaanbod wordt nu vooral gestuurd door nationale besluiten en de planning van opleidingscapaciteit geschiedt landelijk: wat betekent dit voor de lokale en heterogene praktijk?
 - Omgekeerd, is de lokale vraag zo divers dat dit leidt tot een lokaal divers aanbod met verschillende competenties? Zo ja, kan dit lokale en heterogene aanbod worden vertaald naar landelijke generieke competenties en opleidingen?
 - Er wordt nog veelal binnen monodisciplinaire kaders gewerkt c.q. daar vindt besluitvorming plaats. Hoe kan de samenwerking en communicatie worden verbeterd en wat is daarvoor nodig?
2. Wat betekent de huidige financieringssystematiek voor de samenwerking en afstemming van verschillende professionals in de eerstelijnszorg? Wat zijn obstakels en knelpunten en wat is er nodig om deze weg te nemen?

Subvragen:

- Welke impact heeft de door VWS voorgenomen functionele bekostiging op de vrije keuze van zorgverleners resp. op de kwaliteit van de professionals (deskundigheidsniveau en competenties)
- Welke consequenties heeft de overheveling van taken van bv. de AWBZ naar de ZVW voor de betreffende zorgverleners in de eerstelijnszorg?
- Welke andere factoren kunnen een optimale aanbodmix in de eerstelijnszorg in de weg staan? Gaat het alleen om financiële en organisatorische factoren of zijn er ook andere factoren zoals cultuurverschillen, beroepsidentiteit e.d.

Bijlage 2

Hieronder volgen de reacties op zelfmanagement, samenwerking in de ketenzorg en ICTgebruik /e-health, zoals deze zijn verwoord tijdens de discussiebijeenkomst op 1 maart 2010.

Zelfmanagement

Bij zelfmanagement gaat het om 'de (chronisch) zieke die in de eigen omgeving zelf (een deel van) de behandeling van de ziekte overneemt' (CVZ 2009). Deze omschrijving is de start van de discussie.

- Zelfmanagement kan worden bekeken vanuit de zorgvrager en vanuit de behandelaar. Wanneer deze vanuit de zorgvrager bekeken wordt, gaat het om meer dan alleen behandeling en betreft dit niet alleen de zorgvrager, maar ook de omgeving van de zorgvrager (hele cliëntsysteem). Het perspectief is bepalend voor de verwachtingen van zorgvrager en zorgverlener.
- Zelfmanagement heeft effect op de zorgverlener: deze moet (willen) investeren in de patiënt (tijd en inspanning). De patiënt moet ook aan het idee wennen. De te maken afspraken zijn vrijwel altijd maatwerk. Deze investeringen (door zorgverlener) zijn niet direct zichtbaar: het is een lange termijn investering.
- 'We moeten ons niet rijk rekenen wat betreft besparing menskracht, ook al zijn patiënten volgens de zorgstandaard medebehandelaars. Regie voor de patiënt via zelfmanagement kan hooguit capaciteitsneutraal'. Capaciteitswinst is wellicht mogelijk middels taakherschikking. Ook coaching en begeleiding van patiënt kan winst opleveren; dit hoeft niet altijd één op één, het kan ook in groepen gebeuren.
- Zelfmanagement gaat niet werken als de patiënt niet vanaf het begin wordt meegenomen c.q. een centrale rol krijgt. Patiëntenorganisaties kunnen en moeten een cruciale rol vervullen. De zorgvrager moet als ervaringskundige ook worden betrokken in het onderwijs.
- Het optreden als coach vergt heel andere vaardigheden en vraagt met name van de zittende beroepsgroep een omslag in denken en doen.
- Ook in het kader van communicatie zijn aanvullende competenties nodig.
- Een houding van 'nieuwsgierigheid' en 'bij willen blijven'.
- Kunnen inschatten of iemand zijn rol in zelfmanagement aan kan en of anders het cliëntsysteem daar een rol in kan spelen. Cultuur en vaardigheden spelen beiden een rol.²³
- Bevorderen van zelfmedicatie bij zorgvragers betekent dat zij moeten worden geschoold en dat vergt andere vaardigheden van de zorgverlener. ICT kan een faciliterende rol spelen.
- Bij kwaliteit van leven hoort ook kwaliteit van sterven. Inrichting van het onderwijs en bijbehorende vakdidactiek moet beter aansluiten bij de werkomgeving van de zorgverlener om te voorkomen dat er steeds meer congruentie ontstaat tussen opleiding en praktijk. Anders gezegd, beginnen bij de opleidingen en sluit aan bij de praktijk en niet andersom.
- "Leren accepteren dat de patiënt een andere mening kan hebben dan de zorgverlener".

Kanttekeningen:

- Tegemoetkoming van de kosten voor overleg? ("*praten wordt niet gehonoreerd*")
- Ondersteuning in de praktijk voor rol als coach → sturing van het management in de organisatie
- Welke risico's zijn er voor de zorgverlener als patiënt zijn rol als regisseur niet waar kan maken.

²³ Het voorbeeld van de nieuwe Nederlander wordt genoemd: zij hebben hun eigen systeem om te ondersteunen als het gaat om huishoudelijke en eenvoudige verzorgende taken. Wat betreft behandelingen zijn zij afwachtend, ook door onwetendheid.

Samenwerking in de ketenzorg

Ketenzorg is het verbinden van zorgverleners ten behoeve van zorg aan de patiënt. Naadloze samenwerking is een premisse voor ketenzorg: intra- en interdisciplinair. Deze omschrijving is de start van de discussie.

- Verschil tussen complexe zorg door generalisten met integrale blik versus serie 'kleine' eenvoudige handelingen door diverse functionarissen; dit laatste vergt met name veel afstemming. Bij complexe zorg is de coördinatiefunctie van essentieel belang.
- Bij het vervullen van de coördinatie -/ regiefunctie zijn overlegvaardigheden van belang en ook het weten en kunnen verwijzen. Hier hoort onder meer bij: elkaar kennen en elkaars deskundigheid en inbreng op waarde kunnen schatten, te beginnen in de opleidingen .
- In een thuiszorgorganisatie van een van de deelnemers wordt op dit moment ketenbreed getriageerd door praktijkassistentes, ook op terrein van zorg en welzijn (*zie bijlage 2*). De discussie gaat vervolgens over het niveau van de triagist , dat zegt iets over inzet van de professional en wat je niet weet, weet je niet en kun je dus niet gebruiken! De vraag is dan of een praktijkassistente voldoende weet, kan en mag. Het gaat veelal om geprotocolleerde zorg en dat kan een MBO professional ook doen. De meningen zijn verdeeld daarover, ook over de vraag hoe je een en ander borgt. Het ketenbreed triageren is wel een innovatie die navolging verdient na onderzoek, aldus de deelnemers. De huisarts is dan ook niet per meer definitie de toegangspoort.
- Geopperd wordt dat we af moeten van de term huisartsenzorg of - voorziening, het gaat om veel meer zorgverleners in de eerstelijns, waarvan de huisarts er een is. Paramedische zorg is bv. ook basisvoorziening.
- Het 'monodisciplinair denken' wat nog veel zorgverleners hebben, lijkt haaks te staan op principes in de ketenzorg; gevaar is dat er op deze wijze meer monodisciplines in verticale lijn ontstaan. Generalisten zijn nodig, die multifunctioneel inzetbaar zijn.
- Een andere kwestie is het 'hoofdaannemerschap' in de keten en door wie. Op zijn minst moeten zorgverleners van anderen weten wat zij doen. Ketenzorg vergt overlegtijd en dat dient ook te worden bekostigd. Bij het aannemerschap is de vraag ook welke rol de patiënt hierbij speelt.
- Inhoudelijk en financieel aannemerschap dienen gescheiden te worden. Het zijn aparte functies. Zie hiervoor concrete handvatten in de Handreiking (KNMG e.a. 2010). Bij samenwerking hoort een eenduidige verantwoordelijkheidsverdeling en daar hoort ook het onderdeel aansprakelijkheid bij.
- Een idee is om Persoonsgebonden Budgetten (PGB's) toe te passen in de eerstelijns om zo het initiatief bij de patiënt te laten liggen. Anders gezegd regie bij de patiënt betekent ook zelf beslissen over geld, geld moet volgend zijn.
- Bij samenwerking hoort ook een attitude om te *willen* samenwerken en open te staan voor andere zorgverleners maar ook voor de patiënt in het kader van zelfmanagement.
- Multidisciplinair opleiden kan een hulpmiddel zijn. Het gaat om inter-, intra- en multidisciplinair opleiden om 'samenwerking' te leren. Nu nog worden de diverse zorgverleners heel verschillend opgeleid. bv. artsen leren om solistisch te werken, mede in kader van het vrije ondernemerschap, al is dat steeds minder aan de orde. Maar het gaat ook in toenemende mate om multi- en intersectoraal opleiden, dus ook met disciplines op terrein van arbeid, wonen en welzijn.

- Als de patiënt daadwerkelijk het vertrekpunt is en centraal staat, volgt ketenzorg vanzelf. Wel zullen er andere ketens ontstaan, die het hele continuüm betreffen: preventie – cure - care (inclusief welzijn en wonen).
- In de gezondheidszorg moeten (financiële) prikkels meer gericht worden op vertrouwen i.p.v. wantrouwen; vertrouwen weer terug en elkaar zaken gunnen.
- Er kunnen andere organisatievormen nodig zijn om de veranderende verhoudingen tussen zorgverleners en management tegemoet te komen. Tot hoever moet schaalvergroting gaan, gezien alle fusies en andere 'autonome groeistruipen'. Om te voorkomen dat er een kloof ontstaat resp. deze groter wordt tussen zorgverleners en management moet goed gekeken worden naar optimale organisatievormen²⁴.
- Grote organisatie maakt niet uit, als er maar kleinschalig en bewonersgericht wordt gewerkt.
- Niet al te moeilijk doen over samenwerken; de zorgvrager merkt daar niet veel van c.q. moet en mag daar niet al te veel van merken: het gaat erom of hij tevreden is.
- In de eerstelijnszorg bestaat een informele hiërarchie en dat is complicerend. Wie is poortwachter, wie heeft de regie?
- Niet teveel op papier willen vastleggen ('papier is geduldig') het gaat in de praktijk toch om het uitoefenen van een ambacht: je vak verstaan, leren in een meester-leerling verhouding.
- In plaats van zorgzwaartepakketten (ZZP) als vertrekpunt moet het zorgleefplan²⁵ de basis zijn voor de ZZP's. Voor verzorgenden is dat belangrijk; zij zullen moeten worden geschoold om invulling te geven aan dit zorgleefplan.

ICT/e-health

Er worden drie vormen van technologie onderscheiden, als start voor de discussie. Technologie ter ondersteuning van patiënt (hulpmiddelen, zelfdiagnostiek etc.) (1), technologie ter ondersteuning van zorgverlener (tilhulpmiddelen, droog wassen etc.) (2) en technologie ter ondersteuning van proceskant (EPD, logistieke steun, alarmering etc.) (3).

- Er is veel overlap met zelfmanagement en met (de wijze van) samenwerking, waarbij ICT gebruik/e-health ook is genoemd om zelfmanagement en de samenwerking met de zorgverleners en tussen zorgverleners onderling daadwerkelijk 'handen en voeten te geven'.
- Het RVZ advies 'Gezondheid 2.0 (interactief gebruik van internet) verwacht een pro- en interactieve aanpak door patiënt, zodat hij ook zelf de regie (mede) kan voeren en houden.
- Bij professionals moet het besef komen dat deze ontwikkeling door gaat en niet terug gaat (beyond the point of no return) én dat communicatie via ICT niet ondergeschikt is aan face-to-face contact, maar anders is!
- Ook moeten zorgverleners leren omgaan met 2.0. Privé gebeurt dit al veel en nemen studenten het ook mee naar stage/werkomgevingen. Daar is nogal snel het antwoord, dat 'zij het hier anders doen'. Hiervoor is een voortrekkersrol voor (beroeps-)verenigingen weggelegd: door zelf ook 'nieuwe' interactieve media te gebruiken. Tevens kan 'nieuwsgierigheid' t.a.v. 2.0 worden bevorderd.

²⁴ Hier doet onder meer ZonMw onderzoek naar (Onderzoeksprogramma: Op één lijn).

²⁵ Voor de cliënt is de kwaliteit van leven het belangrijkste. Dit wordt in het zorgleefplan beschreven met 4 aandachtsgebieden:

- Lichamelijk welbevinden
- Woon- en leefomstandigheden
- Participatie / deelname
- Mentaal welbevinden

Bron: Sting, landelijke beroepsvereniging verzorging & zorgprojecten.

- Het opleiden gebeurt nu heel 'handelingsgericht', waarbij zorgverleners wordt aangeleerd om bepaalde stappen te doorlopen ten einde de patiënt ergens mee te helpen. De attitude moet anders zijn: meer resultaatgericht middels andere processen: aan- én afleren.
- Het gebruik van gezondheid 2.0 vraagt een wezenlijk andere insteek: namelijk patiënt motiveren om het e.e.a. zelf op te zoeken en er ook zelf mee aan de slag te gaan. Patiënt moet dus gestimuleerd worden om (ICT-)technologie te gebruiken. Vraag is wel hoever daarin gaan: suggereren, sturen, verplichten...
- De professional moet andere kennis overdragen naar de patiënt en dat vereist ook een andere vaardigheid. De over te dragen informatie moet professional op waarde weten te schatten. Daarnaast moet hij kunnen inschatten of de patiënt er iets mee kan; informatie omzetten naar kennis en deze delen.
- De professional moet de patiënt (leren) vertrouwen teneinde los te laten . Mate van los laten wordt vooral bepaald door maatwerk: in hoeverre kan iets worden overgelaten aan de patiënt. Hierover moet de dialoog met de patiënt worden aangegaan: het niveau van de zorgvragen inschatten respectievelijk de juistheid van de informatie van internet (bv. bij telemedicine).

Kanttekeningen:

- Suggestie wordt gedaan om onderzoek te laten doen naar de (op het eerste gezicht: schijnbare) 'dehumanisering' gezondheidszorg door inzet andere communicatiemiddelen.
- Risico wordt gesignaleerd, dat je bij 'zorg op afstand' niet alle zintuigen kunt gebruiken²⁶.

²⁶ Voorbeeld van een 'stinkende' wond. Deze kan er 'mooi' uit zien, maar toch niet goed zijn.....

Bijlage 3

“Waar ketenbreed triageren al huidige praktijk is”

Achtergrond:

Triage wordt al bij veel huisartspraktijken ingevoerd. Echter, dit gebeurt veelal monodisciplinair. Kennis van de eigen praktijk vraagt al om de nodige kennis en vaardigheden, maar triageren ten behoeve van andere disciplines vraagt een veel bredere blikveld van doktersassistenten. Zij dienen hiervoor opgeleid te worden. Niettemin scheelt het de hoger opgeleide eerstelijns professionals substantieel veel tijd waardoor zij meer tijd hebben voor complexe vragen. Er is geen onderzoek bekend over het effect van breed triageren.

Resultaat:

Er is in het Eerstelijns Huisartsen Centrum een uniforme ketenbrede Triage geïntroduceerd die uitgevoerd wordt door de doktersassistenten. Centrale Triage zorgt voor behandeling van de klachten op de juiste tijd door de juiste zorgverlener, waarbij voldoende tijd is ingepland. Het verbetert de kwaliteit van de zorg. Dit alles verloopt via de meest actuele richtlijnen van de NHG en waar aanwezig overige ketenpartners.

- * Verbeteren kwaliteit van zorg: kwaliteit voor de klant door vermindering belasting voor patiënten (hoeven maar éénmaal hun verhaal te doen)
- * voorkómen van dubbel onderzoek en dubbele informatieverstrekking
- * Reduceren van overheadkosten; patiënt wordt sneller doorgeleid naar de juiste professional
- * Voorkomen van onnodige patiëntcontacten door hoog opgeleide professionals. Daar waar door goede protocollering een doktersassistent, praktijkondersteuner of nurse practitioner het werk van de huisarts en paramedici kan overnemen.
- * Versnellen van het zorgproces door snellere communicatie.

Financiering

De financiering is gebaseerd op huisartsenfinanciering. Keten betaalt de huisartsen uit eigen middelen voor de diensten van de assistentes.

Betrokken partijen:

Huisartsen, POH, NP, Fysiotherapie, Diëtisten, Thuiszorg, CAD, GGZ, Maatschappelijk werk, Apotheek (andere rol, maar wel betrokken), gemeente (sinds kort). Sinds kort is ook de WMO consultatie functie gekoppeld aan de Triage functie. Medewerkers worden opgeleid door de gemeente.

Bron: A. Hamming

Centrum Huisartsen Schiedam

's-Gravelandseweg 792 te Schiedam.

Bijlage 4

Geïnterviewden

Instelling

ROS (Midden-Nederland)
LVG
Nederlands Paramedisch Instituut
Sting
Sting
V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen
GGZ Delfland
V&VN- SPV- Werkgroep 1e lijn
European forum for primary care
NHG
NPCF
KNOV
KNOV
Agis Zorgverzekeraar
CVZ
CVZ

Naam

mevrouw A. Kusters
mevrouw L. van Amsterdam
mevrouw R. Wams, directeur
mevrouw M. de Been, afdelingsmanager
mevrouw C. Woudhuizen, directeur
mevrouw R.vanTroost, voorzitter en dhr. H. Sibbing
de heer P.Teeuwen, psycholoog
de heer F. Verberk
de heer D. Aarendonk en dhr. P. Groenewegen
de heer R. Helsloot
de heer F. Vogelzang
de heer J. Becker Hoff
de heer G. Gerarts
de heer Dr. P. van Dijk
de heer C. Mastenbroek
mevrouw F. van der Meer

Aanwezigen discussiebijeenkomst 1 maart 2010

LVG
Nederlands Paramedisch Instituut
STING
V&VN,afd. Eerstelijnsverpleegkundigen
NHG
KNOV
NIVEL
CG Raad
RVZ
RVZ
Ariane Hamming
VenVN
NVDA Scholing en kaderonderst.
ZonMW
LHV
Regieraad voor de kwaliteit
CBOG
CBOG
CBOG

mevrouw L. van Amsterdam
mevrouw R. Wams, directeur
mevrouw C. Woudhuizen, directeur
mevrouw R. van Troost, voorzitter
mevrouw C. Festen
mevrouw F. Cadee
de heer R. Batenburg
mevrouw H.M.E. Cliteur
mevrouw A. Rijkschroeff
de heer J. Kasdorp
mevrouw A. Hamming
de heer H. Sibbing
de heer E. de Zoete
mevrouw Bea Blom, MSc
de heer Van den Hombergh
de heer Chiel Bos (voorzitter discussiebijeenkomst)
Olivia Butterman
Lidy Vlaskamp
Patricia Huijbregts

Het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) bevordert een optimale personele bezetting in de gezondheidszorg (kwalitatief en kwantitatief) in samenwerking met het veld en als intermediair tussen veld en overheid. Het CBOG heeft een signalerende functie ten aanzien van knelpunten en noodzakelijke innovatie in de structuur van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg, vanuit patiëntenperspectief. Het CBOG stelt adviezen op voor de overheid en het veld waarin ook betaalbaarheid, doelmatigheid en toegankelijkheid van de zorg worden betrokken.

Het CBOG is op 20 juli 2006 door V&VN, KNMG, GGZ-Nederland, NFU en NVZ-STZ in het leven geroepen. De oprichtende organisaties zien in het CBOG een belangrijk instrument om vraag naar en aanbod van zorg beter op elkaar af te stemmen en daarmee de gezondheidszorg beter en efficiënter te maken.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit werk mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het CBOG.

Publicatie van cijfers en/of tekst uit dit werk als toelichting of ondersteuning bij wetenschappelijke artikelen, boeken of scripties, is toegestaan mits daarbij geen sprake is van commerciële doeleinden en voor zover de bron duidelijk wordt vermeld.

Uitgever

College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg
Koningin Wilhelminalaan 3, 3527 LA Utrecht
Telefoon 030 – 29 85 280
Fax 030 – 29 85 281
E-mail info@cbog.nl
www.cbog.nl



College voor de
Beroepen en Opleidingen
in de Gezondheidszorg