

INNOVEREN

EEN PROCESMATIGE BENADERING

dr. R.A.M. van der Peet
CBOG
Utrecht
november 2011

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Managementsamenvatting	5
1 Introductie	8
1.1 Plan van aanpak capaciteit zorgverleners	8
1.1.1 Uitbreiding van capaciteit beroepsbeoefenaren.....	8
1.1.2 Differentiatie binnen de opleidingen	10
1.1.3 Taakherschikking tussen de beroepen	12
1.2 De zorg van morgen.....	13
1.3 College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg	18
2 Innovatieprojecten CBOG I	20
2.1 De medische opleidingen	20
2.1.1 Modernisering Medische Opleidingen (MMV).....	20
2.1.2 Project Vaart in Innovatie Vervolgopleidingen (InVivo)	21
2.1.3 Terugblik	22
2.2 De verpleegkundige beroepsgroep	24
2.2.1 Implementatie Verpleegkundig Specialist (VBOC-VS)	24
2.2.2 Implementatie Verpleegkundige Vervolgopleidingen (VBOC-VVO).....	26
3 De verbetercyclus	29
3.1 Eerstelijnszorg	31
3.2 Publieke gezondheidszorg.....	33
3.3 Ouderenzorg.....	36
4 Innovatieprojecten CBOG II	40
4.1 Platform voor Beroepen en Opleidingen in de Ouderenzorg (BOO).....	41
4.2 Interdisciplinair samenwerken in de ouderenzorg.....	43
4.3 Goede voorbeelden van zorgvraaggerichte ouderenzorg.....	45
4.4 Interdisciplinair scholen	49
4.5 De ziekenhuisarts	51
4.6 De Geneeskundig Specialist van Straks	52
5 Gedachten en overwegingen voor de toekomst.....	55
5.1 Innovatieprojecten CBOG I: opleiden en taakherschikken	56
5.2 Innovatieprojecten CBOG II: de gezondheidszorg van de toekomst.....	58

Voorwoord

In *'Innoveren, een procesmatige benadering'* wordt verslag gedaan van de activiteiten die het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) op het gebied van innoveren heeft ontplooid. Deze activiteiten hebben met elkaar gemeen dat ze allemaal voortvloeien uit de opdracht van het CBOG, namelijk het bevorderen van een optimale personele bezetting in de gezondheidszorg, zowel kwantitatief als kwalitatief, in samenwerking met het veld en als intermediair tussen veld en overheid.

Innoveren is hot. Zo hot zelfs, dat het lijkt alsof innoveren een doel op zich is. Dit doet echter onvoldoende recht aan de werkelijkheid. Behalve een doel is innoveren voornamelijk een middel, bijvoorbeeld om te vernieuwen wat verouderd is of om te moderniseren wat niet meer van deze tijd is. In het geval van het CBOG gaat het dan vooral om het vernieuwen of moderniseren van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg.

In dit rapport definiëren we innoveren als 'het introduceren van vernieuwingen of modernisering die nuttig zijn'¹. In de context van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg kunnen innovaties nuttig zijn omdat ze bijvoorbeeld de toegankelijkheid, de kwaliteit of de betaalbaarheid van de zorg ten goede komen. Niet alle innovaties zijn succesvol. Dit is inherent aan innoveren, omdat iets vernieuwen of moderniseren altijd risico's met zich meebrengt. We kunnen de kans op succesvol innoveren echter aanzienlijk verhogen door op gezette tijden stil te staan bij de fasen die in elke innovatiecyclus te onderscheiden zijn, te weten: ideegeneratie, ideeselectie, implementatie, diffusie en lessen trekken.

Deze fasen vormen de schakels van een keten en net als voor andere ketens geldt ook hier: de kracht van de keten is gelijk aan de kracht van de zwakste schakel. Vernieuwingen en modernisering maken daarom pas kans slagen, indien elke fase succesvol verloopt. Vanuit deze procesmatige benadering van innoveren biedt dit rapport meer dan alleen een catalogus van de innovatieprojecten die sinds juli 2006 door het CBOG uitgevoerd zijn.

De hoofdstukken 1 tot en met 4 geven chronologisch weer hoe de innovatietaak van het CBOG zich door de jaren heen heeft ontwikkeld. De hoofdstukken 1 en 2 zijn gewijd aan de innovatieprojecten rond opleiden en taakherschikken (2006-2008) en de hoofdstukken 3 en 4 aan de innovatieprojecten over de implicaties van nieuwe zorgvragen, speciaal in de ouderenzorg, voor beroepen en opleidingen (2008-2011). Op basis van dit chronologisch overzicht worden in hoofdstuk 5 enkele gedachten en overwegingen uitgewerkt voor de toekomst van de innovatie van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg.

Niet alle projecten die het CBOG heeft uitgevoerd, deels als vervolg van de MOBG-projecten en deels op eigen initiatief, komen in het chronologisch overzicht aan bod. Voor de volledigheid zijn alle innovatieprojecten in de bijlage van dit rapport op een rijtje gezet. Deze projecten zijn vrijwel altijd uitgevoerd in nauwe samenwerking met veldpartijen. Nog meer aanvullende informatie is te vinden

¹ Huizingh, e. (2008) *Innovatie: succes is geen toeval*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.

op de cd-rom die als bijlage van dit rapport verschijnt. Op deze cd-rom staan de producten van alle projecten.

Al met al geeft het voorliggende rapport plus de cd-rom de lezer dus niet alleen een inkijkje in de korte bestaansgeschiedenis van de CBOG, maar kan het tevens dienst doen als overdrachtdossier bij de beoogde transitie van de innovatietaak van het CBOG naar een andere organisatie.

Managementsamenvatting

In *'Innoveren, een procesmatige benadering'* wordt verslag gedaan van de innovatieprojecten die het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) in de afgelopen jaren heeft uitgevoerd op het terrein van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg. Deze innovatieprojecten hebben met elkaar gemeen dat ze voortvloeien uit de opdracht van het CBOG, namelijk het bevorderen van een optimale personele bezetting in de gezondheidszorg, zowel kwantitatief als kwalitatief, in samenwerking met het veld en als intermediair tussen veld en overheid.

Onder weglating van incidentele of op ad hoc-basis uitgevoerde projecten zijn in de korte geschiedenis van het CBOG, wat innoveren betreft, twee perioden te onderscheiden. De eerste periode (2006-2008) stond vooral in het teken van opleidingen (modernisering van de medische opleidingen) en beroepen (taakherschikking). In de tweede periode (2008-heden) was de innovatie vooral gericht op een betere afstemming van het zorgaanbod (via beroepen en opleidingen) op de veranderende zorgvraag, met name in de ouderenzorg.

Opleiden en taakherschikken (hoofdstuk 1 en 2)

De eerste stap naar succesvol innoveren bestaat uit het systematisch monitoren van prikkels en aanleidingen om te innoveren (bijvoorbeeld onverwachte gebeurtenissen, ongerijmdheden, veranderingen in de markt, demografische veranderingen, etc.). Wanneer deze aanleidingen om te innoveren ook nog eens door uiteenlopende partijen (ambtelijke werkgroepen, veldpartijen, adviescolleges, etc.) onder de aandacht worden gebracht, dan is dat zeer bevorderlijk voor het creëren van het maatschappelijk draagvlak dat voor innovatie nodig is. Dit was wat gebeurde in de aanloop naar de innovatieprojecten rond opleiden en taakherschikking. De wachtlijstenproblematiek ten tijde van de laatste eeuwwisseling was voor diverse partijen aanleiding tot het genereren van tal van innovatieve ideeën (zie hoofdstuk 1.1).

Het genereren van bruikbare, innovatieve ideeën nam, in retrospectie, twee tot drie jaren in beslag, maar toen lagen er zo veel ideeën op tafel dat de tijd rijp was voor de volgende fase van het innovatieproces: de ideeënselectie. Uit alle innovatieve ideeën over de toekomstige beroepskrachtenvoorziening in de gezondheidszorg werd door de commissie Le Grand een selectie gemaakt in het rapport *'De zorg van morgen'* (zie hoofdstuk 1.2).

Een en ander resulteerde in de instelling van de Stuurgroep MOBG die de basis legde voor het CBOG (zie hoofdstuk 1.3).

Hoewel het CBOG zelf niet bij de ideegeneratie en ideeselectie betrokken is geweest, was het CBOG wel de organisatie die met de door anderen gegenereerde en door de Stuurgroep MOBG geselecteerde ideeën aan de slag ging. Dit laatste gebeurde in de innovatieprojecten die tussen 2006 en 2008 zijn uitgevoerd (zie hoofdstuk 2). In de beginjaren van het CBOG (2006-2008) werd de implementatie van de aanbevelingen uit toonaangevende rapporten, in gang gezet door de Stuurgroep MOBG, afgerond. Dankzij de meerjarenvisie op de innovatie van beroepen en opleidingen, dankzij de gedegen en gedetailleerde uitwerking van de aanbevelingen waarvoor reeds draagvlak bestond en dankzij de nauwe samenwerking met de opleidingen en beroepsgroepen is het CBOG een essentiële schakel gebleken bij het implementeren van de aanbevelingen uit *'De zorg van morgen'*.

Aan het einde van de implementatiefase zijn innovatieve ideeën gereed voor introductie op grotere schaal (diffusie). Op dit punt namen andere partijen het over. Denk bijvoorbeeld aan het wetgevingstraject rond de zelfstandige bevoegdheid van verpleegkundig specialisten en physician assistants, waarbij KNMG en V&VN het voortouw namen.

Terugblikkend kunnen we concluderen dat het CBOG een beperkt, maar wel essentieel, onderdeel van de benoemde innovatiecyclus - de implementatiefase - voor zijn rekening heeft genomen.

Afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag (hoofdstuk 3 en 4)

De tweede innovatiecyclus verliep anders dan de eerste innovatiecyclus die het CBOG heeft doorgemaakt. Aan de hand van een zelf ontwikkelde verbetercyclus werden door het CBOG drie sectoren van de gezondheidszorg verkend, waarin significante veranderingen in de zorgvraag en dus ook in het zorgaanbod werden verwacht: de eerstelijnszorg, de publieke gezondheidszorg en de ouderenzorg. In termen van innoveren stond in deze periode (2008-2009) het genereren van innovatieve ideeën voor beroepen en opleidingen in drie sectoren van de gezondheidszorg centraal (zie hoofdstuk 3).

Vervolgens werd ervoor gekozen om in 2010 en 2011 te focussen op de ouderenzorg met als centraal thema: de groeiende en veranderende zorgvraag zal andere eisen stellen aan beroepen en opleidingen in de ouderenzorg (zie hoofdstuk 4). In termen van innoveren was hiermee de selectie gemaakt. Restte de vraag welke innovatieve ideeën in aanmerking kwamen om te worden geïmplementeerd. Vanuit de verwachting dat de ouderenzorg van de toekomst een andere manier van denken, van werken en dus ook van opleiden vereist, zijn diverse projecten gestart. Deze projecten worden in hoofdstuk 4 beschreven. Echter, nog voordat deze projecten waren afgerond, viel de beslissing om voor de innovatietaak op het terrein van beroepen en opleidingen een ander onderkomen te zoeken.

Dit laat onverlet dat de zowel kwantitatief als kwalitatief veranderende zorgvraag in de ouderenzorg dusdanige gevolgen heeft voor beroepen en opleidingen dat die andere organisatie er verstandig aan doet om op de ingeslagen weg voort te gaan. Analoog aan de eerste innovatiecyclus van het CBOG kunnen we vaststellen dat er door partijen veel innovatieve ideeën gegenereerd zijn en misschien is het tijd voor een nieuwe 'commissie Le Grand'. Deze commissie zou als opdracht moeten krijgen: het selecteren van ideeën die in samenhang en met voorrang in aanmerking komen voor implementatie.

Gedachten en overwegingen voor de toekomst (Hoofdstuk 5)

De chronologische beschrijving in dit rapport onderstreept nog eens - niet verwonderlijk bij een evolutionair proces - dat innoveren van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg een proces van vele jaren is. In dit proces zouden we simplificerend op een abstract niveau de volgende fasen kunnen onderscheiden:

1. ideegeneratie:

het verzamelen van zo veel mogelijk ideeën die zouden kunnen leiden tot nieuwe producten, diensten of processen;

2. ideeselectie:

het kiezen van de ideeën die zo kansrijk worden geacht dat de organisatie bereid is te investeren in de ontwikkeling hiervan;

3. *implementatie:*

het omzetten van een idee in een product, dienst of proces. Deze fase omvat onder meer het ontwerpen en testen van (een prototype van) de innovatie;

4. *diffusie:*

in deze fase van verspreiding wordt het product of de dienst op de markt gebracht of wordt het proces op grote schaal in de organisatie ingevoerd;

5. *lessen trekken:*

doelbewust nagaan welke lessen uit de voorgaande fasen te trekken zijn voor toekomstige innovatieprocessen.

Deze fasering van het innovatieproces is natuurlijk een enigszins kunstmatige constructie van de werkelijkheid met - vanuit de optiek van de 'beleidsmaker' - veel loops, terugvalmomenten en bijstellingen. Desondanks zijn de geschetste fasen een handzaam hulpmiddel, zowel vooraf als achteraf om innovatieprocessen aan te sturen of te evalueren. Vernieuwingen en modernisering hebben vaak meer kans van slagen, indien elke fase succesvol verloopt.

Tot slot

Niet alle projecten die het CBOG heeft uitgevoerd komen in dit chronologisch overzicht aan bod. Voor de volledigheid zijn alle innovatieprojecten in bijlage 1 van dit rapport op een rijtje gezet. Deze projecten zijn vrijwel altijd uitgevoerd in nauwe samenwerking met veldpartijen. In bijlage 2 worden deze netwerken van samenwerkingspartners per project beschreven.

1 Introductie

Rond de afgelopen eeuwwisseling werd de gezondheidszorg geconfronteerd met lange wachtlijsten die veel maatschappelijke onrust veroorzaakten. De wachtlijstproblematiek werd gezien als een directe bedreiging voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. De breed gedeelde diagnose luidde dat het zorgaanbod, als gevolg van de budgettering in de gezondheidszorg, de groei van de zorgvraag niet had kunnen bijhouden. Dit voorspelde niet veel goeds voor de toekomst wanneer de zorgvraag, als gevolg van de vergrijzing en de toename van de medische mogelijkheden, nog harder zou gaan groeien.

Wilde men serieus werk maken van het terugdringen van de wachtlijsten dan was een toereikend aanbod van beroepsbeoefenaren (en dus ook van opleidingsplaatsen) van cruciaal belang. Tijdens het Algemeen Overleg over het Capaciteitsplan 2001, opgesteld door het in 1999 opgerichte Capaciteitsorgaan, kondigde de toenmalige minister van VWS, mevrouw Borst-Eilers, aan dat de Tweede Kamer een plan van aanpak voor de beroepskrachtenvoorziening in de gezondheidszorg tegemoet kon zien.

1.1 Plan van aanpak capaciteit zorgverleners

In hoofdlijnen kwam het door minister Borst uitgebrachte '*Plan van aanpak capaciteit zorgverleners*'² op het volgende neer. Voorop stond: zoveel opleiden als mogelijk was, waarbij gestreefd werd naar een duurzame afstemming van vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. In aanvulling op deze kwantitatieve benadering gaf de minister ook aan welke kwalitatieve veranderingen tot een verruiming van het zorgaanbod moesten leiden, te weten: (1) aanpassingen in de opleidingen tot arts, tandarts en specialist en (2) het inschakelen van andere beroepen die voor een deel taken van (tand)artsen en (tand)artsspecialisten konden overnemen. Bij de uitbreiding van het aanbod aan beroepsbeoefenaren ging het dus om drie speerpunten:

1. uitbreiding van capaciteit beroepsbeoefenaren (zie 1.1.1);
2. differentiatie binnen de opleidingen (zie 1.1.2);
3. taakherschikking tussen de beroepen (zie 1.1.3).

1.1.1 Uitbreiding van capaciteit beroepsbeoefenaren

Met het eerste speerpunt – uitbreiding van capaciteit beroepsbeoefenaren – zoomde het plan van aanpak in op de vraag: Hoe komen we aan de extra beroepsbeoefenaren die we nodig hebben om aan de zorgvraag te voldoen?

In de eerste plaats door een aanzienlijke uitbreiding van de capaciteit van de opleidingen. Omdat maatregelen op dit vlak, gezien de duur van de opleidingen, pas op langere termijn resultaten te zien zouden geven, moesten belemmeringen in de opleidingen zo veel mogelijk geslecht worden. Concreet aanbevelingen (zie box 1.1) kwamen van de ambtelijke MDW-werkgroep Toetredingsbelem-

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 28008, nr. 7.

meringen Medische Beroepen (MDW stond voor Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit).

Box 1.1. De belangrijkste aanbevelingen van de MDW werkgroep³.

Aanbevelingen ten aanzien van de initiële opleiding:

1. geneeskunde en tandheelkunde: middellange termijn:
 - materiële afschaffing numerus fixus (een in samenspraak tussen overheid en universiteiten bepaalde restrictie van de instroom in de opleiding);
 - onafhankelijke behoefte- en capaciteitsraming door CPB en RIVM;
 - meer differentiatie in aanbod opleidingen;
 - universiteiten bepalen zelf hun opleidingscapaciteit;
 - universiteiten financieren opleiding geneeskunde uit een lumpsum voor alle opleidingen (waarvan de hoogste jaarlijks bezien dient te worden, rekening houdend met de feitelijke verdeling over duurdere en goedkopere opleidingen);
2. geneeskunde en tandheelkunde: korte termijn:
 - ontwikkeling (middels onafhankelijk onderzoek) van parameters die bij de bepaling van de lumpsum de relatieve kosten van de geneeskunde opleiding weergeven;
 - meer differentiatie in aanbod opleidingen;
 - tot aan materiële afschaffing numerus fixus: verdelen uitbreiding capaciteit op basis van concurrentie (tender);
3. opleiding fysiotherapie:
 - onafhankelijke behoefte- en capaciteitsraming door CPB en RIVM;
4. opleiding verloskunde:
 - onafhankelijke behoefte- en capaciteitsraming door CPB en RIVM

Aanbevelingen ten aanzien van de vervolgopleiding:

5. geneeskunde en tandheelkunde: middellange termijn
 - onafhankelijke behoefte- en capaciteitsraming en zwaarwegend advies over aantal opleidingsplaatsen door CPB en RIVM;
 - vaststellen opleidingsplaatsen door minister van VWS;
 - expliciete, inhoudelijke toets van opleidingseisen door de minister van VWS;
6. geneeskunde en tandheelkunde: korte termijn
 - uitbreiding capaciteit vervolgoopleidingen door omzetten agnio-plaatsen in agio-plaatsen;

Aanbevelingen ten aanzien van vestiging/beroepsuitoefening:

- onderzoek NMa naar mogelijke afspraken voor domeinafbakening;
- afschaffen specialistenbudgettering;
- afschaffen restrictieve vergunningenbeleid zelfstandige behandelcentra;
- onderzoek naar belemmeringen die bestaande ziekenhuizen mogelijk zouden kunnen opwerpen voor het functioneren van zelfstandige behandelcentra;
- mogelijk maken van declareren kapitaallasten vrijgevestigde specialisten en zelfstandige behandelcentra;
- invoering toelatingsexamen buitenlands gediplomeerden VWS;
- opheffen primaat verloskundigen.

³ MDW werkgroep Toetredingsbelemmeringen Medische Beroepen (2001) Nooit meer wachten: minder toetredingsbelemmeringen voor medische beroepen. Den Haag: ministerie van VWS.

In de tweede plaats moest worden ingezet op een verruiming van de capaciteit van de beroepsbeoefenaren, bijvoorbeeld door te voorkomen dat mensen voortijdig het beroep verlieten, of door te bevorderen dat mensen het beroep weer opnieuw oppakten, en ook, door het beroep zo aantrekkelijk te maken dat afgestudeerden daadwerkelijk in het vak gingen werken. Zo bleken medische studenten en jongere artsen nauwelijks of geen belangstelling te hebben om in een solistische huisartsenpraktijk te gaan werken. Dit betekende dat de organisatie van de huisartsenzorg snel moest aangepast richting groepspraktijken. Daarnaast werd ook gedacht aan financiële prikkels om het voor pas afgestudeerden aantrekkelijker te maken om het beroep waarvoor ze waren opgeleid ook daadwerkelijk te gaan uitoefenen. Enkele cijfers kunnen het belang van deze aanpak illustreren. Begin 2001 waren er zo'n 205 000 BIG-geregistreerde verpleegkundigen, waarvan er ruim 120 000 werkzaam waren in het beroep. Hetzelfde gold voor vrouwelijke artsen. Van de 18 000 BIG-geregistreerde vrouwelijke artsen waren slechts 12 000 daadwerkelijk als arts werkzaam.

1.1.2 Differentiatie binnen de opleidingen

Het tweede speerpunt – differentiatie binnen de opleidingen – was gericht op de modernisering van de opleidingen in het algemeen en van de medische opleidingen in het bijzonder.

De opleiding tot arts en medisch specialist was aan vernieuwing toe. Er was behoefte aan een nieuw medisch opleidingscontinuüm. Tegelijkertijd moest de samenhang met de opleidingen tot verpleegkundigen en paramedici verbeterd worden. Kernbegrippen waren: bekorting van de initiële opleiding (met het zesde jaar als schakeljaar naar de vervolgopleiding), kortere vervolgopleidingen (met zo mogelijk uitstapmogelijkheden bij de langer durende opleidingen: opleiding tot klinisch specialist in fasen), en voorts taakdelegatie en substitutie.

Voor het generen van ideeën voor de modernisering van de medische opleidingen werd aansluiting gezocht bij de aanbevelingen van het project 'Medisch Opleidingscontinuüm' (zie box 1.2) dat de KNMG met steun van VWS en in samenwerking met andere veldpartijen had opgezet. In het eindrapport van dit project – *'De arts van straks'* – kwamen zaken aan de orde als:

- de noodzaak om te komen tot een kwalitatief hoogwaardig medisch opleidingstraject dat als geheel minder lang zou gaan duren dan tot dusverre het geval was;
- de ontwikkeling rond de veranderende rol van de patiënt, waardoor andere eisen werden gesteld aan de arts van straks;
- een nieuw opleidingsstelsel waarin de basisopleiding en de vervolgopleiding naadloos op elkaar aansloten;
- de vernieuwing van het opleidingscontinuüm in verband met het ontstaan van nieuwe beroepen en opleidingen: de nurse practitioner (NP), de physician assistant (PA) en de technische geneeskunde (tg);
- aanbevelingen die konden leiden tot een flexibel, efficiënt medisch opleidingscontinuüm waarbij de kwaliteit van het onderwijs voorop stond.

Ook voor tandartsen en apothekers werd gewerkt aan vernieuwing van het opleidingscontinuüm. In beide trajecten werd rekening gehouden met de mogelijkheden van taakherschikking. De (initiële en vervolgo)opleidingen voor de gehele beroepskolom (tandarts, mondhygiënist, tandartsassistent resp. apotheker, farmakundige, apothekersassistent) en de samenhang tussen die opleidingen werd daarom onder de loep genomen.

Box 1.2. De belangrijkste aanbevelingen van de Projectgroep Medisch Opleidings Continuüm⁴.

- De projectgroep wil de sterke punten van de huidige opleiding behouden en de zwakke punten verbeteren. Op korte termijn moeten de structuur en de inhoud van zowel de initiële opleiding als de vervolgopleidingen aangepast worden.
- Allereerst moeten de initiële opleidingen geneeskunde en de medische vervolgopleidingen naadloos op elkaar aansluiten. Daartoe wordt het laatste jaar van de initiële opleiding ingericht als schakeljaar, waarin de synthese gemaakt wordt tussen de geleerde competenties en de toepassing in de praktijk. De werkervaring en competenties die de student door middel van stages verwerft, kunnen leiden tot enige verkorting van de vervolgopleiding.
- De invoering van de bachelor-masterstructuur, die in Europees verband afgesproken is, moet dusdanig vormgegeven worden dat het geïntegreerde karakter van de initiële opleiding behouden blijft. De bachelor-masterstructuur maakt uitwisseling op nationaal en internationaal niveau mogelijk. Ook wordt zij-instroom mogelijk in een verlengde masteropleiding geneeskunde voor studenten met een ander bachelordiploma dan geneeskunde en voor paramedici of verpleegkundigen met een HBO-diploma en voldoende werkervaring.
- De vervolgopleidingen worden modulair ingericht. Dit geldt zowel voor het leren in de beroepspraktijk als voor het cursorisch onderwijs. Cursorisch onderwijs maakt gemeenschappelijke onderwijsmodules mogelijk voor assistenten uit verschillende vervolgopleidingen. Naast het verwerven van gedegen kennis zal aandacht besteed worden aan communicatieve en sociale vaardigheden, planning en organisatie van de zorg, en aan samenwerken met andere beroepsbeoefenaren. Ook zullen de assistenten tijdens de opleiding gemotiveerd worden om een leven lang te leren en te reflecteren op het eigen handelen.
- De vervolgopleidingen tot medisch specialist en wellicht ook de vier jaar durende opleiding tot sociaal geneeskundige worden geherstructureerd in een twee jaar durende basisvervolgopleiding tot basisspecialist, gevolgd door een opleiding tot specialist, die twee tot drie jaar zou kunnen duren. De basisvervolgopleiding wordt opgebouwd rond clusters van verwante specialismen met bijvoorbeeld een snijdend of beschouwend karakter. In de tweede periode kan de basisspecialist kiezen voor een brede specialisatie of voor een smallere specialisatie met verdieping op een of enkele aandachtsgebieden. De medische vervolgopleidingen moeten zo worden opgebouwd dat per onderwijsperiode duidelijk wordt welke onderwijsdoelen bereikt moeten worden.
- Voor de initiële opleiding en de vervolgopleidingen moet een samenhangend stelsel van algemene eindtermen worden ontwikkeld, naast disciplinespecifieke eindtermen voor de vervolgopleidingen. Op basis daarvan kunnen voor iedere vervolgopleiding opleidingsprogramma's worden ontwikkeld met een accent op professioneel gedrag.
- Met het oog op de onderlinge uitwisselbaarheid is harmonisatie van niveau en duur van de vervolgopleidingen in de EU van belang. De opleidingsduur kan daarbij mogelijk verkort worden. Opleiders moeten didactisch worden geschoold, zowel voor het geven van onderwijs in de praktijk als voor het cursorisch onderwijs. Nadien moeten de didactische kwaliteiten op peil gehouden en regelmatig geëvalueerd worden.
- Als de initiële opleiding in zes jaar wordt afgerond en door een naadloze aansluiting tussen de initiële opleiding en de vervolgopleidingen geen tijd verloren gaat, kan het totale opleidingstraject, vergeleken met de vorige decennia, aanzienlijk bekort worden. Verdere verkorting kan wellicht worden gerealiseerd door vrijstellingen in de basisvervolgopleiding op grond van werkervaring opgedaan in het schakeljaar. Daarnaast is een geringe verkorting mogelijk van de medisch specialistische vervolgopleidingen als resultaat van didactische verbeteringen.

⁴ Projectgroep Medisch Opleidings Continuüm (2002) De arts van straks: Een nieuw medisch opleidingscontinuüm. KNMG, DMW-VSNU, VAZ, NVZ en LCVV.

Voor de paramedische beroepen werd in het HBO een vernieuwingsproject gestart dat gericht was op de versterking van zowel de beroepsoverstijgende (HBO-specifieke) competenties als van de gemeenschappelijke paramedische (domeinspecifieke) competenties in de desbetreffende opleidingen. Doel was een flexibeler, modulair opgebouwde opleidingsstructuur.

1.1.3 Taakherschikking tussen de beroepen

Met het derde speerpunt – taakherschikking tussen beroepen – sloot het plan van aanpak aan bij een ontwikkeling die al langer gaande was. Al enige tijd werd door beroepsgroepen, opleidingen en de ministeries van VWS en OCenW ingezet op taakherschikking tussen beroepen. Het idee hierachter was dat de zorgvraag van de toekomst per definitie om meer beroepsbeoefenaren zou vragen, maar dat dit ‘meer’ – dankzij taakherschikking – binnen de perken kon blijven. Enkele tot de verbeelding sprekende voorbeelden van taakherschikking:

- vervanging van taken van de huisarts door praktijkverpleegkundigen;
- vervanging van taken van de arts door nurse practitioners;
- vervanging van taken van de medisch specialist door physician assistants;
- vervanging van de taken van de gynaecoloog door de tweedelijns verloskundige;
- vervanging van taken van de oogarts door optometristen;
- vervanging van taken van de tandarts door mondzorgkundigen;
- uitbreiding van taken van operatieassistenten;
- de introductie van nieuwe beroepen, bijvoorbeeld de spoedeisende hulparts.

Deze ontwikkelingen op het gebied van taakherschikking werden door het ministerie van VWS actief gestimuleerd. Over eventuele noodzakelijke aanpassingen in de wet- en regelgeving werd advies gevraagd aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). In haar advies behandelde de RVZ vijf clusters van beleidsproblemen die taakherschikking in de weg stonden, te weten: onzekerheid over de acceptatie bij patiënten, domeindenken bij beroepsgroepen, onzekerheid over de effecten van taakherschikking, juridische obstakels en financiële barrières (zie box 1.3).

Box 1.3. De belangrijkste aanbevelingen van de RVZ⁵.

- *informatie en communicatie:*
de overheid moet de burger informeren over wie wat doet in de gezondheidszorg, en waarom; op die manier kan het draagvlak voor taakherschikking bij consumenten nog vergroot worden; verder zouden instellingen verplicht moeten worden informatie te verschaffen over de kwalificaties van hun personeel;
- *opleidingen:*
wat betreft de opleidingen voor nieuwe beroepen beveelt de RVZ aan om een opleidingsfonds te creëren, zodat gelden ook daadwerkelijk aan vernieuwing besteed worden; verder dienen curricula van opleidingen aangepast te worden aan taakherschikking;
- *innovatie en toegankelijkheid:*
de toegankelijkheid van de zorg kan vergroot worden door een voorziening te creëren, waar patiënten 24 uur per dag en zeven dagen per week telefonisch terecht kunnen voor een eerste screening en eventueel voor telefonisch advies; verder kan de toegankelijkheid vergroot worden door walk-in-centra, door diagnostische centra en door rechtstreekse toegankelijkheid van paramedische beroepen mogelijk te maken;

⁵ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002) Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ.

- *wet- en regelgeving:*
om belemmeringen in wet- en regelgeving voor taakherschikking weg te nemen en het juridisch kader toekomstbestendig te maken, doet de RVZ voorstellen om bepaalde wetten aan te passen;
- *financiële incentives:*
financiële incentives voor taakherschikking moeten voor de ziekenhuizen meegenomen worden via Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) en in de AWBZ-sector door een aparte budgetparameter te ontwikkelen; verzekeraars kunnen taakherschikking stimuleren door middel van polisdifferentiatie.

1.2 De zorg van morgen

De boodschap van het 'Plan van aanpak capaciteit zorgverleners' liet niets aan duidelijkheid te wensen over. De oplossing voor het tekort aan zorgverleners moest vooral worden gezocht in innovaties op het gebied van opleidingen (modernisering) en beroepen (taakherschikking). In de diverse adviezen werden echter zo veel aanbevelingen gedaan dat het noodzakelijk was om prioriteiten te stellen. Er was, aldus de toenmalige minister van VWS, de heer Hoogervorst, dringend behoefte aan:

. . . een samenhangende aanpak. Die begint bij de opleidingen met het perspectief op de veranderende beroepenstructuur. De schakels daarbinnen bepalen tezamen de kracht van de keten: er is nu teveel versnipperd (ook in de financiering), onvoldoende impuls voor innovatie en soms te weinig carrièreperspectief voor mensen in de zorg. Er is een gezamenlijke aanpak nodig, gericht op vernieuwen, verbeteren en het tegengaan van personeelstekorten.⁶

Aan de commissie Le Grand werd gevraagd om ideeën te selecteren die in samenhang met elkaar en met voorrang de gewenste vernieuwing in gang moesten zetten. In het rapport 'De zorg van morgen'⁷ deed de commissie vervolgens tien concrete voorstellen (zie box 1.4).

De commissie baseerde haar voorstellen op de aanbevelingen uit drie eerder verschenen rapporten⁸. De voorstellen sloten bovendien goed aan bij een aantal eerder verschenen rapporten over aspecten van dezelfde problematiek⁹.

⁶ Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29282, nr. 1.

⁷ Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking (2003) De zorg van morgen: flexibiliteit en samenhang (deel 1 en 2). Den Haag: ministerie van VWS en ministerie van OCW.

⁸ - Projectgroep Medisch Opleidings Continuüm (2002) De arts van straks: Een nieuw medisch opleidingscontinuüm. KNMG, DMW-VSNU, VAZ, NVZ en LCVV.

- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002) Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ.

- Cuperus, J.M., et al. (2002) Evaluatie van de Wet op Beroepen in de Individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Den Haag: ZonMw.

⁹ - MDW werkgroep Toetredingsbelemmeringen Medische Beroepen (2001) Nooit meer wachten: minder toetredingsbelemmeringen voor medische beroepen. Den Haag: MDW werkgroep Toetredingsbelemmeringen Medische Beroepen.

- MDW werkgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden in het Ziekenhuis (2002) Een carrière aan het bed. Den Haag, MDW werkgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden in het Ziekenhuis.

- Commissie Marktprikkels Medische Opleidingen (2002) Advies: capaciteit en bekostiging. Zoetermeer, Commissie Marktprikkels Medische Opleidingen.

- Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (2002) Beroep op flexibiliteit. een toekomstverkenning voor de beroepskrachtvoorziening in de zorgsector. Leiden: STG.

Box 1.4. De tien voorstellen van de commissie Le Grand.

Voor medische opleidingen:

1. Een naadloze aansluiting tussen de initiële opleiding en de vervolgoopleidingen moet worden gerealiseerd.
2. De mogelijkheid tot zij-instroom in de masteropleiding geneeskunde moet zo spoedig mogelijk worden gerealiseerd.
3. Het ontwerp voor de herinrichting van de medische vervolgoopleidingen moet verder worden uitgewerkt en de implementatie moet krachtig worden bevorderd, zowel met betrekking tot de structuur en de duur van de vervolgoopleidingen, als ook met betrekking tot het opleidingsprogramma en de bijbehorende opleidingsmethoden.

Voor nieuwe beroepen:

4. De opleidingsmogelijkheden voor nieuwe professionals (NP en PA) moeten met kracht worden bevorderd volgens doelmatig ingerichte opleidingsprogramma's, gebaseerd op zorgvuldig omschreven deskundigheidsgebieden.
5. De eigenstandige bevoegdheid van de nieuwe professionals moet worden gewaarborgd door hun middels de Wet BIG de mogelijkheid te bieden tot het voeren van de beschermde beroepstitel en daarmee tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen.

Voor verpleegkundigen:

6. Er moet een werkgroep worden ingesteld om te adviseren omtrent het continuüm van verpleegkundige opleidingen, beroepen en functies, om te komen tot een transparante structuur met duidelijke kenmerken van de onderscheiden niveaus om een pragmatische implementatie in het zorgproces te realiseren.

Voor de planning en financiering:

7. Er moeten opleidingsregio's worden gevormd die elk ten minste bestaan uit een UMC, de omliggende opleidingsziekenhuizen en de omliggende HBO-instellingen die zorgopleidingen aanbieden, met een heldere verdeling van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden.
8. De taakopdracht van het Capaciteitsorgaan moet worden uitgebreid met ramingen ten aanzien van nieuwe zorgprofessionals zoals nurse practitioners (NP's) en physician assistants (PA's). Deze nieuwe professionals moeten, evenals de traditionele zorgprofessionals, deel uitmaken van een door het Capaciteitsorgaan op te stellen capaciteitsplan.
9. Er moet een opleidingsfonds worden ingesteld voor de bekostiging van de medische vervolgoopleidingen en van de opleidingen tot nurse practitioner en physician assistant, als onderdeel van het uitvoeringstraject van een nader te ontwerpen financieringssysteem van deze opleidingen die op transparante wijze de werkelijk geleverde opleidingsinspanningen honoreert. Het opleidingsfonds is ook bedoeld voor ontwikkelen innovatiekosten van nieuwe en bestaande opleidingen.

Voor de samenhang:

10. De implementatie van de voorgaande aanbevelingen, moet worden ondergebracht in een ontwikkeltraject dat op zeer korte termijn wordt ingezet. Dit ontwikkeltraject moet binnen vijf jaar uitmonden in een samenhangend stelsel van opleidingen en beroepen om een moderne en doelmatige organisatie van het zorgproces te realiseren. Een stuurgroep voor de Modernisering van de Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (Stuurgroep MOBG) moet dit ontwikkeltraject zakelijk aansturen en begeleiden.

De brief aan de Tweede Kamer waarin het kabinet reageerde op de aanbevelingen uit *'De zorg van morgen'* droeg de veelzeggende titel *'Opleiden en taakherschikken'*¹⁰. Deze twee thema's, alsook de implicaties van de bijbehorende maatregelen (de introductie van nieuwe beroepen en opleidingen), sprongen er van meet af aan uit:

¹⁰ Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29282, nr. 1.

Deze brief gaat over het opleiden in de zorg (de zogenaamde ‘brancheopleidingen’) en het anders verdelen van taken tussen de diverse professionals, bijvoorbeeld tussen artsen en verpleegkundigen. Deze brief gaat ook over nieuwe beroepen die daaruit (kunnen) ontstaan. En deze brief gaat over het opzetten van nieuwe, slagvaardige structuren voor opleidingen en beroepen in de zorg. Zodat aan de vraag naar professionals in de zorg kan worden voldaan, maar ook noodzakelijke nieuwe ontwikkelingen in beroepen en opleidingen optimale kansen krijgen.’

Van twee voorstellen van de commissie Le Grand wilde de minister van VWS de implementatie zelf ter hand nemen, te weten:

- *de instelling van een werkgroep die moest adviseren over het continuüm van verpleegkundige opleidingen, beroepen en functies* (voorstel 6):
hiertoe werd een opdracht verstrekt aan de Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden die in 2006 resulteerde in het advies ‘*Verpleegkundige toekomst in goede banen*’¹¹;
- *de oprichting van een opleidingsfonds* (voorstel 9):
de opzet en inrichting van een opleidingsfonds werd door het ministerie van VWS zelf ter hand genomen¹² en het opleidingsfonds was – zelfs in een ruimere opzet – met ingang van 1 januari 2007 operationeel.

Voor de implementatie van de resterende voorstellen stelde de minister een stuurgroep in, te weten de Stuurgroep Modernisering van de Opleidingen en de Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (Stuurgroep MOBG)¹³. Dat opleiden en taakherschikken voor de minister van VWS inderdaad centraal stond, bleek uit het volgende verzoek aan de Stuurgroep MOBG¹⁴:

Twee aanbevelingen zijn maatschappelijk van een zo groot belang dat ik daar de bijzondere aandacht van de Stuurgroep voor vraag.

Dat gaat ten eerste om het verkorten van de duur van de specialistenopleidingen, met name de totale duur van de opleiding tot medisch specialist. Gelet op de te verwachten personeelstekorten enerzijds en de opleidingsbehoefte anderzijds, hecht ik er aan dat deze opleidingen stevig bekort worden. De huidige lange totale opleidingsduur is vanuit de vraag gezien en naar de vereiste kwaliteit gemeten, lang niet altijd gewenst of nodig. Dit moet en kan korter, waardoor ook gemakkelijker toekomstig potentieel aan medici aangeboord kan worden. [voorstel 1 van commissie Le Grand]

Ten tweede vind ik dat de Stuurgroep het proces van anders verdelen van taken tussen bijvoorbeeld artsen en verpleegkundigen krachtig moet bevorderen. Ook dit kan bijdragen aan het tegengaan van personeelstekorten en tevens het behoud van goed opgeleide mensen in de zorg die met die zogenoemde taakherschikking een nieuw carrièreperspectief zien ontstaan.

¹¹ Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden (2006) *Verpleegkundige toekomst in goede banen: Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening*. Utrecht: AVVV.

¹² Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29282, nr. 3.

¹³ Instellingsbesluit Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de gezondheidszorg. Staatscourant 25 februari 2004, nr. 38, p. 15.

¹⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29282, nr. 1.

Zowel de opleidingen als de formele organisatie van beroepen in de zorg moeten hier op korte termijn, ook in het belang van de patiënt, een stevige impuls aan geven, die ik, waar ik maar kan, zal ondersteunen; de verantwoordelijkheid voor het realiseren van die vernieuwing is en blijft primair een zaak van de sector zelf. [voorstel 4 van commissie Le Grand]

Op 1 april 2004 werd de Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (MOBG) opgericht. Waar de Stuurgroep namens de overheid de publieke belangen moest bewaken, werden de gezamenlijke veldpartijen zelf verantwoordelijk gehouden voor het feitelijk invoeren van de vernieuwingen. In plaats van een blauwdruk op te leggen zou de Stuurgroep er samen met veld en overheid voor zorgen dat de voorstellen van de commissie Le Grand gerealiseerd werden. Naar verwachting zou de Stuurgroep kunnen aanhaken bij initiatieven die in het veld al tot ontwikkeling waren gekomen. De regie, met een richtinggevende opstelling, lag echter bij de Stuurgroep die vanuit die rol geacht werd de noodzakelijke activiteiten te ondernemen. De Stuurgroep koos een pragmatische benadering en initieerde tal van projecten binnen de volgende twee resultaatgebieden¹⁵:

- *opleidingen:*

De doelstelling binnen dit resultaatgebied luidde als volgt: "Dit resultaatgebied richt zich op de modernisering van de opleidingen met het oog op een nieuwe beroepenstructuur. Het gaat om de onderlinge samenhang en flexibilisering van verschillende opleidingscontinua: medisch, tandheelkundig, verpleegkundig, paramedisch, en technologisch. Het gaat ook om het verhogen van de kwaliteit en efficiency door de introductie van moderne opleidingsmethoden en onderwijsvormen, en om het bevorderen van een optimale totale opleidingsduur van de onderscheiden opleidingscontinua. Er moeten adequate mogelijkheden beschikbaar komen voor de opleiding van nieuwe professionals in afstemming met de behoefte in de praktijk van cure, care en preventie;"

- *beroepen:*

De doelstelling binnen dit resultaatgebied luidde als volgt: "Bij dit resultaatgebied gaat het om de modernisering van de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg. Daartoe moet een nieuwe samenhangende beroepenstructuur worden gerealiseerd. Een dergelijke samenhangende beroepenstructuur vormt het kader voor de introductie van nieuwe beroepen, voor de taakherschikking binnen en tussen beroepen, en voor het regelen van de wettelijke fundering van nieuwe beroepen. Dit geldt voor alle beroepsgroepen in de gezondheidszorg: medisch, verpleegkundig, medisch ondersteunend en paramedisch, zowel intra- als extramuraal, in de cure, de care en de preventie."

Gaandeweg werden de projecten gekoppeld aan vier van de zes prioriteiten van de Stuurgroep MOBG (zie box 1.5, prioriteiten 2 t/m 5). Voor deze prioriteiten werden werkgroepen ingesteld. De overige twee prioriteiten (zie box 1.5, prioriteiten 1 en 6) werden door het presidium van de Stuurgroep voorbereid.

¹⁵ Stuurgroep Modernisering van de Opleidingen en de Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (2004) Voorlopig programma 2004-2005 van de Stuurgroep MOBG. Utrecht: Stuurgroep MOBG.

Box. 1.5. De zes prioriteiten (inclusief de bijbehorende projecten) van de Stuurgroep MOBG op een rij gezet.

1. *Nieuwe beroepenstructuur en orgaan voor de beroepen*

Deze prioriteit volgt direct uit de opdracht van de stuurgroep.

2. *Facilitering nieuwe medische beroepen en modernisering specialistenopleidingen*

De medische beroepenstructuur kent op dit moment twee echelons: de basisarts (initiële opleiding) en de specialist (vervolgopleiding). Na een vervolgopleiding van 3 – 6 jaar is de specialist hooggekwalificeerd en beschikt hij over vele competenties. Voor het dagelijks werk van de meeste specialisten zijn deze competenties niet alle vereist, want veel werk ligt op een eenvoudiger niveau of betreft een zekere routine. De specialist is voor een deel van zijn werkzaamheden overgekwalificeerd.

De prioriteit voor de modernisering specialistenopleidingen volgt direct uit het rapport 'De arts van straks', één van de rapporten die de aanleiding hebben gevormd voor instelling van de stuurgroep. Vanwege behoefte in het veld heeft de stuurgroep in het kader van de nieuwe medische beroepen prioriteit gegeven aan de SEH-arts.

Projecten:

- Ontwerp van het profiel van de SEH-arts;
- Modernisering opleiding Klinische Chemie;
- Modernisering van de medische vervolgopleidingen (MMV);
- Project Vaart in Innovatie Vervolgopleidingen (InVivo).

3. *Positionering 'nieuwe professionals': nurse practitioners (NP) en physician assistants (PA)*

Het betreft hier nieuwe groepen professionals die hun intrede in de gezondheidszorg hebben gedaan.

Prioriteit vloeit voort uit grote behoefte uit het veld. De stuurgroep zal nagaan op welke terreinen zinvolle taakherschikkingsprojecten kunnen worden uitgezet.

Projecten:

- Advies MOBG inzake plan van aanpak positionering nieuwe professionals.

4. *Taakherschikking in het zorgproces (focus op de eerste lijn)*

Talloos zijn de praktijkvoorbeelden waar taakherschikking is of zou kunnen worden toegepast. De stuurgroep zal nagaan op welke terreinen zinvolle taakherschikkingsprojecten kunnen worden uitgezet. Daartoe worden de lopende taakherschikkingsprojecten eerst geëvalueerd.

Projecten:

- Praktijkervaringen met taakherschikking en taakdelegatie;
- Overeenkomsten en verschillen tussen PA' en NP's;
- Rollen en taakverdeling in de geïntegreerde acute zorg;
- Taakherschikking in de diabetesketenzorg;
- Taakherschikking in de klinische verloskunde;
- Mogelijkheden voor taakherschikking in de chronische zorg;
- Concretisering taakherschikking n.a.v. het experimenteerartikel Wet BIG;
- Voorstudie substitutie- en kosteneffecten.

5. *Nieuwe bekostigingssystematiek voor opleidingen in de gezondheidszorg*

Er komt een nieuwe bekostigingssystematiek voor opleidingen in de gezondheidszorg. Deze nieuwe systematiek wordt door het ministerie van VWS ontworpen ('producent'). Voor de implementatie (nadere uitwerking en introductie) wordt wellicht een taak van de stuurgroep ('afnemer') voorzien.

Projecten:

- Implementatie van de nieuwe bekostigingssystematiek voor de opleidingen in de gezondheidszorg.

6. *Vorming van opleidingsregio's*

Er zijn in de afgelopen jaren door de UMC's met de omliggende (grote) opleidingsziekenhuizen al opleidingsregio's gevormd, aangeduid als OOR (Onderwijs- en opleidingsregio) voor de medische (vervolg)opleidingen. De stuurgroep heeft de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de NVZ Vereniging van Ziekenhuizen gevraagd om met voorstellen te komen.

1.3 College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg

De Stuurgroep MOBG kreeg ook de opdracht om een samenhangende besturingsstructuur voor de beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg te ontwerpen. De beoogde besturingsstructuur werd uitgewerkt in de nota *'Eenheid in verscheidenheid. Naar samenhang, flexibiliteit en transparantie in het stelsel van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg'*¹⁶. Centraal element in de beoogde besturingsstructuur was 'samenhang':

Samenhang betekent dat de relatie moet worden bewaakt tussen de verschillende taken en functies in het stelsel van beroepen en opleidingen en de besturing daarvan. De pragmatische vertaling is dat er behoefte bestaat aan centrale regie. (..) De voorliggende nota bevat het ontwerp van een organisatie voor een modern stelsel van beroepen en opleidingen: het College voor de beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg (CBOG). 'Samenhang' is daarbij een kernbegrip, en dat impliceert dat in beginsel alle beroepen en dus alle opleidingen onder de werkingssfeer van het CBOG zouden moeten vallen. Dit geldt in elk geval voor de beroepen en opleidingen die onder de regelgeving van het ministerie van VWS vallen en/of door de ziekenhuizen zijn ingericht en onder het bijbehorende financiële regime vallen dat door VWS wordt aangestuurd.

Vanuit het perspectief op samenhang omschreef de Stuurgroep MOBG de doelstelling van het CBOG als volgt:

*. . . het bevorderen en bewaken van een optimale personele bezetting in de gezondheidszorg, zowel kwalitatief als kwantitatief, en het aansturen van instrumenten om dat te realiseren.*¹⁷

Om de oprichting van het CBOG te bevorderen verzocht de minister mevrouw W. Sorgdrager, voorzitter van de Stuurgroep MOBG, (per brief van 21 maart 2006) om als informateur het initiatief te nemen om partijen te stimuleren tot het gezamenlijk oprichten van een dergelijk college, te weten de KNMG, GGZ Nederland, NFU, NVZ en de AVVV (thans V&VN).

Om elk verschil van inzicht uit te sluiten werden de taken van het CBOG – nadat de stichtingakte van het CBOG in juli 2006 bij de notaris gepasseerd was – vastgelegd in een op 24 oktober 2006 tussen het CBOG en het ministerie van VWS afgesloten *'Convenant inzake de samenwerking tussen de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport en het College beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg'*:

Het CBOG zal gedurende de looptijd van deze overeenkomst:

¹⁶ Stuurgroep Modernisering van de Opleidingen en de Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (2005) *'Eenheid in verscheidenheid. Naar samenhang, flexibiliteit en transparantie in het stelsel van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg.'* Utrecht: Stuurgroep MOBG, p. 13-14.

¹⁷ Stuurgroep Modernisering van de Opleidingen en de Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (2005) *'Eenheid in verscheidenheid. Naar samenhang, flexibiliteit en transparantie in het stelsel van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg.'* Utrecht: Stuurgroep MOBG, p. 17.

- a. de benodigde opleidingscapaciteit van opleidingen die zijn opgenomen in het opleidingsfonds als bedoeld in de brief van de Minister aan de Tweede Kamer van 29 november 2005 (TK, vergaderjaar 2005-07, 29282, nr. 23) doen ramen;*
- b. de minister voorstellen zenden met betrekking tot het toewijzen van opleidingsplaatsen aan opleidingen in het onder a. bedoelde opleidingsfonds;*
- c. voorstellen voor innovatie van de structuur van het onder a. bedoelde opleidingsfonds ontwikkelen of doorgeleiden.*

2 Innovatieprojecten CBOG I

In de zomer van 2006 had de Stuurgroep MOBG haar taak vervuld en werd het innovatiestokje doorgegeven aan het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG), een stichting die in overleg met en op verzoek van het ministerie van VWS was opgericht door V&VN, KNMG, NFU, NVZ, en GGZ Nederland.

Het CBOG heeft sinds zijn start zomer 2006 meerdere innovatieprojecten uitgevoerd, deels als vervolg van de MOBG-projecten en deels op eigen initiatief. In bijlage 1 zijn alle uitgevoerde projecten overzichtelijk op een rijtje gezet.

De grootste en tevens belangrijkste projecten waren gericht op de medische opleidingen en het verpleegkundig beroep. Dit waren projecten waarvoor de ideeën al eerder gegenereerd en geselecteerd waren (zie hoofdstuk 1). Het CBOG werkte ze verder uit.

2.1 De medische opleidingen

De twee belangrijkste MOBG-projecten die betrekking hadden op de modernisering van de medische opleidingen en die door het CBOG werden overgenomen en voortgezet, waren:

- Modernisering Medische Opleidingen (MMV);
- Project Vaart in Innovatie Vervolgopleidingen (InVivo).

2.1.1 Modernisering Medische Opleidingen (MMV)

In 2005 startte de stuurgroep MOBG in samenwerking met de KNMG Colleges, de Orde van Medisch Specialisten, de NFU en de NVZ/STZ het project 'Modernisering Medische Vervolgopleidingen' (MMV). Om het project uit te voeren werd een projectorganisatie opgezet. In dit projectteam waren de KNMG, de Orde van Medisch Specialisten, de NFU, de NVZ en het CBOG vertegenwoordigd. De daadwerkelijke uitvoering van het project lag in handen van de wetenschappelijke verenigingen. Deze verenigingen werden ondersteund door de Begeleidingsgroep Beschrijving Opleidingsplannen Vervolgopleidingen (BBOV), bestaande uit tien experts op het gebied van medische onderwijskunde. Daarnaast vond ondersteuning plaats door de werkgroep Modernisering van het Centraal College (thans College Geneeskundig Specialismen - CGS) van de KNMG, die op basis van haar wettelijke taak de kaders voor de opleidingsplannen bepaalt.

Doel van dit project was om voor alle 27 medisch specialistische vervolgopleidingen een gemoderniseerd opleidingsplan op te stellen, dat aan de volgende eisen moest voldoen. Het opleidingsplan (zie fig. 2.1):

- omvat competentiegerichte eindtermen;
- is flexibel en transparant;
- duurt niet langer dan strikt noodzakelijk;
- sluit goed aan op de opleiding tot basisarts;
- beschrijft welke onderwijsmethoden gehanteerd worden;
- geeft aan op welke wijze competenties getoetst en beoordeeld worden.

Inmiddels beschikken alle wetenschappelijke verenigingen over een gemoderniseerd opleidingsplan. Deze opleidingsplannen zijn door het voormalig Centraal College Medische Specialismen (CCMS) en

het huidige CGS omgezet in regelgeving. Het feit dat de opleidingsplannen zijn omgezet in regelgeving was een krachtig sturingsmechanisme om de effecten van het project 'Modernisering Medische Vervolgopleidingen' te bestendigen. Dit sturingsmechanisme - de koppeling tussen innovaties en regelgeving - is een belangrijk aandachtspunt en een overweging voor toekomstige innovaties.

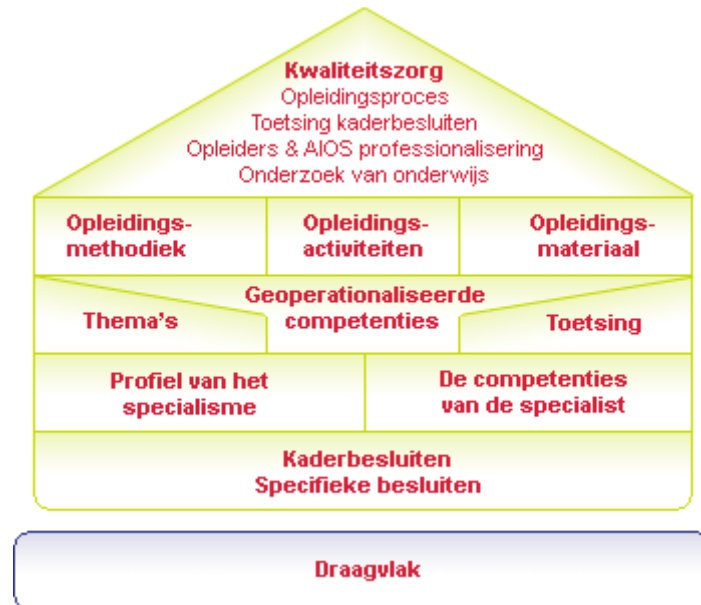


Fig. 2.1. Een opleidingsplan geeft een beschrijving van de opleiding tot specialist. De BBOV heeft een hulpmiddel ontwikkeld bij het maken van een opleidingsplan. Hierbij is het opleidingsplan voorgesteld als een huisje met allerlei kamers. Iedere kamer stelt een onderdeel van het opleidingsplan voor. Aan de hand hiervan kan het opleidingsplan kamer voor kamer worden ingevuld cq opgebouwd.

Het project 'Modernisering Medische Vervolgopleidingen' is per 1 januari 2009 officieel afgerond en overgedragen aan de KNMG die tot 2015 zorg zal dragen voor de implementatie van de opleidingsplannen.

2.1.2 Project Vaart in Innovatie Vervolgopleidingen (InVivo)

In oktober 2006 werd de implementatiepilot 'Vaart in Innovatie VervolgOpleidingen' (InVivo) gestart. Dit project maakte deel uit van het moderniseringsproces van de medisch specialistische opleidingen (MMV). Het InVivo-project was gericht op de implementatie van de nieuwe opleidingsplannen van de specialismen gynaecologie (HOOG) en kindergeneeskunde (GOED).

Het doel van het project was om binnen de twee medische specialismen uitwisselbare ervaring op te doen met het implementeren van het gemoderniseerd opleidingsplan en hiermee als voorbeeld te dienen voor de andere opleidingen, in het bijzonder wat betreft het ontwikkelen van prototypes voor onderwijsmaterialen, het ontwikkelen van best practices en het detecteren van kritische succes- en faalfactoren. Het project zou een succes zijn als:

- alle aio's in het land echt zo opgeleid worden zoals GOED en HOOG beschrijven;
- de opleiders en de opleidingsteams het nieuwe opleiden als goed ervaren;
- de overige beroepsgroepen hun voordeel doen met de ontwikkelde prototypes en best practices.

Belangrijk onderdeel van het project was dat alle kernteams opleidingsrichtlijnen ontwikkelden. Een basisversie van de opleidingsrichtlijnen is al in boekvorm verschenen. Verder uitgewerkte versies van de richtlijnen zijn als bijlagen bij het Tijdschrift voor Medisch Onderwijs (TMO) uitgebracht.

In 2010 organiseerde het CBOG een slotconferentie waarin de lessen van InVivo werden overgedragen. Het programma van deze dag was er op gericht om de betrokken partijen kennis te laten maken met alle aspecten die van belang zijn gebleken tijdens dit project.

2.1.3 Terugblik

Tijdens een rondetafelbijeenkomst met specialisten, aio's, onderwijskundigen en onderzoekers, betrokken bij de opleidingen van het InVivo-project, was het algemeen gevoelen dat het opleidingsklimaat blijvend veranderd is. Onzeker is of dit door het project komt, maar de weerstand tot vernieuwingen in de opleiding is zichtbaar afgenomen. Men kijkt nu meer in elkaars keuken. Anders dan in het verleden zijn opleidingen tegenwoordig niet meer onveilig. InVivo was dus niet de directe oorzaak van de blijvende veranderingen, maar wel een aansteker.

In de aanloop naar InVivo waren er allerlei 'externe' processen gaande, waar InVivo op gebouwd kon worden, bijvoorbeeld de nieuwe bekostigingssystematiek van de opleiding. Dergelijke ontwikkelingen creëerden een 'sense of urgency' om de opleidingen versneld te vernieuwen. Hoewel deze veranderingen som als een 'keurslijf' werden ervaren, zorgden er wel voor dat de opleiding ter sprake kwam en er dus een bereidheid tot veranderen ontstond.

Voor InVivo zijn diverse succesfactoren en aandachtspunten op te noemen die mutatis mutandis ook van toepassing zijn op het project 'Modernisering Medische Vervolgopleidingen'.

Succesfactoren

Als succesfactoren van InVivo werden genoemd:

- Inzet van onderwijskundigen is als een van de belangrijkste succesfactoren geduid. Dit kwam niet alleen door de inhoudelijke kennis over onderwijs, maar ook omdat ze een verbindende schakel tussen actoren bleken te zijn. De opleidingsrichtlijnen zijn ontstaan vanuit de onderwijskundige expertise. Onderwijskundigen hebben bepaalde zaken beter zichtbaar kunnen maken. Opvallend was dat onderwijskundigen als leider werden geaccepteerd. Ook zorgden de onderwijskundigen ervoor dat het proces op gang kwam (en bleef) en hielpen ze de opleiders om de 'taal van het opleiden' te leren.
- Het betrekken van de aio's is de belangrijkste winst van het project. Actieve betrokkenheid van de aio's bij de regionale implementatie was cruciaal voor het welslagen. Doordat aio's werden meegenomen in de opzet en uitrol van het project is het project sneller en beter van de grond gekomen.
- Krachtig leiderschap is een belangrijke drive om het project gaande te houden. De clinicus moet een centrale rol spelen in de kennisverspreiding, omdat er anders niets van de grond komt. De (hoofd)opleider moet dus 'in the lead' zijn en een rolmodel zijn voor andere opleiders en aio's.
- Volgens de betrokkenen was het feit dat de implementatie direct landelijk van opzet was (dus geen kleinschalige pilot) een voordeel ten opzichte van te beginnen bij regionale initiatieven.
- Bij dit project was geen sprake van hiërarchische relaties tussen de kernteams en het projectteam of binnen de kernteams. Dit was bij aanvang van het project lastig omdat de verhoudingen niet helder waren. Met als gevolg dat er veel lokaal werd ondernomen zonder sturing erop. Ook werd

er aanvankelijk weinig gedeeld tussen kernteams, als het gaat om best practices etc. Dit is halverwege het project compleet veranderd.

- Bij het project is gebruik gemaakt van bestaande netwerken, die in feite al 'geaard' waren, bijvoorbeeld de OORs. In de aanpak zorgde InVivo ervoor dat de OORs voldoende/veel verantwoordelijkheden droegen. Ook werden OORs vergeleken, dit stimuleerde 'concurrentie' tussen opleidingsgroepen, waardoor de OORs het steeds beter gingen doen. Best practices werden in kaart gebracht en dus gedeeld tussen OORs.

Aandachtspunten

Als aandachtspunten werden genoemd:

- Het project heeft opleidingen en opleiden meer op de kaart gezet. De relatie tussen werk/productie draaien en opleiden verschilt nog steeds per regio en blijft een aandachtspunt. De spanningsboog tussen productie en opleiding is vooral door de kinderartsen aan de kaak gesteld. Dit kwam door het (coïnciderende) feit dat het aantal aio's drastisch terugliep. Daardoor moest er een betere balans gevonden worden tussen opleiden en productie.
- Ook merken betrokkenen op dat de regelgeving achterloopt op de (opleidings)realiteit. Het CCMS stelt bijvoorbeeld dat alle opleiders uit een regio vier keer per jaar bijeen moeten komen. Dit is niet altijd haalbaar en wordt als sterk belemmerend ervaren, want de opleiders en opleidingen kunnen zeer goed zijn en (toch) niet aan de richtlijnen voldoen. Kortom als men in de geest van de regels wil handelen wordt men afgerekend op de letter van de regel. De regelgeving zal waarschijnlijk bijgetrokken worden, maar werkt nu nog belemmerend.
- In ziekenhuizen is weinig geormerkte tijd voor opleiden, dat zit impliciet wel bij alle opleiders, maar niet expliciet. In het kraptemodel dat nu heerst in de gezondheidszorg sneuvelt opleiden dus als eerste. Om de tijd te oormerken en dus te claimen zijn cijfers nodig, maar die zijn moeilijk boven tafel te krijgen. Door kortingen op de budgetten wordt dit nog verder onder druk gezet. De kinderartsen in Nijmegen hebben de aio's gedurende een jaar laten bijhouden hoeveel tijd aan de opleiding en de productie wordt besteed. Bij aio's was dat 50-50%. Dit, vertaald naar opleiders die erbij horen, zou erop wijzen dat het opleiden van een aio per jaar € 240.000 kost. Opgemerkt wordt dat dit sterk verschilt tussen academische en perifere ziekenhuizen en snijdende versus niet-snijdende specialismen.
- Voor de continuering van het project was vooral het beleidsmatige en bestuurlijke draagvlak nodig. Voor veel betrokkenen was dat een eye-opener omdat vooral werd gefocust op de inhoud.
- Ook de aio's moeten geprikkeld blijven. Hierbij is kritische massa van belang, want dan ontstaat er op natuurlijk wijze 'peer pressure'. Dit sneeuwbal effect duurt een aantal jaar.
- Een ander belangrijk aandachtspunt zijn de korte gerichte opleidingen voor opleiders, bijv. KPBs afnemen etc. en de ontwikkelde toetsinstrumenten. Benadrukt wordt dat deze methoden een middel zijn, geen doel. Als dat gevoel gaat overheersen dat het een doel is, dan zit het niet goed. Zo zou een KPB eigenlijk een KPobservatie moeten zijn, het gaat immers meer om het bespreken van de klinische situatie dan om de beoordeling ervan. Het gaat er immers om wat een betere opleiding oplevert voor de aio's. Opleiders worden nu gedwongen de feedback in competenties terug te geven, dat hebben opleiders niet van huis uit meegekregen, het kost dus tijd om dit te leren en te internaliseren.

2.2 De verpleegkundige beroepsgroep

Een groot aantal projecten van de Stuurgroep MOBG had betrekking op taakherschikking, bijvoorbeeld tussen tandarts en mondzorgkundige, gynaecoloog en tweedelijns verloskundige, oogarts en optometrist, alsook tussen artsen enerzijds en nurse practitioners en physician assistants anderzijds (zie bijlage 1). In aansluiting hierop richtte het CBOG haar innovatieprojecten vooral op de verpleegkundige beroepsgroep in het algemeen en het in 2006 uitgebrachte VBOC-advies 'Verpleegkundige toekomst in goede banen: Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening'¹⁸ in het bijzonder. Op basis van de aanbevelingen in dit advies werden twee projecten uitgevoerd:

- Implementatie Verpleegkundig Specialist (VBOC-VS);
- Implementatie Verpleegkundige Vervolgopleidingen (VBOC-VVO).

2.2.1 Implementatie Verpleegkundig Specialist (VBOC-VS)

Volgens het VBOC-advies onderscheidt de verpleegkundig specialist (ex artikel 14 van de wet BIG) zich van de verpleegkundige (ex artikel 3 van de wet BIG) door zelfstandigheid (= mogen), deskundigheid (= kunnen) en beroepsontwikkeling (= willen). Deze combinatie van zelfstandigheid (behandelrelatie binnen deskundigheidsgebied en zelfstandige bevoegdheid conform de Wet BIG), deskundigheid (expert) en beroepsontwikkeling (proactieve houding), aangevuld met de overige eisen die in het VBOC-advies worden genoemd, leidt tot de volgende algemene omschrijving van de verpleegkundig specialist:

Een verpleegkundig specialist is een verpleegkundige die, op basis van een door de NVAO geaccrediteerde masteropleiding en ervaring op het niveau van expert, wordt ingezet voor een omschreven groep patiënten waarmee zij individuele handelrelaties aangaat. Vanuit het perspectief van de patiënt worden care en cure geïntegreerd aangeboden ter bevordering van de continuïteit en kwaliteit van zowel de verpleegkundige zorg als de medische behandeling. Het vermogen tot zelfmanagement en de kwaliteit van leven staan hierbij centraal. Op basis van klinisch redeneren (anamnese, lichamenlijk en/of psychiatrisch onderzoek, aanvullende diagnostiek) komt de verpleegkundig specialist tot aanvullende diagnostiek. In aansluiting hierop past zij zowel evidence-based interventies toe, en indiceren en verrichten zij voorbehouden handelingen. Als verpleegkundig leider vervullen verpleegkundig specialisten een voortrekkersrol in de innovatie van het beroep en de zorg, onderbouwd door onderzoek en door implementatie van onderzoeksresultaten. Zij leveren een bijdrage aan de deskundigheidsbevordering van eigen en andere disciplines en aan de kwaliteit van de zorg.

Doelstelling van het project 'Implementatie Verpleegkundig Specialist' (VBOC-VS) was het realiseren van drie essentiële randvoorwaarden om de verpleegkundig specialist te positioneren binnen de verpleegkundige beroepenstructuur. Dit heeft geleid tot de volgende drie resultaten:

¹⁸ Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden (2006) Verpleegkundige toekomst in goede banen: Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening. Utrecht: AVVV.

- *Competentieprofielen verpleegkundig specialist*¹⁹

Het algemeen competentieprofiel verpleegkundig specialist werd geconcretiseerd en in vier deelgebieden uitgewerkt (preventieve zorg, acute zorg, intensieve zorg en chronische zorg). Elk deelgebied werd bovendien gedifferentieerd naar somatische aandoeningen en psychische aandoeningen. De competentieprofielen werden vervolgens overgedragen aan het College Specialismen Verpleegkunde (CSV). Het CSV heeft de competentieprofielen voor de verpleegkundig specialist bij somatische aandoeningen in haar regelgeving verwerkt.

- *EVC-procedure*²⁰

Op basis van de competentieprofielen werd een EVC- procedure en toetsmatrijs ontwikkeld. Deze procedure biedt een landelijke standaard voor de erkenning verworven competenties in kader van het vrijstellingenbeleid van opleidingen tot verpleegkundig specialist. De procedure is te vergelijken met een trechter en wordt gebruikt voor instroom van verpleegkundig specialisten in opleiding, het verlenen van vrijstellingen en de registratie van degenen wier diploma drie jaar of meer oud is.

- *Beleidsadvies over de benodigde opleidingscapaciteit verpleegkundig specialist*²¹

Op basis van de door het CSV vastgestelde vier somatische specialismen werd in eerste instantie onderzocht welke ontwikkelingen in de zorgvraag te verwachten zijn. In tweede instantie werd bekeken hoe het zorgaanbod op deze ontwikkelingen in de zorgvraag zal moeten anticiperen en reageren. Het eindrapport biedt het Capaciteitsorgaan een startpunt voor de raming van de behoefte aan verpleegkundig specialisten (in samenhang met de behoefte aan artsen en physician assistants).

Voorbehouden handelingen

Om de implementatie en borging van de verpleegkundig specialist te doen slagen was meer duidelijkheid nodig over het indiceren van voorbehouden handelingen. Daarom liet het CBOG medio 2006-2007 een onderzoek uitvoeren door het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV). In dit onderzoek²² werd gekeken naar competenties en voorwaarden voor het indiceren van voorbehouden handelingen door verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA).

Het onderzoek heeft antwoord gegeven op de vragen welke generieke competenties zijn vereist voor het indiceren van voorbehouden handelingen, alsook welke aanvullende specifieke competenties zijn vereist voor het voorschrijven van geneesmiddelen. Op deze wijze ontstond een definitieve lijst met vereiste competenties die in het eerder genoemde competentieprofiel van de VS, respectievelijk de PA, zijn meegenomen.

Daarnaast werd een open vraag gesteld over de voorwaarden waaraan moet worden voldaan om de toe te kennen bevoegdheden verantwoord in praktijk te kunnen brengen. Genoemd werden on-

¹⁹ Werkgroep 'competentieprofiel verpleegkundig specialist' (2008) Algemeen Competentieprofiel en Specifieke Deelprofielen Verpleegkundig Specialist. Utrecht: CBOG.

²⁰ Schoonman, W. (2008) Rapportage Werkgroep Assessment. Utrecht: CBOG.

²¹ Vulto, M., & Vianen, G. (2009) Toekomstige behoefte verpleegkundig specialisten bij somatische aandoeningen: Een zoektocht in onontgonnen gebied. Leiden: STG/Health Management Forum.

²² Buijse, R. (2007) Competenties en voorwaarden indiceren voorbehouden handelingen door Verpleegkundig Specialist (VS) en Physician Assistants (PA). Utrecht: CBOG.

der meer: supervisie, eigen deskundigheidsgebied, protocollen en standaarden en bij- en nascholing. Het belang van deze randvoorwaarden wordt weliswaar algemeen onderschreven, maar er is nog weinig specifiek onderzoek naar verricht. Het gaat om voorwaarden die rechtstreeks te maken hebben met de toekenning van zelfstandige bevoegdheden in het kader van de wet BIG, maar ook om voorwaarden in algemene zin, zoals draagvlak bij management en artsen, stabiliteit en continuïteit binnen de organisatie, etcetera.

Recente ontwikkelingen

Bij de huidige stand van zaken mogen verpleegkundig specialisten een wettelijk beschermde titel voeren en vallen zij onder het tuchtrecht. Alleen de zelfstandige bevoegdheid is nog niet wettelijk geregeld en die is essentieel willen verpleegkundig specialisten in het kader van de door de minister beoogde taakherschikking taken van artsen kunnen overnemen.

Voor de zelfstandige bevoegdheid van verpleegkundig specialisten is een wijziging van de Wet BIG nodig. De minister van VWS heeft bij de Tweede Kamer een wetsvoorstel ingediend waarin een nieuw artikel (36a) aan de Wet BIG wordt toegevoegd. Dit artikel stelt de minister in staat om via een algemene maatregel van bestuur (AMvB) beroepsgroepen aan te wijzen die voor een experimentele periode van vijf jaar een zelfstandige bevoegdheid krijgen, te beginnen met de physician assistants en de verpleegkundig specialisten. De betreffende AMvB's zijn op 11 februari 2011 door de minister-raad goedgekeurd en op 27 april 2011 'voorgehangen' bij de Tweede Kamer. Op 29 maart 2011 is het voorstel tot wijziging door de Tweede Kamer aangenomen en nu is de Eerste Kamer aan zet.

De laatste stap in het proces van taakherschikking komt erop neer dat er voor de medische zorg, verleend door verpleegkundig specialisten, door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een apart tarief wordt vastgesteld en dat dit in de zorgverzekering verdisconteerd wordt. Hiermee zijn dan alle belemmeringen voor taakherschikking weggenomen die door de RVZ in haar advies over taakshikking genoemd zijn (zie ook box 1.3):

- de acceptatie door patiënten;
- domeindenken en psychologische barrières bij beroepsgroepen;
- onzekerheid over de effecten van taakherschikking;
- juridische obstakels;
- financiële barrières.

2.2.2 Implementatie Verpleegkundige Vervolgopleidingen (VBOC-VVO)²³

Eveneens naar aanleiding van het in 2006 verschenen advies '*Verpleegkundige toekomst in goede banen: Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening*' startte het CBOG met het project 'Verpleegkundige vervolgopleidingen' (VBOC-VVO). Dit project behelsde een inventarisatie van alle opleidingen die als verpleegkundige vervolgopleiding in aanmerking kwamen en het formuleren van een eenduidige en uniforme omschrijving van het eindniveau.

Eerst werd een inventarisatie gemaakt van verpleegkundige vervolgopleidingen (VVO) en bij- en nascholingen om een beeld te krijgen van de huidige stand van zaken. Deze inventarisatie bracht een enorme wildgroei van vervolgopleidingen en bij- en nascholingen aan het licht (bijna 300 vervolgopleidingen en bij- en nascholingen). Bovendien bleken in andere instellingen dan de ziekenhuizen,

²³ CBOG (2009) Resultaten project 'Verpleegkundige Vervolgopleidingen'. Utrecht: CBOG.

bijvoorbeeld in de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg, relatief weinig vervolgoopleidingen of bij- en nascholingen te bestaan. Vervolgens werden twee zaken in het bijzonder door het CBOG opgepakt:

- *een landelijk eindniveau:*
algemeen deskundigheidsgebied verpleegkundigen met een vervolgoopleiding;
- *een landelijke kwaliteitserkenning:*
criteria verpleegkundige vervolgoopleidingen (VVO).

Landelijk eindniveau

Met betrekking tot het landelijk eindniveau werden zeven criteria benoemd waarmee de vervolgoopleidingen van bij- en nascholingen te onderscheiden zijn (zie box 2.1).

Box 2.1. De criteria die verpleegkundige vervolgoopleidingen onderscheiden van bij- en nascholingen.

- 1) *Accreditatie*
De vervolgoopleidingen moeten geaccrediteerd zijn door een landelijk orgaan voor de accreditatie van verpleegkundige vervolgoopleidingen.
- 2) *Functiegericht*
De verpleegkundige vervolgoopleidingen zijn opleidingen gericht op het vervullen van functies waaraan geen aanvullende BIG-registratie is verbonden. De beroepsbeoefenaar wordt opgeleid voor de kerntaken behorend bij die specifieke functie. De opleiding wordt zo ingericht, dat de beroepsbeoefenaar de voor de kerntaken benodigde competenties kan ontwikkelen. Voor de verpleegkundige vervolgoopleidingen geldt dat er een extra zorginhoudelijke verdiepingsslag moet worden gemaakt in de specifieke zorgcontext waarin de verpleegkundige werkzaam is.
- 3) *Duale opleiding*
Voor een verhouding tussen het theorie- en praktijkdeel wordt 1 staat tot 5 als richtlijn gehanteerd. Daarnaast heeft een verpleegkundige een minimale aanstelling van 24 uur, in elk geval tijdens de duur van de verpleegkundige vervolgoopleiding. Tevens moeten de praktijkopleidingsplaatsen geaccrediteerd zijn, waarin de algehele leercontext van de zorgorganisatie is meegenomen.
- 4) *Opleidingsduur*
De duur van de verpleegkundige vervolgoopleiding hangt sterk van de eindtermen van de opleiding af. De minimale opleidingsduur is 12 maanden. Het - in de toekomst - uitdrukken van de opleidingsduur in credit points* - in plaats van maanden - wordt sterk aanbevolen.
- 5) *BIG registratie*
Verpleegkundigen zijn ingeschreven in het BIG register.
- 6) *Werkervaring*
Voor toelating tot verpleegkundige vervolgoopleidingen is werkervaring vereist. De invulling - zoals inhoud, vorm, duur en plaats - van de werkervaring kan per vervolgoopleiding verschillen.
- 7) *Maatschappelijke relevantie*
De patiënt heeft recht op kwalitatief verantwoorde zorg. Er dreigt een onafwendbaar afbreukrisico voor de kwaliteit van zorg indien er onvoldoende gekwalificeerde verpleegkundigen met vervolgoopleidingen beschikbaar zijn.

* Wanneer credit points worden gehanteerd is dit minimum niet meer doorslaggevend. Voordat credit points worden gebruikt om de duur van een vervolgoopleiding weer te geven, moet onderzoek worden gedaan naar de toepassing ervan. Daarnaast moet het systeem van credit points erkend zijn. Het uitdrukken van de opleidingsduur in credit points is specifiekere dan het gebruik van maanden. Het huidige criterium van opleidingsduur (in maanden) moet in samenhang met de andere criteria (m.n. betreffende de duale opleiding) worden gehanteerd.

Landelijke kwaliteitserkenning

Met betrekking landelijke kwaliteitserkenning voor de VVO hebben het CBOG en het College Ziekenhuisopleidingen (CZO) op 5 februari 2009 een samenwerkingsovereenkomst ondertekend. In deze overeenkomst is aangegeven dat het CZO op termijn verpleegkundige vervolgopleidingen in andere organisaties dan de ziekenhuizen zal gaan accrediteren. Daarmee is antwoord gegeven op de adviezen uit het VBOC-rapport, namelijk kwaliteitsborging door middel van onafhankelijke borging van de kwaliteit van de vervolgopleidingen.

Vanaf 1 oktober 2010 is het College Ziekenhuis Opleidingen verbreed en College Zorg Opleidingen (CZO) geworden. Als accreditatie-orgaan voor medisch ondersteunende en verpleegkundige vervolgopleidingen gaat het CZO voor alle sectoren in de zorg werken. Daarmee wordt de kwaliteit van deze opleidingen voor alle sectoren door de zelfde organisatie bewaakt.

Het CZO bewaakt de kwaliteit, monitoort de kwantiteit en bewaakt vraag en aanbod van de onder haar ressorterende functiegerichte zorgopleidingen die essentieel zijn voor het waarborgen van professionele zorg door zorginstellingen. Het doet dit door de opleidingsprogramma's te beoordelen en hiervoor erkenningen te verlenen. CZO-erkende zorginstellingen hebben samen met opleidingsinstituten het recht om cursisten een nationaal erkend diploma te verstrekken. Inmiddels zijn ruim 1200 zorgopleidingen erkend.

Met het College Zorg Opleidingen beschikt de zorgsector over een accreditatie-orgaan voor alle gespecialiseerde brancheopleidingen. Voor de medisch specialistische opleidingen bestaat een dergelijk orgaan, de Medisch Specialistische Registratie Commissie (MSRC), al veel langer. Zorginstellingen, hun medewerkers en patiënten hebben baat bij transparantie, de waarde en eenduidigheid van het diploma. Met de verbreding van het CZO wordt deze mogelijk gemaakt.

Terugblik

Op maandag 4 juli 2011 is een rondetafelbijeenkomst gehouden om de resultaten, enkele jaren na afronding van het project, met betrokkenen te bespreken. De deelnemers van de bijeenkomst geven aan dat de criteria, die al in het veld werden gebruikt, door het project zijn geconsolideerd. Ook zijn de criteria nu in andere velden van zorg dan uitsluitend de ziekenhuissector bekend. Doordat het CZO het College voor Zorgopleidingen is geworden, krijgt het ook aanvragen voor erkenning van vervolgopleidingen die over de sector van de ziekenhuizen reiken: bijvoorbeeld klinische geriatrie of GGZ.

De deelnemers zijn het met elkaar eens dat de toekomstige behoefte aan verpleegkundige vervolgopleidingen moeilijk te peilen is omdat het aanbod van deze opleidingen vooral in een behoefte op korte termijn voorziet. Daarnaast zorgt het feit dat (vervolg)opleidingen veelal als een 'sluitpost' worden gezien door werkgevers in de gezondheidszorg, ervoor dat opleidingsbeleid inconsistent en dus grillig blijft. Al met al zijn de resultaten van het project bruikbaar, ook naar de toekomst toe, om voort te kunnen bouwen op de weg die het CZO heeft ingeslagen.

3 De verbetercyclus

In de voorgaande hoofdstukken hebben we gezien hoe het innovatieproces rond beroepen en opleidingen in het afgelopen decennium verlopen is. De aanhoudende onduidelijkheid over stelsel en sturing ten spijt, mogen we dit innovatieproces als geslaagd beschouwen. Immers, de aanbevelingen van de commissie Le Grand zijn zo goed als volledig gerealiseerd.

Terugkijkend op de periode van het CBOG wordt tevens duidelijk dat aan innovatie bij het CBOG – om uiteenlopende redenen – nooit het belang is toegekend dat de Stuurgroep MOBG er oorspronkelijk aan gaf. Doordat de prioriteit vooral bij het toewijzen kwam te liggen werd te weinig geïnvesteerd in het definiëren van wat innoveren van beroepen en opleidingen precies inhield.

Daarnaast zette het CBOG in de beginjaren slechts de projecten van de Stuurgroep MOBG voort. In plaats hiervan had de Stuurgroep MOBG deze projecten ook zelf kunnen afmaken. Dit bleek toen de projecten die door de Stuurgroep MOBG geïnitieerd waren via het CBOG tot een afronding kwamen. Toen leek het er even op dat de klus geklaard was en er niets meer te innoveren viel. De innovatiecyclus die in 2001 begonnen was met het ‘Plan van aanpak capaciteit zorgverleners’ was met de projecten van het CBOG volledig doorlopen en afgerond. Het zou echter te ver gaan om te concluderen dat hiermee alle toekomstige capaciteitsproblemen definitief uit de wereld waren. In die zin markeerde het einde van de ene innovatiecyclus tevens het begin van een andere innovatiecyclus. Maar waar te beginnen? Om deze vraag te beantwoorden, heeft het CBOG zich gebogen over de toekomst van beroepen en opleidingen in het licht van toekomstige veranderingen in de zorgvraag.

In zijn beleidsplan 2008 heeft het CBOG beschreven behoefte te hebben aan een overzicht van toekomstige veranderingen in de zorgvraag en de daaraan te koppelen veranderingen in de gewenste competenties van werkers in de zorg en hun opleidingen. Het CBOG heeft diverse toekomstscenario's bestudeerd. De conclusie was dat er door een veranderende zorgvraag op vrijwel alle gebieden andere eisen zullen worden gesteld aan professionals in de gezondheidszorg. Om goed hierop te kunnen inspelen, zijn andere en aanvullende competenties nodig.

Om de beroepen- en opleidingenstructuur dwars door alle beroepskolommen te analyseren, ontwikkelde het CBOG de verbetercyclus (zie fig. 3.1). Aan de hand van deze cyclus kunnen vernieuwingen en verbeteringen in de beroepen- en opleidingenstructuur in Nederland tot stand kunnen komen. De cyclus:

1. start bij de (toekomstige) zorgvraag;
2. verkent van daaruit de benodigde competenties voor de professional;
3. bepaalt door wie en op welk niveau deze competenties moeten worden verworven;
4. geeft aan of nieuwe beroepen nodig zijn dan wel;
5. bestaande curricula moeten worden aangepast;
6. levert een bijdrage aan implementatie van de vernieuwingen;
7. geeft op basis van ramingen een onderbouwd aantal opleidingsplaatsen;
8. verdeelt de opleidingsplaatsen.

De eerste vier stappen gaat het CBOG in samenspraak met het veld oppakken om te komen tot inhoudelijk onderbouwde en gedragen adviezen. De vertaalslag naar nieuwe curricula is nadrukkelijk een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de diverse partijen. Daarna komt het aan op het

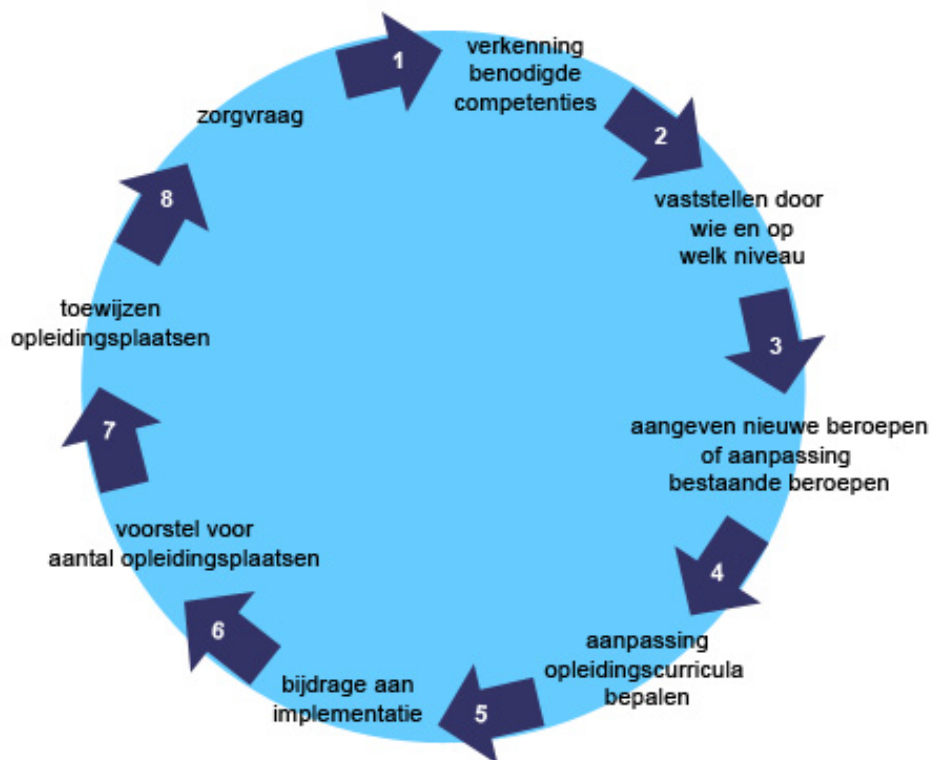


Fig. 3.1. De verbetercyclus van het CBOG.

implementeren en borgen van een adequaat stelsel van beroep en opleidingen. Het CBOG kan daarbij faciliteren en ondersteunen. Ramingen zullen in samenspraak met het Capaciteitsorgaan en het CONO tot stand komen. De verdeling van opleidingsplaatsen tenslotte, wordt door het CBOG in nauwe samenwerking met het ministerie van VWS, BOLS en het veld tot stand gebracht.

Op basis van dominant beleid van het ministerie en recente ontwikkelingen en stelselwijzingen in de zorg heeft het CBOG drie sectoren van de gezondheidszorg geselecteerd en deze in 2008 en 2009 aan de hand van de verbetercyclus in kaart gebracht. Deze sectoren zijn:

- de eerstelijnszorg;
- de publieke gezondheidszorg;
- de ouderenzorg.

Voor alle drie de sectoren zijn de eerste drie vragen van de verbetercyclus doorlopen. Eerst is deskresearch gedaan (rapporten en standpunten van beroepsgroepen, verzekeraars, patiëntenorganisaties etc.). Vervolgens is met experts uit het veld gesproken. Deze deskundigen waren afkomstig van beroepsgroepen, patiëntenorganisaties, verzekeraars, opleiders en onderzoekers.

In alle drie de sectoren viel op dat in de toekomst de nadruk meer op communicatieve vaardigheden zal komen te liggen. Een andere overeenkomst tussen alle gebieden was dat het (formeel) beroep waar een patiënt mee te maken heeft minder interessant is dan de competenties waarover de zorgverlener moet beschikken. Ook zullen welzijn en wonen in de toekomst een steeds belangrijkere rol in de gezondheidszorg spelen. Dit komt doordat chronisch zieken en ouderen (de grootste groepen die zorg zullen gebruiken) langer in hun eigen woonomgeving willen blijven wonen.

De drie oriënterende, ideegenererende projecten waren in die zin geslaagd dat ze een algemeen beeld opleverden over de veranderende rollen en competenties van zorgverleners op bepaalde gebieden van zorg.

3.1 Eerstelijnszorg²⁴

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.

Belangrijkste probleem is de beschikbaarheid op lange termijn van voldoende toegankelijke hoogwaardige eerstelijnszorg. Daarnaast is er onduidelijkheid over de regierol bij de zorgvrager maar ook bij de betrokken zorgverleners, alsook over de bekostiging en taakstelling inzake preventie en de rol van de gemeenten hierbij (WMO). In de eerstelijnszorg gaat het behalve om chroniciteit ook om moeilijk te duiden klachten die soms onnodig 'medisch worden ingestoken' waardoor niet altijd de juiste zorg en ondersteuning wordt geboden. Er is veel psychosociale en/of psychische problematiek die niet altijd juist wordt geadresseerd. Cultuuraspecten en 'oud gedrag' zijn hardnekkig en daardoor moeilijk te beïnvloeden. Vanuit de deskresearch, de interviews en de veldbijeenkomsten werden de volgende oplossingsmogelijkheden geschetst:

- 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.

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

²⁴ College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (2010) Nieuwe uitdagingen voor zorgverleners in de eerstelijnszorg: Eerstelijnszorg in CBOG-perspectief. Utrecht: CBOG.

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 leggen.

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 beroepstructuur, 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.

In het eindrapport staan zes aanbevelingen die beroepsinhoudelijk maar vooral ook randvoorwaardelijk van aard zijn (zie box 3.1).

Box 3.1. Aanbevelingen voor de eerstelijnszorg.

- 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.*
- 2. Gebruik de bekostiging voor de integratie van preventie, cure en care. Monitor de effecten van integrale bekostiging. Denk in functionaliteiten = competenties en taken.*
- 3. Stel implementatie van ICT mogelijkheden (digizorg) niet langer uit. Onderzoek effecten en voorwaarden van technologische innovatie.*
- 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 Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM).*
- 5. Inventariseer goede voorbeelden in de eerstelijns. Kijk daarbij (ook) naar 'nieuw aanbod' met de focus op gezondheid.*
- 6. Verspreid en implementeer de 'Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' (2010).*

Deze aanbevelingen kunnen succesvol worden uitgevoerd mits 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 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 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.

3.2 Publieke gezondheidszorg²⁵.

De publieke gezondheidszorg verschilt van de curatieve en langdurige zorg in verschillende opzichten. Deze sector kent een open maatschappelijk systeem en een andere vorm van werken dan de meer gesloten systemen van de curatieve en langdurige zorg. Niet alleen doordat veel preventieve zorg vaak onzichtbaar is voor burgers, maar ook omdat preventieve zorg vaak “ongevraagde” zorg is.

In de publieke gezondheidszorg is weinig kwalitatieve en kwantitatieve informatie beschikbaar over functies, beroepen en opleidingen. Er is tevens behoefte aan meer inzicht over instroom en uitstroom in de beroepen. In de publieke gezondheidszorg bevinden de ontwikkelingen gericht op beroepen, functies en opleidingen zich op een kruispunt. De sector wil de komende jaren aan de slag en dient daarbij richting te kiezen. Informatie over beroepen en opleidingen in deze sector is daarbij van belang.

In de loop van het project zijn vier scenario's ontwikkeld. Eerst werden de volgende kritische onzekerheden benoemd: publiek versus privaat en integraal versus segmentatie. Uit deze kritische onzekerheden zijn twee assen voortgekomen. De verticale as is de as publiek versus privaat, de horizontale as is de as integraal versus segmentatie.

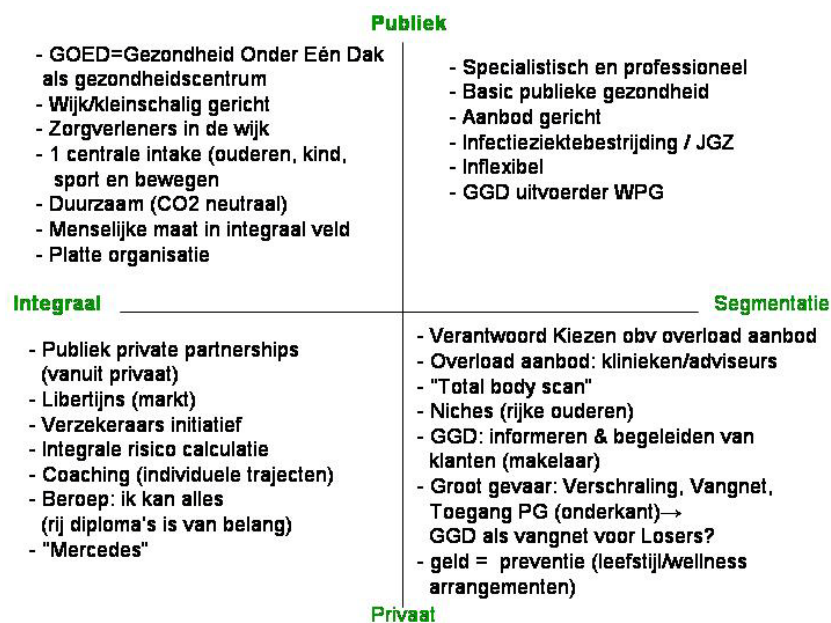


Fig. 3.2. Vier scenario's voor de toekomst van de publieke gezondheidszorg.

Tijdens het bespreken van de kwadranten kwam naar voren dat de werkelijkheid altijd genuanceerder is. Wel is het mogelijk om per kwadrant hierin de ambities van de sector terug te voeren.

²⁵ College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (2010) Functies, beroepen en opleidingen in de publieke gezondheidszorg: Een kwalitatief overzicht van de stand van zaken en een blik op de toekomst. Utrecht: CBOG.

In de scenario's 'privaat/integraal' en 'privaat/segmentatie' is de publieke gezondheidswerker een 'sexy, goed uitziende en hoogopgeleide' professional die het beste wil aanbieden aan de cliënt. Ook de omgeving waarin het aanbod wordt aangeboden, dient te voldoen aan de verwachtingen van de cliënt. Het aanbod moet dus aansluiten op de behoefte van de cliënt. De sector publieke gezondheidszorg blijft alleen goed in beeld als er een omslag in imago van de beroepsbeoefenaar en de sector tot stand komt. Als het imago niet voldoet aan de 'sexy, goed uitziende en hoogopgeleide' gezondheidswerker in een prettige omgeving voor de cliënt, dan nemen andere professionals en organisaties deze taken over. Concurrentie en contractafspraken met de zorgverzekeraar vormen de drijfveer voor verdere specialisatie, bij- en nascholingstrajecten en registratie van beroepen en competenties. Registraties blijven in handen van de beroepsverenigingen en alleen indien nodig zal mondjesmaat informatie uit deze registraties worden verschaft aan de overheid. Het scholingsaanbod en een wildgroei hierbinnen neemt toe en alleen de beste aanbieders blijven bestaan. De overheid financiert alleen de basisopleidingen. De aanvullende specialisaties en bij- en nascholing wordt privaat gefinancierd. Er is geen numerus fixus voor de basisopleidingen en geen wachtlijsten meer voor het aanvullend opleidingsaanbod.

In de scenario's 'publiek/segmentatie' en 'publiek/integraal' wordt uitgegaan van een aanbodgerichte werkwijze en dit is anders dan bij de twee eerder genoemde scenario's, waarbij de vraag (en degene die de vraag financiert) richting geeft aan de uitwerking. In de laatste twee scenario's gericht op publieke aansturing, houdt de overheid de regie en is er vrijwel geen rol voor verzekeraars in het domein van de publieke gezondheidszorg. Dit betekent niet dat de verzekeraars niet zullen investeren in een preventief aanbod, maar dit aanbod zal dan elders ingebed worden (bijvoorbeeld in de eerste of tweede lijn). In de twee laatste scenario's hoeft de publieke gezondheidswerker niet te werken aan een beter imago, omdat deze werkt in een aanbod gericht systeem. Dit is jammer, omdat de instroom in de opleidingen afneemt en men vermoedt dat dit een imago gerelateerde oorzaak heeft. Er is geen sprake van concurrentie en contractafspraken. Registraties zijn alleen nodig voor het vaststellen van de gewenste instroom in specialistische opleidingen. Er is voor deze opleidingen wel een numerus fixus voor de basisopleidingen en er zijn wachtlijsten voor het aanvullend opleidingsaanbod. Ten aanzien van de generalistische opleidingen zal er competentiegericht opgeleid worden met focus op samenwerken met andere domeinen.

Uit alle vier de scenario's leidt het rapport enkele algemeenheden af, deels op het niveau van de behoefte van de cliënt/patiënt en deels op niveau van specialisatie van de professional:

- *toekomstige zorgvraag:*

De cliënt/patiënt zal, zeker met de verdergaande specialisering van de zorg en de daarbij horende versnippering aan functies, meer behoefte krijgen aan een integraal aanbod van zorg. Ditzelfde geldt voor publieke gezondheidszorg waarbij het leggen van verbindingen met welzijn, onderwijs en zorg het risico op segmentatie kan verminderen. Het bijdragen aan een integraal aanbod van preventie betekent niet alleen het juist toe geleiden van de cliënt/patiënt naar het nodige aanbod. Het betekent ook ervoor te zorgen dat het aanbod meer geïntegreerd wordt aangeboden. Een sector met een herkenbare identiteit maakt het voor de cliënt/patiënt ook makkelijker om de sector te benaderen bij het maken van een keuze uit de overload aan aanbod van niches waarvoor een vraag wordt gecreëerd.

- *toekomstig zorgaanbod:*

Uit alle scenario's blijkt dat specialisten nodig blijven en registratie daarvan zal nog steeds op beroepsniveau c.q. specialistenniveau blijven. Daarnaast zal de roep om 'generalisten' groot zijn. De 'generalist' heeft als kerncompetentie het (bege)leiden van de cliënt/patiënt naar en in de juiste systemen voor de juiste vormen van preventie ("bottom-up"). Dezelfde type 'generalist' zal ("top-down") ook het beleid met aanpalende beleidsgebieden moeten kunnen inbedden en daarmee ook moeten zorgdragen voor een integraal aanbod. De generalisten zijn o.a. nodig voor de implementatie van richtlijnen gericht op leefstijl bevordering, maar ook bij de inzet in CJG's. De registratie van generalisten zal mogelijk gericht zijn op competentie en opleidings- c.q. salarisniveau. Om het gezicht van de publieke gezondheidszorg krachtig te houden is het nodig te erkennen dat zowel 'specialisten' als 'generalisten' nodig zijn, die niet perse in dezelfde persoon of functie verenigd zijn.

Trends, beginnend in de (ongevraagde) behoefte naar preventie en uitmondend in het aanbod ervan, leiden tot een bezinning op het takenpakket en beroepsuitoefening van de zorgprofessional. Het is aan het veld om hierin inhoudelijk het voortouw te nemen. Het CBOG adviseert om in aansluiting hierop de ontwikkeling en uitbouw van registraties en monitoring van beroepen én opleidingen in deze sector te stimuleren (zie box 3.2).

Box 3.2. Aanbevelingen voor de publieke gezondheidszorg.

Visievorming

1. Toekomstvisie sector aanscherpen

Een toekomstvisie over de publieke gezondheidszorg aanscherpen en daarbinnen de beroepen en opleidingen positioneren. Hierbij expliciteren wat de kracht van de publieke gezondheidszorg is (integrale aanpak, met onder andere aanpalende domeinen). Hieruit zou dan ook een strategie moeten volgen.

2. Toekomstvisie en -strategie voor bemensing van de sector

Wat is, ten aanzien van beroepen, functies en opleidingen nodig in het kader van de nieuwe visie? De effecten van een veranderende context (bijvoorbeeld de effecten academische werkplaatsen en de CJG's) vertalen naar het takenpakket van de professionals.

Veranderende competenties

3. Veranderende competenties inbedden

De competenties gericht op communicatie (cliënt 'uitdagen', maar ook onderhandelen met andere partijen), gedragsbeïnvloedend kunnen werken (t.b.v. implementatie leefstijl richtlijnen) en de cliënt wegwijs maken in de (publieke) gezondheidszorg

Registratie

4. Bestaande registraties optimaliseren en laten aansluiten.

Bestaande registraties verder optimaliseren en meer met elkaar afstemmen opdat informatie-uitwisseling verder verbeterd. Dit omvat onder meer het managen van de aanpak, samenwerking om de uitwerking tot stand te brengen en de bijbehorende financiering.

5. Nieuwe registraties (voor 'generalistische' professionals) op competenties opzetten en op elkaar laten aansluiten.

Voor professionals waarbij de nadruk vooral op competenties voor een brede blik ligt, sluit 'beroepsregistratie' niet goed aan bij het open, beweeglijke en veranderende veld van de publieke gezondheidszorg. Nieuwe registratie op basis van competenties, eventueel door middel van registratie van eerder verworven competenties (EVC's) sluit het meest aan bij deze 'generalistische' professionals.

Monitoring

6. *Het opzetten van een monitoringsysteem*

Het nemen van een besluit op welke wijze monitoring dient te geschieden, waarbij de visie op beroepen, opleidingen en functies leidend is, het opstellen van een plan van aanpak en het uitvoeren daarvan.

7. *Aanbod en (ongevraagde) vraag beter afstemmen*

Taakherschikking en functiedifferentiatie zijn manieren om vraag en aanbod van het veld beter op elkaar te laten aansluiten. Diverse studies hieromtrent zijn al gedaan, ook binnen de jeugdgezondheidszorg. Resultaten van dergelijk onderzoek moet verder zijn weg verder in de praktijk volgen. Mogelijk is aanvullend implementatieonderzoek gewenst.

Opleidingen

8. *Vergroot de instroom in de opleidingen en vergroot het aanbod aan competentie en generalistische opleidingen (vooral op MBO, HBO)*

Aantrekkelijkheid van de opleiding en het vergroten van de bekendheid met het beroep en het vak door het moderniseren van wervingsbeleid: deze ook afstemmen op de beoogde doelgroepen. Samenhang bewerkstelligen binnen het HRM-beleid (werving, opleiding en behoud werknemers).

9. *Aansluiting tussen opleiding en werkveld: focus op de voorkant van het beroep.*

Uiteraard dienen opleidingen niet alleen inhoudelijk goed aan te sluiten bij het werkveld, ook kan het aanbod van opleidingen (in duur, kosten, omvang) meer aansluiten bij de wensen van professionals in de sector (zie ook Arbeidsmarktadvies ZIP, 2009).

In het veld van de publieke gezondheidszorg zijn bepaalde resultaten van dit project gebruikt. Het resultaat van de inventarisatie van publieke gezondheidszorg heeft voor een bepaalde ordening en overzicht van de beroepen en opleidingen gezorgd die nog niet eerder was gebruikt. Het resultaat is door de Nederlandse Public Health Federatie (NPHF) in een plenaire bijeenkomst op 14 september 2010 besproken. Het CBOG heeft het rapport aldaar ook gepresenteerd. Ook worden de resultaten door de NPHF nu gebruikt in de werkgroep 'beroepskrachtenplanning' van deze federatie.

3.3 Ouderenzorg

Medio 2008 is het CBOG gestart met het project Beroepen en Opleidingen in de Ouderenzorg. Er zijn interviews gehouden met sleutelfiguren in de ouderenzorg²⁶ en in maart 2009 is een invitational conference gehouden over de zorgverlening aan ouderen²⁷. Beide hebben het CBOG een aantal vernieuwende gezichtspunten opgeleverd en handvatten geboden voor het vervolg. Verder heeft het CBOG bij de betrokken partijen de wil en de bereidheid geconstateerd om een aantal knelpunten en lacunes aan te pakken.

Vervolgens heeft het CBOG een aantal thema's uitgewerkt waarmee een verdiepingsslag kan worden gemaakt. Dit heeft geresulteerd in de essaybundel *Gedeelde verantwoordelijkheid, Basis voor een paradigmashift in de opleidingen en de zorg voor ouderen*²⁸ is beschikbaar. De bundel bevat een aantal prikkelende essays van gezaghebbende auteurs die hun visie geven op een toekomstbestendige ouderenzorg, vanuit het perspectief beroepen, functies en opleidingen.

Voor een meer geïntegreerde zorgverlening aan ouderen is het noodzakelijk elkaars kennis op waarde te schatten en op de hoogte te zijn van elkaars deskundigheid. Het gaat om het delen van

²⁶ College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (2009) Beroepen en Opleidingen in de Ouderenzorg. Utrecht: CBOG.

²⁷ College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (2009) Beroepen en Opleidingen in de Ouderenzorg. Verslag van een Invitational Conference op 4 maart 2009. Utrecht: CBOG.

²⁸ College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (2010) Gedeelde verantwoordelijkheid, Basis voor een paradigmashift in de opleidingen en de zorg voor ouderen. Utrecht: CBOG.

kennis en ervaring en daarmee ook de verantwoordelijkheid; zorgvrager en zorgverlener hebben een eigen verantwoordelijkheid in dit proces. Dat is de rode draad in alle essays; het moet anders en het kan ook anders, daarover zijn de auteurs het eens. Een andere inrichting van werkprocessen en opleidingen in de ouderenzorg is noodzakelijk. Samenwerken, afstemmen en communiceren zijn steeds belangrijkere competenties, naast beroepsspecifieke vaardigheden. Wat dit vervolgens betekent voor de beroepen, functies en opleidingen staat beschreven in de inleiding van de bundel: *'Ouderenzorg in CBOG-perspectief'*. Hierin verwoordt het CBOG zijn visie op een toekomstbestendige ouderenzorg:

- Voorkomen moet worden dat er te veel vanuit bestaande uitgangspunten en verschillende professionele belangen wordt gewerkt. Werken aan verbetering van de eigen opleiding(en) zou hand in hand moeten gaan met meer generalistische opvattingen en wijzigingen van de opleidingenstructuur. Dit gaat de verkokering tegen en genereert innovatief vermogen. Komende jaren zal het netwerk tussen verschillende opleidingen en beroepsgroepen moeten worden versterkt, zodat afstemming mogelijk is. Een herontwerp van opleidingen in de care-sector is tegen de achtergrond van maatschappelijke ontwikkelingen wenselijk. Aanpassing van opleidingen in de cure-sector, door naast specialisatie ook integratie te realiseren binnen het scala van deze opleidingen, wordt ook door veel deskundigen bepleit. Het CBOG ziet voor zichzelf een rol weggelegd. Het CBOG faciliteert en ondersteunt het innovatievermogen van verschillende partijen, probeert waar nodig de verbinding te leggen en - indien opportuun - de rol van regisseur op te pakken.
- Relevant is het kunnen ondersteunen van de primaire levenssfeer van zorgvragers, het leren inspelen op de 'restcapaciteit' en ervaringsdeskundigheid van ouderen, adequate kennis vergaren van ouderdomsziekten bij de mantelzorgers, maar vooral kennis over de gevolgen daarvan op functieverlies van ouderen en hoe daarop kan worden geanticipeerd. Het onderwijs zal daaraan meer aandacht moeten besteden om 'zelfmanagement' daadwerkelijk invulling te geven; herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van de zorgvrager (HEE-concept) zijn daarbij sleutelbegrippen. Dit betekent dat studenten in medische -, verpleegkundige- en zorgopleidingen alsmede in maatschappelijke opleidingen kennis moeten nemen van de diversiteit onder ouderen en de verschillende leefstijlen die mede bepalend zijn voor de vraag hoe de oudere de zorg geregeld wil hebben. Het CBOG zal ontwikkelingen op dit terrein blijven volgen en hier aandacht voor vragen bij relevante organisaties en partijen.
- Opleidingen moeten in zijn algemeenheid meer inspelen op de care, maar ook op preventie en welzijn. Dat betreft de integrale visie op ouderenzorg. Er is steeds meer aandacht voor een welzijnsmodel, naast en in aanvulling op een medisch model met bijbehorende competenties en opleidingsdoelen. Daarnaast moeten de opleidingen meer inspelen op de ICT mogelijkheden voor zorgvragers en zorgverleners. Daarmee kan ook de ketenzorg worden gefaciliteerd. Het CBOG zal ontwikkelingen op dit terrein blijven volgen en hier aandacht voor vragen bij relevante organisaties en partijen.
- Een belangrijke optie om de opwaartse druk op de vraag naar zorg voor ouderen te pareren is het verder stimuleren van taakherschikking en substitutie. Zoals gezegd zijn taakherschikking en substitutie kansrijk, met name in de ouderenzorg. Om de kwaliteit van zorg en leven op een nog hoger peil te brengen, is wel een kritische massa nodig van de betreffende zorgverleners die ta-

ken overnemen. Daarvoor moeten zorginstellingen, zorgverzekeraars en overheid de organisatorische en financiële voorwaarden voor een optimale inzet verbeteren, naast beroepsinhoudelijke randvoorwaarden. In het bijzonder de overheveling van bevoegdheden is een conditio sine qua non voor de kwaliteit van de zorg. Het CBOG wil daarin een coördinerende rol spelen en heeft dit ook besproken met VWS. Het CBOG kan gezien zijn onafhankelijke positie vanuit het algemeen maatschappelijk belang alle betrokken partijen consulteren over de benodigde voorwaarden. Vervolgens kan het CBOG in samenwerking met veldpartijen komende periode concrete voorstellen ontwikkelen. Inmiddels is 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 allen voldoen aan de benodigde deskundigheid en competenties. Meer onderzoek naar de effecten van substitutie is nodig. Het CBOG beveelt dan ook van harte aan onderzoek hierop te entameren.

- Intra- en interdisciplinair opleiden is een kans om kennisdomeinen aan elkaar te verbinden en ketenvaardigheden te ontwikkelen. Er zijn diverse mogelijkheden genoemd voor de uitwerking. Bijvoorbeeld een gemeenschappelijke opleiding ouderenzorg met een eerste basisjaar voor cure- en care-studenten gezamenlijk. Naast een specifieke opleiding voor ouderenzorg zijn er nieuwe modules nodig over veroudering en ouderenzorg die geïntegreerd kunnen worden in alle opleidingen, van verpleegkundigen tot medici, van verzorgenden tot paramedici. Brede aandacht voor ouderen is nodig in alle opleidingen. Het CBOG is inmiddels begonnen aan de uitwerking van een project Interdisciplinair opleiden in de ouderenzorg, dat start met de ontwikkeling van een gemeenschappelijk innovatief opleidingsmodel. Dit model zal vervolgens worden getoetst onder een brede mix van zorgverleners binnen verschillende werkplaatsen.
- De BaMa-structuur biedt mogelijkheden tot flexibele onderwijspaden die op dit moment nog onvoldoende worden benut. Opleidingen kunnen worden gezien als een verzameling legoblokken, elk met hun eigen kleur. Op basis van persoonlijke ambities en voorkeuren en arbeidsmarktanalyse kunnen opleidingstrajecten worden vastgesteld. De resultaten tellen, de routing is minder interessant en kan al naar gelang de omstandigheden worden aangepast. Het CBOG zal deze mogelijkheden aankaarten bij het ministerie van VWS en bij het ministerie van OC&W.
- Het CBOG vindt dat er geïnvesteerd dient te worden in praktijkgericht onderzoek in opleidingen, zodat de praktijk in aanraking komt met nieuwe inzichten en vice versa. Op deze wijze kan nieuwe wetenschappelijke kennis (onder andere over werkmethodieken en interventies) efficiënter en effectiever worden geïmplementeerd in de beroepsopleidingen.
- Er ligt een belangrijke taak voor de betreffende opleidingen om hun studenten – meer dan nu het geval is – bewust te maken van het feit dat zij straks een schakel zijn in een lange keten en niet uitsluitend verantwoordelijk zijn voor hun eigen specifieke stuk in de keten. Samenwerken, coördineren en afstemmen zijn belangrijke vaardigheden, die vanaf het begin van de studie – en liefst nog eerder – moeten worden aangeleerd. Het gaat vooral om bewustwording; in de gezondheidszorg werk je niet alleen, maar met de zorgvrager en zijn naasten én met andere zorg-

verleners. Deze cultuur- en gedragsverandering realiseren betekent daadwerkelijk innoveren in de opleidingen en het CBOG zal dat zeker stimuleren.

4 Innovatieprojecten CBOG II

De algemeen gedeelde visie in 'Gedeelde verantwoordelijkheid' was om het behoud van de zelfredzaamheid en het behoud van regie op het eigen leven van de ouder wordende mens voorop te stellen. Deze doelstelling vooronderstelt een transitie van aanbodgestuurde naar vraaggerichte zorg. Dit betekent dat de oudere samen met de beroepsbeoefenaar bepaalt welke zorg nodig is en welke zorg aan de wensen en verwachtingen van de oudere voldoet²⁹. Dit impliceert:

- *een andere manier van denken:*

In plaats van het zorgaanbod (beroepsbeoefenaars met hun onderscheiden beroepsdomeinen) staan de zorgvragen van de oudere centraal, waarbij overigens op voorhand niet vaststaat welke zorg door welke beroepsbeoefenaar wordt verleend. De eenheid van denken is dus niet meer het beroep, maar de zorgvraag van de oudere.

Daarnaast hebben de zorgvragen van ouderen niet alleen betrekking op zorg (verplegend / verzorgend), maar ook op wonen en welzijn (sociaal / agogisch). Deze combinatie van wonen, zorg en welzijn vraagt van beroepsbeoefenaars een integrale benadering.

- *een andere manier van werken:*

Vanuit het perspectief van beroepen en opleidingen verschuift het zwaartepunt in de ouderenzorg steeds meer in de richting van ketenzorg. Ketenzorg vereist meer interdisciplinaire samenwerking. Van beroepsbeoefenaars in de ouderenzorg worden dus andere competenties gevraagd dan voorheen. Zij moeten over de competenties beschikken die hen in staat stellen om de zorgvragen van de oudere centraal te stellen en goed samen te werken met verschillende disciplines. Zo nodig moeten zij hierin geschoold worden.

- *een andere manier van opleiden:*

De competenties die voor deze andere manier van denken en werken nodig zijn, moeten worden verworven.

Deze gedachten en overwegingen zijn bepalend geweest voor de innovatieprojecten van het CBOG in 2010 en 2011, te weten:

- Platform voor Beroepen en Opleidingen in de Ouderenzorg (zie 4.1);
- Interdisciplinair samenwerken in de ouderenzorg (zie 4.2);
- Goede voorbeelden van zorgvraaggerichte ouderenzorg (zie 4.3);
- Interdisciplinair scholen (zie 4.4).

Deze projecten zijn met name geoperationaliseerd naar de langdurende zorg van verpleging en verzorging, omdat de verwachting is dat juist daar de grootste knelpunten ontstaan.

Daarnaast stonden in 2010 en 2011 nog enkele andere onderwerpen hoog op de agenda, die met name betrekking hebben op de medisch specialistische zorg. Het gaat in het bijzonder om de

²⁹ RVZ (1998) Naar een meer vraaggerichte zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

noodzaak tot meer generalistische zorg in een medisch-specialistische context en de vraag om een flexibilisering van de opleidingsstructuur. Het CBOG heeft daartoe ondersteuning gegeven aan twee relevante ontwikkelingen:

- de ziekenhuisarts (zie 4.5);
- de Geneeskundig Specialist van Straks (zie 4.6).

4.1 Platform voor Beroepen en Opleidingen in de Ouderenzorg (BOO)

Wil de innovatiecyclus rond beroepen en opleidingen in de ouderenzorg kans van slagen hebben, dan moet eerst een inventarisatie plaatsvinden van de innovatieve ideeën die her en der door deze of gene gegeneerd zijn. Deze inventarisatie is uitgevoerd door het vanuit het CBOG geïnitieerde Platform voor Beroepen & Opleidingen in de Ouderenzorg³⁰. Het platform bestaat uit inhoudsdeskundigen, allen met gezag en statuur en werkzaam op snijvlak van inhoud, strategie en besluitvorming. Zij zijn afkomstig uit zowel de cure als de care en ggz (CONO), onderwijs en beroepsorganisaties, beleid en onderzoek. Elke bijeenkomst wordt ingeleid door een presentatie van een (gast) spreker met twee co-referaten, uit de alledaagse praktijk en uit het onderwijs.

Het platform heeft geïnventariseerd welke resultaten de diverse innovatieprogramma's op het gebied van de ouderenzorg tot dusverre hebben opgeleverd, in de wandeling aangeduid als 'het erfgoed'. Tijdens drie bijeenkomsten zijn de volgende innovatieprogramma's geanalyseerd:

- Transitieprogramma Langdurige Zorg (TPLZ);
- Zorg voor Beter (ZonMw);
- In voor Zorg (Vilans);
- Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO);
- Ketenzorg dementie met casemanagement (Kenniscentrum CIZ).

Uit de bijeenkomsten van het platform doemt het volgende toekomstbeeld op. Een paradigmashift is nodig om de ouderenzorg in de toekomst toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Dit vereist aanpassingen in de beroepencolom van specialist tot verzorgende en in de definitie van 'zorg', die verder strekt dan de medische zorg en ook betrekking heeft op welbevinden. Op dit moment zijn er verschillende initiatieven die betrekking hebben op het versterken van de innovatie-

³⁰ Het platform BOO is breed samengesteld (ouderen, beroepsbeoefenaren, werkgevers, verzekeraars, opleiders en onderzoekers): Actiz (de heer J. Kanters, beleidsadviseur team cliënt, kwaliteit en innovatie); AGIS Zorgverzekeringen (mevrouw S. van Soelen, strategisch beleidsadviseur); CBOG (mevrouw dr. M.L.M. Brouns, bestuursvoorzitter); CIZ (de heer R. Huijsman, directeur Kenniscentrum CIZ); CSO (mevrouw drs. A. van der Vlist, senior beleidsmedewerker Zorg, Welzijn en Wonen); HBO Raad (mevrouw A. Zimmerman Adviseur algemeen beleid, beleidsmedewerker); Hogeschool Rotterdam (mevrouw dr. M.B.J.M. Goumans, lector samenhang in de ouderenzorg); KNMG (de heer M. Wesseling, adviseur kwaliteitsbeleid en zorgverzekeringen); MBO Raad (mevrouw A.P. Gründemann, senior beleidsadviseur); NIVEL (mevrouw prof. dr. A.L. Francke, programmaleider Verpleging en Verzorging); ROC Midden Nederland (de heer R.P.P.M. Koch, directeur sector Zorg en Welzijn); RVZ (mevrouw mr. G.P.M. Raas, senior adviseur); UMC Utrecht (prof. dr. M.J. Schuurmans, hoogleraar verplegingswetenschap); Universiteit van Maastricht (de heer prof. dr. J.P.H. Hamers, bijzonder hoogleraar verpleging en verzorging van ouderen); V&VN (mevrouw drs E.E.P.M. Janssen-Sengers, vice-voorzitter); Verenso (de heer R. Boeren, voorzitter raad van toezicht); Vilans (mevrouw B. Albers, programmaleider); Vilans (mevrouw M. Wigboldus, programma ouderenzorg); VUMC (de heer H. Geertsma, opleiding Ouderengeneeskunde); Wenckebach Instituut (mevrouw dr. P.F. van Roodbol, hoofd Wenckebach Instituut, UMCG); ZonMW (mevrouw dr. M. van Duijn, programmasecretaris NPO); ZonMW (mevrouw E. van Dongen, programmaleider).

kracht voor opleidingen in de ouderenzorg. Er zijn voldoende initiatieven die allen tenderen naar een herziening van opleidingen en bijdrage aan de beroepsvorming van professionals in de ouderenzorg. Hoewel deze initiatieven op zichzelf zinvol zijn, is er des te meer behoefte aan samenhang in het beeld over beroepsvorming ten behoeve van ouderenzorg. De beroepsgroepen lijken nog vooral vanuit hun eigen referentiekader en domein bezig, hetgeen begrijpelijk is, maar niet altijd efficiënt en effectief. De som is meer dan de delen en daarom kan het CBOG als neutraal orgaan deze initiatieven bij elkaar brengen en zorgen voor afstemming. Een vertaling naar onderwijs versterkt eveneens een coherente beroepsvorming.

De voorlopige conclusie luidde dat er op het gebied van de ouderenzorg vele initiatieven en innovatieve trajecten zijn, maar dat de kennis en informatie nog erg gefragmenteerd is. In termen van innoveren is de fase van ideegeneratie aan een afronding toe. Het is, aldus het platform, van belang om de verworven inzichten te borgen in termen van beroepen en opleidingen. Daarbij zijn twee vraagstukken actueel:

- 1. Hoe kunnen geslaagde initiatieven worden opgeschaald?*
- 2. Hoe kunnen nieuwe inzichten worden geborgd in het onderwijs?*

In termen van innoveren acht het platform de tijd dus rijp voor de fase van ideeselectie: uit alle tot dusver gegenereerde ideeën moet een selectie worden gemaakt van ideeën die voor grootschaliger implementatie en / of borging in aanmerking komen. Vooropstellend dat de regie in de ouderenzorg altijd bij de patiënt/cliënt dient te liggen hebben de leden van het platform al een voorselectie gemaakt en de volgende vijfpuntsagenda voor de ouderenzorg voor de komende tien jaar opgesteld:

1. Samenhang en regie

Op dit moment heeft de ouderenzorg vooral behoefte aan meer samenhang en regie. Hoewel enorm veel geld en energie in programma's op het gebied van de ouderenzorg wordt geïnvesteerd, en een veelheid aan initiatieven rond modernisering van de opleidingen, zien we tegelijkertijd dat deze programma's te weinig op elkaar afgestemd zijn om blijvende resultaten te boeken. Waar het momenteel het meest aan schort is de regievoering. De regie van ontwikkelingen op het gebied van de ouderenzorg en beroepen en opleidingen moet niet bij veldpartijen worden belegd, maar bij het ministerie van VWS en - omdat het ook initiële opleidingen betreft - in samenwerking met het ministerie van OC&W. VWS en OCW moeten in gezamenlijkheid een beleidskader ontwerpen dat richtinggevend is voor de ontwikkelingen op het terrein van beroepsvorming en opleidingen.

2. Formele en informele zorg

Steeds meer accent komt te liggen op de zorg dicht bij huis. Dat willen de patiënten en cliënten en dat wil de minister. Mantelzorgers (samenredzaamheid) en zelfmanagement (zelfredzaamheid) staan daarbij centraal. Zelfzorg en preventie liggen in elkaars verlengde. Voor de professionele zorgwerker betekent dit een belangrijke wijziging in aanpak. De zorg wordt niet overgenomen, maar de informele zorg wordt ondersteund. In termen van beroepsvorming en opleidingen heeft dit aanzienlijke gevolgen. Integratie van de principes van zorg, welzijn en samenlevingsopbouw zijn vanuit dit perspectief voor de hand liggend. Ontwikkeling van nieuwe vormen van methodisch werken is geboden.

3. Ketenzorg en samenwerking

Als we één nieuwe ontwikkeling in de ouderenzorg moeten noemen die inmiddels onomkeerbaar is, dan is dat de trend naar ketenzorg voor ouderen in het algemeen en de chronisch zieken onder hen in het bijzonder. Ketenzorg vereist andere competenties van beroepsbeoefenaren dan ze tijdens hun opleiding hebben verworven. De zorgvraag van de oudere consequent als vertrekpunt nemend (zorgvraaggerichte ouderenzorg) moet de beroepsbeoefenaar enerzijds met andere disciplines kunnen samenwerken (over de schutting kunnen kijken) en anderzijds voldoende eigen beroepsidentiteit hebben om een gelijkwaardige partij in deze samenwerking te zijn. Het vraagt om een flexibele opleidingsstructuur. Ook de randvoorwaarden voor de samenwerking binnen de ketenzorg (organisatorisch, financieel, etc.) behoeven nog veel aandacht.

4. Evidence based / effecten van aanpak

Veel interventies in de oudere zorg zijn met name practice based: aanpak en werkwijze worden gekozen op basis van conventies, protocollen en persoonlijke inzichten wat werkt. We kunnen constateren dat er te weinig onderzoek wordt gedaan naar effecten van verschillende interventies of aanpak. Dit geldt ook voor de grootschalige innovatieprogramma's: wat zijn de effecten en zijn deze ook duurzaam in tijd? Dit geldt zowel voor sociaal-culturele, verpleegkundige en medische interventies, in het bijzonder in de onderlinge relaties met elkaar. Voortgaande professionalisering van de ouderenzorg zal worden versneld door betrouwbare en generaliseerbare inzichten in (integratief) methodisch handelen. Voorgesteld wordt komende periode een samenhangend onderzoeksprogramma te ontwikkelen rond methoden en effecten van werken in de oudere zorg.

5. Beroep- en identiteitsvorming

In het komende decennia zullen de beroepen in de ouderenzorg ingrijpende veranderingen doormaken, zowel kwalitatief (bijvoorbeeld qua bevoegdheden en competenties) als kwantitatief (vanwege de tekorten in de personeelsvoorziening). Deze veranderingen vergen een vertaalslag naar de opleidingen voor de betreffende beroepen. Een actueel voorbeeld is de wildgroei aan functieprofielen van de praktijkondersteuner huisarts die zich bijvoorbeeld bezighoudt met chronisch zieke ouderen en de uiteenlopende opleidingseisen waaraan deze praktijkondersteuners moeten voldoen. Evident is dat verpleegkundigen en verzorgenden in brede zin een dominante rol kunnen spelen in zorg, behandeling en welzijn van ouderen.

Met deze agenda voor de toekomst is niet alleen de basis gelegd voor implementatieprojecten rond beroepen en opleidingen in de ouderenzorg, maar is ook duidelijk geworden dat bij betrokken veldpartijen een breed gedragen commitment aanwezig is om succesvolle initiatieven voor beroepen en opleidingen in de ouderenzorg te borgen en waar mogelijk opschalen.

4.2 Interdisciplinair samenwerken in de ouderenzorg

Verzorgenden, eerst verantwoordelijke verzorgenden en mbo-verpleegkundigen zullen in de ouderenzorg van morgen in overleg met de ouderen moeten kunnen bepalen welke zorg nodig is, hen stimuleren zelf de regie te nemen over hun ziekte en gezondheid en meer moeten samenwerken met andere zorgverleners; niet-samenwerken kan niet meer.

Een dergelijke benadering vraagt andere competenties dan voorheen. Het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) heeft dit daarom als insteek gekozen voor

haar innovatieprojecten op het gebied van de ouderenzorg. Eén van die projecten betreft het inventariseren van beschikbare en vereiste competenties van mbo-opgeleide beroepskrachten voor interdisciplinaire samenwerking in de ouderenzorg. Het CBOG heeft het Kenniscentrum Beroeps- onderwijs Arbeidsmarkt (KBA) gevraagd deze inventarisatie uit te voeren. In het onderzoek³¹ stonden de volgende twee vragen centraal:

1. *Welke competenties zijn voor mbo-opgeleide beroepskrachten in de ouderenzorg vereist om goed te kunnen samenwerken met zorgverleners vanuit verschillende disciplines, waarbij steeds de zorgvraag van de oudere centraal staat?*
2. *Over welke competenties beschikken de huidige mbo-opgeleiden die in de ouderenzorg werken, om goed te kunnen samenwerken met zorgverleners vanuit verschillende disciplines, waarbij steeds de zorgvraag van de oudere centraal staat?*

Tijdens het onderzoek werden vier soorten competenties onderscheiden, te weten:

- *gevraagde competenties*: de competenties die in mbo-functies in de ouderenzorg worden gevraagd, bijvoorbeeld in de vorm van een beroepscompetentieprofiel of functiebeschrijving;
- *vereiste competenties*: alle competenties die nodig zijn om als beroepskracht in een bepaalde werksetting te kunnen functioneren;
- *aangeboden competenties*: de competenties die in mbo-opleidingen kunnen worden verworven en worden aangeboden op de arbeidsmarkt van de ouderenzorg;
- *beschikbare competenties*: alle competenties waarover beroepskrachten beschikken (binnen en buiten de opleidingen verworven).

Bij de inzet van mbo'ers als beroepskracht in een vraaggerichte ouderenzorg zijn in beginsel alle soorten competenties en de verhoudingen daartussen van belang. Een nieuwe manier van werken kan bijvoorbeeld leiden tot discrepanties tussen vereiste en beschikbare competenties. En discrepanties in de verhouding tussen beschikbare en aangeboden competenties, kunnen wijzen op tekortkomingen in de opleiding.

Uiteindelijk moest met de inventarisatie duidelijk worden welke competenties via een scholing moeten worden aangeboden omdat het werk die competenties vereist én mbo-opgeleide beroepskrachten daarover niet beschikken. De inventarisatie moest daarom betrekking hebben op twee soorten competenties; vereiste en (niet) beschikbare competenties.

Door middel van (1) deskresearch en raadpleging van deskundigen, (2) uitvoering van veldwerk en (3) analyse en rapportage kwamen de onderzoekers tot de volgende conclusies en aanbevelingen:

- *Vereiste versus beschikbare competenties*

Gemiddeld vindt iets meer dan de helft van alle respondenten dat de drie beroepsgroepen niet beschikken over de competenties die zijn vereist. Ook in dit geval denken beroepskrachten zelf en andere betrokkenen hier vrijwel hetzelfde over. De grootse verschillen tussen vereiste en beschikbare competenties concentreren zich op drie categorieën:

³¹ Peters, F. en Kennis, R. (2011) Interdisciplinair samenwerken in de ouderenzorg. In opdracht van het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg. Nijmegen: Kenniscentrum Beroeps- onderwijs Arbeidsmarkt.

- samenwerken in een (multi-disciplinair) team (tot deze categorie behoren echter ook een aantal competenties met de kleinste verschillen);
- communicatie met zorgvragers;
- zorgleefplan en zorgproces.
- *Gevraagde versus aangeboden competenties*

In het onderzoek is ook gekeken naar de gevraagde en aangeboden competenties in respectievelijk beroepscompetentieprofielen en kwalificatiedossiers (voor de evv'er is er geen kwalificatiedossier). Hieruit blijkt dat alle gevraagde competenties ook feitelijk op de werkplek vereist zijn. Tegelijkertijd wordt in de beroepscompetentieprofielen in de vorm van competenties of prestatie-indicatoren nauwelijks aandacht besteed aan communicatie met de zorgvrager. Voor de kwalificatiedossiers (met de aangeboden competenties) kon dit niet worden vastgesteld, omdat deze vooral op hoofdlijnen aangeven wat beginnende beroepskrachten moeten kunnen; dit laat zich lastig vergelijken met de gedetailleerde lijst kennis en vaardigheden die in het onderzoek is gebruikt.

- *Aanbevelingen*

Om beroepskrachten te trainen in de competenties om interdisciplinair samen te werken blijkt in de ouderenzorg een duidelijke voorkeur te bestaan voor scholingsmogelijkheden op de werkplek. Dat geldt met name voor oefenen op de werkplek en werkplek-coaching. Gelet op het achterblijven van de competenties waarover beroepskrachten beschikken bij de competenties die zijn vereist én de voorkeur om hierin via scholing op de werkplek te voorzien, bevelen de onderzoekers het CBOG dan ook aan op korte termijn te starten met een vervolgtraject om een scholing voor interdisciplinair samenwerken te ontwikkelen dat door zorgorganisaties in de ouderenzorg zelf kan worden uitgevoerd.

Een tweede aanbeveling is om in het aan te bieden scholingstraject nadrukkelijk competenties aan de orde te stellen op het gebied van de communicatie met zorgvragers. Dit is namelijk één van de categorieën competenties met de grootste verschillen tussen vereiste en beschikbare competenties. Bovendien hebben deze competenties in de beroepscompetentieprofielen van verzorgenden, eerst verantwoordelijke verzorgenden en mbo-verpleegkundigen een weinig prominente plaats.

4.3 Goede voorbeelden van zorgvraaggerichte ouderenzorg

Het CBOG heeft door middel van een verkennend onderzoek tien goede voorbeelden van zorgvraaggerichte ouderenzorg in beeld laten brengen. De drie vragen waarop dit onderzoek³² zich toespitst zijn:

1. *Welke competenties zijn vereist voor goede, interdisciplinaire samenwerking in de ouderenzorg op het niveau van MBO- en HBO-opgeleide professionals?*
2. *Wat zijn de succes- en faalfactoren voor interdisciplinaire samenwerking in de ouderenzorg?*
3. *Wat zijn de implicaties van interdisciplinaire samenwerking voor beroepen en opleidingen op MBO- en HBO-niveau?*

³² Kruk, T. v. d. (2011) Goede voorbeelden van zorgvraaggerichte ouderenzorg. Vereiste competenties, succes- en faalfactoren en implicaties voor beroepen en opleidingen op MBO- en HBO-niveau. Utrecht: CBOG.

De gekozen voorbeelden laten een enorme verbreding en verdieping van het zorgconcept in de ouderenzorg zien. Dit blijkt alleen al uit de waaier van de beschreven functies, te weten casemanager dementie, wijkverpleegkundige, leidinggevende dagbehandeling, coördinerend verzorgende, medewerker Martha Florahuis, verpleegkundig expert ouderengeneeskunde, verpleegkundig consulent geriatrie, zorgcoördinator, praktijkverpleegkundige en praktijkondersteuner. Uit de werkbezoeken en interviews zijn de volgende gemeenschappelijke kenmerken te destilleren:

1. pluriformiteit in functies;
2. contextafhankelijkheid en standaardisatie;
3. zorgplanbespreking en/of casemanagement als instrument voor interdisciplinaire samenwerking;
4. het belang van communicatieve vaardigheden;
5. regelgeving, administratieve lasten en bekostiging;
6. professionalisering versus vraagsturing;
7. productiedenken versus beroepsethiek;
8. dementie als probleemgebied;
9. permanente educatie;
10. meer ruimte voor de professional en morele dilemma's.

De beschreven voorbeelden illustreren dat zorgvraaggerichte ouderenzorg een ander beroep doet op zorgprofessionals dan waar zij oorspronkelijk voor zijn opgeleid. Competenties, vereist voor interdisciplinaire samenwerking door MBO- en HBO-professionals, staan niet op zichzelf. Zij zijn contextafhankelijk en daarmee vooral organisatieafhankelijk. Voor zorgvraaggerichte ouderenzorg zijn twee in het oog springende competenties nodig:

- *communicatieve vaardigheden en – nauw verwant daaraan – onderhandelingsvaardigheden*
Communicatie heeft niet alleen betrekking op de relatie met de cliënt, maar ook met samenwerken en organiseren. We vatten het echter samen onder de algemene noemer van communicatie.

In de ouderenzorg gaat het om communicatief handelen, affectieve vaardigheden, nonverbale communicatie, emotionele afstemming, mondelinge en schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid, verschillende 'talen' spreken, je in houding en gedrag afstemmen op de cliënt, onderscheid maken tussen inhouds- en betrekkningsniveau, communiceren in een situatie van machtsongelijkheid, kort en bondig presenteren, hoofden bijzaken onderscheiden, begrijpen wat de ander nodig heeft. Communicatie is de basis van verplegen, de ingang voor het opbouwen van een therapeutische relatie en een samenwerkingsrelatie met de cliënt en/of met andere disciplines. Kortom: communicatieve vaardigheden zijn nodig voor de communicatie met de cliënt en mantelzorger, met collega's van de eigen discipline, met leden van andere disciplines en met externe instanties.

- *reflectieve vaardigheden ten aanzien van de eigen professie.*³³

Reflectie op het eigen werk helpt bij de bewustwording van de eigen deskundigheid. Beroepsidentiteit is nauw verwant aan zelfbewustzijn en vertrouwen in eigen deskundigheid. Zicht op eigen kunnen, rol, domein en deskundigheid is nodig om af te kunnen stemmen met anderen binnen de interdisciplinaire samenwerking. Voor diezelfde afstemming zijn weer communicatieve vaardigheden vereist.

Reflectie op de beroepsethiek is nodig om morele dilemma's te herkennen en te leren hanteren. Juist bij 'meer regelruimte voor de professional' neemt het arsenaal aan handelingsmogelijkheden toe, waardoor men zich ook meer bewust moet zijn van de eigen rol in het professioneel handelen.

De organisatorische context schept de voorwaarden voor interdisciplinaire samenwerking. Succes- en faalfactoren voor de organisatorische context vallen voor een groot deel samen met de succes- en faalfactoren voor interdisciplinaire samenwerking (zie box 4.1).

Box 4.1. Succes- en faalfactoren voor interdisciplinaire samenwerking.

succesfactoren	faalfactoren
<ul style="list-style-type: none"> - een duidelijke en gedeelde visie op zorgvraaggerichte ouderenzorg bij alle samenwerkende professionals; bij voorkeur is de visie geoperationaliseerd in beoogde eindresultaten en gevraagde competenties van medewerkers en geëxpliciteerd - goede bekendheid bij zowel potentiële cliënten als verwijzers (PR, communicatie) - een geformaliseerd samenwerkingsverband met een duidelijke structuur, taakverdeling en organisatie - gestructureerd overleg - financiering van de initiatieven: geld stuurt - wederzijds respect en erkenning van elkaars kwaliteiten - benutting van de mogelijkheden van ICT als alternatief voor fysieke vergaderingen 	<ul style="list-style-type: none"> - het ontbreken van een gezamenlijke visie en doel van de samenwerking - een 'gelegenheidscoalitie' waarbij onduidelijk blijft wat de bijdrage van iedere discipline aan het geheel is, waarin de mandaten niet geregeld zijn (in hoeverre een deelnemer aan het overleg of samenwerkingsverband kan spreken namens de eigen discipline, achterban of organisatie), onduidelijke taakverdeling (wie is voorzitter, wie notuleert, wie is waarvoor verantwoordelijk). Onvoldoende onderhoud van het netwerk of samenwerkingsverband - onvoldoende financiering of ongelijkheid van deelnemers bij de overlegvormen zowel in tijd als in geld. Er moet commitment zijn bij deelnemers en hun organisaties om professionals in de gelegenheid te stellen deel te nemen aan samenwerkingsvormen; voorbeeld: staffunctionarissen van grote organisaties worden vaak in de gelegenheid gesteld deel te nemen aan instelling overstijgende samenwerkingsverbanden. Voor uitvoerende professionals, bijvoorbeeld een

³³ Deze competenties/competentiegebieden komen grotendeels overeen met de competenties die geformuleerd zijn door Goumans en Finnema, in de bundel 'Ouderenzorg met toekomst. Visie en voorbeelden van een nieuwe aanpak' (Géron publicatie, uitgever SWP). Uit de gevolgen van de nieuwe, zorgvraaggerichte ouderenzorg leiden zij af wat de gevolgen hiervan zijn voor hulpverleners in de ouderenzorg en stellen zij: *In termen van competenties zijn communicatieve vaardigheden, inlevingsvermogen, onderhandelingsvaardigheden en creativiteit belangrijk. Maar ook ondernemend gedrag is een competentie, die tenminste een HBO-opgeleide hulpverlener zich eigen moet maken*.

	<p>wijkverpleegkundige, ligt dat een stuk moeilijker omdat de tijd die het kost gezien wordt als ‘niet-productief’</p> <ul style="list-style-type: none"> - hiërarchische verhoudingen, verschillende belangen, boven – en ondergeschikten - onvoldoende mogelijkheden om gebruik te maken van ICT, het ontbreken van deskundigheid en onderhoud van ICT-voorzieningen, onvoldoende vaardigheid van de deelnemers om met de ICT om te kunnen gaan.
--	--

Zorgvraaggerichte ouderenzorg vereist niet alleen een andere manier van denken en werken maar ook van opleiden, met:

- *Meer aandacht voor communicatieve vaardigheden*

In de opleidingen en bijscholingen op MBO- en HBO-niveau zal meer aandacht moeten worden besteed aan communicatieve vaardigheden in de breedste zin van het woord. Zowel de contacten met de cliënten als interdisciplinaire samenwerking vragen om een hoog ontwikkeld niveau van communicatief handelen in alle soorten en maten. Binnen de nieuwe ouderenzorg lijkt een verschuiving gaande van ‘doe-functies’ naar ‘dialoog-functies’. Met meer aandacht voor ‘leefstijl-begeleiding’, coaching, voorlichting, in dialoog gaan en afstemming met cliënt en familie komt er meer nadruk op communicatieve vaardigheden van de professional. Door een andere taakverdeling, waarbij meer verantwoordelijkheid bij de uitvoerende professionals wordt gelegd voor de communicatie met familie en andere disciplines, zijn de eisen hoger geworden. Voorbeeld: de eerstverantwoordelijke verzorgende die het zorgplan opstelt met familie en bewoner, waar dit voorheen door het afdelingshoofd of teamleider werd gedaan.

- *Meer aandacht voor beroepsidentiteit en morele dilemma’s*

Verpleegkundige en verzorgende opleidingen op MBO- en HBO-niveau zullen meer aandacht moeten besteden aan de vorming en het articuleren van hun beroepsidentiteit en hun morele dilemma’s in de beroepsuitvoering. Door de grote variatie aan contexten en de neiging van deze professionals tot aanpassing aan andere disciplines, vermindert hun zelfbewustzijn en zelfvertrouwen. Hun betekenis en bijdrage aan het dagelijks leven van cliënten wordt gemakkelijk onderschat. Hun werk is tamelijk ondoorzichtig en moeilijk te vatten. Het is een ‘morele praktijk’, die lastig te articuleren is. Dit is vooral aan de orde bij de minder technische kanten van het beroep. HBO-opgeleiden hebben over het algemeen wel geleerd om te reflecteren op hun beroep en zijn hierbij in het voordeel. Voor MBO-opgeleiden, die vaker ‘minder technisch werk’ uitvoeren en werkzaam zijn in de langdurige zorg, is dit een dubbele opgave. Het werk is moeilijker in woorden te vangen en MBO-opgeleiden zijn meestal verbaal minder vaardig dan HBO-opgeleiden.

- *Betere voorwaarden voor permanente educatie in de care-sector op MBO-niveau*

Op grond van de eerste twee voorgestelde maatregelen en op grond van wat uit de inventarisatie en literatuur naar voren is gekomen is het noodzakelijk om betere voorwaarden te scheppen voor permanente educatie, met name voor MBO-opgeleiden in de care-sector.

Omdat de beschreven functies nog in ontwikkeling zijn, is nog niet definitief duidelijk wat de implicaties zijn van zorgvraaggerichte ouderenzorg voor de opleidingen op hbo- en mbo-niveau. Wel kan de conclusie worden getrokken dat verpleegkundigen en verzorgenden zo moeten worden opgeleid dat ze kunnen functioneren in een snel veranderende werkomgeving, met extra aandacht voor communicatieve vaardigheden en onderhandelingsvaardigheden en reflectieve vaardigheden ten aanzien van de eigen professie.

4.4 Interdisciplinair scholen

Om integrale, vraaggerichte ouderenzorg te kunnen leveren moeten zorgverleners in staat zijn om interdisciplinair samen te werken. Professionals die alleen hun eigen taken voor de oudere vervullen (multidisciplinaire samenwerking) moeten plaatsmaken voor een team waarin professionals op geleide van de zorgvragen van de oudere behalve hun eigen taken ook gemeenschappelijke taken vervullen (interdisciplinaire samenwerking). Deze omslag naar interdisciplinaire samenwerken stelt andere eisen aan de rollen en de competenties van zorgverleners, met name (maar waarschijnlijk niet alleen) aan de rollen en competenties op het gebied van de samenwerking. Wat ligt vervolgens meer voor de hand dan deze zorgverleners ook samen te scholen?

Het CBOG verwacht dat interdisciplinair scholen tot verbetering van de interdisciplinaire samenwerking zal leiden. Hoewel in de huidige opleidingen samenwerken een belangrijke plaats in het curriculum inneemt, komt interdisciplinair scholen slechts moeizaam van de grond. Daarom wil het CBOG hiervoor een breed toepasbaar scholingsmodel ontwikkelen. Ten tijde van het schrijven van dit rapport is het betreffende project nog niet afgerond.

Het beoogde scholingsmodel is specifiek bedoeld voor mbo- opgeleiden in de ouderenzorg die werkzaam zijn op het snijvlak tussen zorg en welzijn. Deze doelgroep figureert weliswaar ook in het project van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) dat een interdisciplinair opleidingsmodel voor wo- en hbo-opgeleiden ontwikkelt, maar zij staat hierin niet op het eerste plan.

Doelstelling is een breed toepasbaar interdisciplinair scholingsmodel voor interdisciplinaire samenwerking ten behoeve van mbo-opgeleide hulpverleners die binnen de integrale, vraaggerichte ouderenzorg werkzaam zijn op het snijvlak van zorg en welzijn. Voortbouwend op de resultaten van de hierboven beschreven projecten (zie 4.2 en 4.3) ontwikkelt het CBOG in 2011 een interdisciplinair scholingsmodel voor interdisciplinair samenwerken dat (1) aansluit bij reeds beschikbare competenties enerzijds en de vereiste competenties anderzijds en (2) in drie settings binnen de ouderenzorg aan de praktijk getoetst is. De aanpak ziet er als volgt uit:

1. Vereiste en beschikbare competenties binnen interdisciplinaire teams in diverse settings binnen de ouderenzorg inventariseren, vanuit een gezamenlijke visie op integrale, zorgvraaggerichte ouderenzorg en met nadruk op de competenties van mbo-opgeleide zorgverleners die op het snijvlak van zorg en welzijn werkzaam zijn:
 - een gezamenlijke visie op integrale, vraaggerichte zorg ontwikkelen door een conceptverheldering van begrippen als kwetsbare oudere, integraal, vraaggericht, zorgvragen, competenties, etc.;
 - vanuit deze gezamenlijke visie de beschikbare competenties binnen interdisciplinaire teams in diverse settings binnen de ouderenzorg inventariseren;
 - vanuit deze gezamenlijke visie de vereiste competenties binnen interdisciplinaire teams in diverse settings binnen de ouderenzorg inventariseren.

2. Een interdisciplinair scholingsmodel voor interdisciplinair samenwerken ontwikkelen die aansluit bij reeds beschikbare competenties enerzijds en de vereiste competenties anderzijds. Dit scholingsmodel bestaat uit een aantal modules, opgebouwd uit de volgende, telkens terugkerende elementen:

- verantwoording;
- leerdoelen;
- leeractiviteiten;
- toetsen.

De bedoeling is dat de scholingsmodule zich vooral leent voor implementatie binnen de werksetting (dus geen 'traditionele' scheiding tussen onderwijs en zorg; in plaats hiervan komt het onderwijs naar de zorg toe en vindt het leren plaats binnen de werksetting waar het geleerde ook in praktijk moet worden gebracht).

3. Het ontwikkelde scholingsmodel wordt middels een aantal trainingen op de werkvloer (pilots) in diverse settingen binnen de ouderenzorg aan de praktijk getoetst.

Het CBOG wil met een inhoudsdeskundige werkgroep, bijgestaan door onderwijskundige expertise, de genoemde resultaten behalen. De resultaten bouwen voort op de kennis die in het veld reeds aanwezig is (bijvoorbeeld de competenties van verzorgenden om met een zorgleefplan te werken). Deze kennis is niet alleen bij kennisinstituten zoals Movisie, en Vilans beschikbaar, maar ook bij beroepsverenigingen. Ook vanuit het perspectief van de GGZ zullen organisaties betrokken worden. Voor de uitvoering van de pilots zal samenwerking worden gezocht met thuiszorginstellingen en verpleeg- en verzorgingstehuizen, opleidingsinstellingen en beroepsorganisaties. De uiteindelijke implementatie zal in zeer nauwe samenwerking met het onderwijs geschieden. Inmiddels is er een opleidingsinstelling enthousiast over dit initiatief. Formeel commitment van de zorginstellingen volgt zo snel mogelijk en wordt geïnitieerd vanuit het ROC ASA te Utrecht. Betrokkenheid van het CBOG is gewenst om de werkzaamheden van de werkgroep te coördineren en te faciliteren alsmede bestaande initiatieven (uit het veld, van zorginstellingen) en bestaande kennis en innovaties te integreren.

Kritische succesfactoren voor dit project zijn:

1. Het vinden van drie pilot-instellingen welke bereid zijn om aan de pilot mee te werken.
2. Het samenstellen van een werkgroep met de juiste expertise en waar nodige externe expertise inschakelen.
3. Het juist toepassen van reeds bestaande kennis en ontwikkeling: daar is vooronderzoek van het CBOG voor nodig en er moet worden voortgebouwd op reeds in 2010 gerealiseerde projecten van het CBOG.
4. Wil de onderhavige scholing een blijvend effect sorteren, dan moet deze niet aan een onderwijsinstelling maar op de werkplek plaatsvinden. Anders verwerven de deelnemers nieuwe competenties waarvoor binnen hun werksetting geen voedingsbodem bestaat. Gegeven dat de ouderenzorg zich steeds minder aan de grenzen van zorginstellingen gelegen laten liggen (denk aan 1 ½ lijnszorg), moeten we de werkplek dus ruimer opvatten dan de thuiszorg, of het verzorgingshuis, of de huisartspraktijk. Maar duidelijk is wel dat het project staat of valt met de insteek van werkplekleren (nog even los van de concrete invulling hiervan).

5. Continuering van het project, indien het niet binnen 2011 af te ronden blijkt, bijvoorbeeld omdat toezeggingen van veldpartijen niet worden nagekomen.
6. Het nakomen van aangegane financiële verplichtingen in geval het subsidiebeleid gewijzigd wordt.

4.5 De ziekenhuisarts

Aanleiding

Er zijn vele signalen dat de zorg – vanuit het perspectief van de cliënt en patiënt – te veel versnipperd is. Meerdere instanties en professionals buigen zich over de patiënt, hetgeen niet altijd de meest doelmatige oplossing is. Het leidt geen twijfel dat patiënten het plezieriger vinden om zoveel mogelijk contact te hebben met dezelfde professional. Indicatief zijn de verhalen van ouderen die in het ziekenhuis te maken hebben met vijf specialisten en daarbij het gevoel van controle volstrekt verliezen. In de transitie naar de thuissituatie kan dit mogelijk leiden tot onveilige situaties. Voor enkele partijen was dit aanleiding om – geïnspireerd door een praktijk uit de Verenigde Staten – de mogelijkheden van een generalistisch specialist in het ziekenhuis te verkennen. In 2010 heeft het CBOG de plannen van de initiatiefnemers bij het ministerie geïntroduceerd.

Door vier opleidingsziekenhuizen (UMCG, Catharina Ziekenhuis, Jeroen Bosch ziekenhuis en VU Medisch Centrum) is, in samenwerking met en via het CBOG, plannen ontwikkeld om een opleiding te realiseren voor een nieuwe profielarts, te weten: de ziekenhuisarts. De opleiding tot ziekenhuisarts komt tegemoet aan de roep om meer generalistische medische professionals³⁴. De ziekenhuisarts is een meer generalistische opgeleide specialist die in de intramurale basiszorg minder hoogspecialistische, maar juist basiszorg taken op zich neemt³⁵.

Het subsidieverzoek van de vier opleidingsziekenhuizen is in juli 2010, samen met een subsidieverzoek van het CBOG om dit project te monitoren, naar directeur-generaal Huijts verstuurd (brief kenmerk: I100099 MB/PH). Zoals ook in deze brief met beide verzoeken kenbaar wordt gemaakt, wil het CBOG de (on)bedoelde effecten van de introductie van deze nieuwe opleiding en functie monitoren. Kritische succesfactoren, mogelijke faalfactoren en de aansluiting op andere (medische en niet-medische) functies vormen daarbij belangrijke vragen die het CBOG wil beantwoorden voordat deze opleiding definitief wordt ingevoerd. Het CBOG wil een advies uitbrengen over de meerwaarde en al dan niet bedoelde effecten van introductie van deze nieuwe opleiding en dit nieuwe beroep. De vier initiatiefnemende ziekenhuizen hebben inmiddels een stichting opgericht die in 2011 een succesvolle subsidieaanvraag heeft ingediend.

Probleemstelling

In de medische beroepencolom wordt een tekort aan generalisten ervaren. De introductie van de ziekenhuisarts wordt gesteld als een (mogelijke) oplossing hiervoor. Het CBOG wil beoordelen of dit daadwerkelijk een oplossing is en welke de mogelijke gevolgen zijn voor de beroepsbeoefening van andere professionals in het ziekenhuis. Een uitdaging hierbij is dat de ziekenhuisarts integraal ten opzichte van andere zorgberoepen (professioneel standpunt) en van de ziekenhuizen (organisatie

³⁴ - Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2010), Numerus fixus: loslaten of vasthouden, Den Haag: RVZ.
- Oosterhuis, M.J. en Van Offenbeek, M.A.G. (2003), Veranderende functiestructuren; het afstemmen van vraag en aanbod in de medische professie, onderzoek in opdracht van ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Groningen.

³⁵ NFU (2010), Discussienota 'De medisch specialist van straks', Utrecht: NFU.

standpunt) moet worden geïmplementeerd. Daarbij is het uitgangspunt dat de ziekenhuisarts een meerwaarde heeft voor de (ervaren) kwaliteit van zorg.

Het uiteindelijke doel is, dat de opleiding tot ziekenhuisarts landelijk uitgerold kan worden inclusief de profielregistratie (civiel effect) ervan. Daartoe is het her- en erkennen van kritische succes- en de faalfactoren, inclusief de oplossingen hiervoor, van cruciaal belang. Het civiel effect, in de vorm van profielregistratie, zal door een beroepsvereniging samen met de daarvoor bestemde colleges (bijv. MRSC) moeten worden bewerkstelligd.

Doelstellingen voor het CBOG

In de komende jaren is het doel dat er zicht is op de krachten die de kritische succesfactoren van deze nieuwe opleiding bepalen. Het doel van de begeleiding van de pilot van ziekenhuisarts is daarnaast dat gaandeweg aan belemmerende factoren, die uit de monitoring naar voren komen, kan worden gewerkt. Het project houdt verband met en krijgt input van het overzicht processen rondom innovatie (B1) en het project dat verkent of een MaNaMa structuur (B5) in de toekomst kan worden geïmplementeerd.

Resultaat

Parallel aan de ontwikkeling respectievelijk introductie van het opleidingscurriculum door de participerende ziekenhuizen, zal er een krachtenveldanalyse worden gemaakt om zicht te krijgen op de belemmerende dan wel stimulerende factoren vanuit aanpalende professies en de organisatie. Deze factoren worden vervolgens met de betrokkenen besproken en aangepakt. Daarnaast ontstaat door monitoring zicht op beroepsvorming van de beginnende ziekenhuisartsen i.o.: verwachtingenpatroon ten aanzien van het carrièreperspectief.

Aanpak

Er zal deskresearch worden uitgevoerd en er zullen semi-gestructureerde interviews gehouden ten aanzien van het 'cultureel mandaat' en mandaat vanuit de organisatie. De resultaten uit de deskresearch en de semi-gestructureerde interviews vormen een krachtenveldanalyse van de status quo (nulmeting). Zichtbare belemmerende factoren worden, met principes van verandermanagement, besproken met de betrokken actoren in de ziekenhuizen.

Door middel van een vragenlijst zal zicht worden verkregen op de beroepsvorming van beginnende ziekenhuisarts i.o. Inzicht in het verwachtingenpatroon ten aanzien van het carrièreperspectief vormt daartoe de basis. Dit verwachtingenpatroon kan het CBOG aan de desbetreffende organen meegeven in de vorming van het civiel effect van de opleiding.

Kritische succesfactoren

- De juiste expertise betrekken bij het onderzoek;
- Medewerking van de betrokkenen bij het onderzoek;
- Continuïteit van de monitoring over meerdere jaren: daar zit de kracht.

4.6 De Geneeskundig Specialist van Straks

Aanleiding

De NFU heeft in februari 2010 de Discussienotitie "De medisch specialist van straks – Toekomstscenario's medische vervolgoopleidingen" uitgebracht. Op 30 juni 2010 organiseerde de NFU hierover

een invitational conference. Naar aanleiding hiervan zijn verkennende gesprekken gevoerd en is door de NFU aan het CBOG gevraagd de regie te nemen in het verbreden van dit initiatief. In samenspraak met alle betrokken partijen zullen de mogelijkheden van een MaNaMa structuur in de geneeskundige vervolgopleidingen verkend worden. Daarbij is het kernpunt een coherente uitwerking van de algemene competenties, een juiste balans van academisch en praktische opleiding en een flexibilisering van de geneeskundige vervolgopleidingen.

Deze initiatieven sluiten aan op de reeds gerealiseerde en lopende trajecten In Vivo en Dies Diem Docet (ook wel het MMV-project genoemd). Het recent afgeronde project In VIVO is erop gericht geweest om voor de opleidingen gynaecologie en kindergeneeskunde de implementatie van de CanMEDS op de werkvloer en in het opleiden te bevorderen. Instrumenten zijn ontwikkeld die hierbij behulpzaam kunnen zijn. Het project Dies Diem Docet, dat onder penvoerderschap van KNMG wordt uitgevoerd, beoogt de implementatie van de curricula van alle medische vervolgopleidingen, die inmiddels zijn herzien op basis van de CanMEDS competenties. Dit project is onder meer gericht op professionalisering van docenten en de regelgeving ten behoeve van visitaties en erkenningen, zodat alle opleidingen straks ook daadwerkelijk op de nieuwe eisen worden beoordeeld. Het project Geneeskundig Specialist van Straks beoogt een verdieping en versnelling van deze modernisering van de opleiding tot medisch specialist, door in te gaan op zowel de inhoud als ook de structuur van de opleiding.

Probleemstelling

Hoe kunnen we de opleiding tot medisch specialist beter afstemmen op de zorgvraag van de toekomst? Er is behoefte aan meer flexibiliteit en differentiatie in de opleidingsduur van geneeskundige vervolgopleidingen en aan meer generalistisch opgeleide artsen met interesse voor het ziekenhuisbedrijf in een verbindende rol.

Belangrijke randvoorwaarden zijn bijvoorbeeld wet- en regelgeving (Wet BIG en regelgeving CGS) en financiering van de zorg die door deze generalisten wordt geleverd. Derhalve is een verbinding tussen veldpartijen (beroepsverenigingen, werkgevers en opleidingsinstellingen) en het ministerie van VWS die randvoorwaardenschepend is, van essentieel belang.

Doelstelling

Vorbereidingen treffen, in samenspraak met betrokken partijen (NFU, NVZ/STZ, KNMG, CGS, VWS) voor een implementatietraject gebaseerd op de discussienotitie gericht op:

1. Meer generalistisch opleiden;
2. Gestructureerd en gecertificeerd werken aan algemene competenties;
3. Flexibiliseren van de opleidingsduur.

Resultaat

Er is een eerste globale uitwerking van de plannen gerealiseerd. Vastgesteld is dat deze fundamentele veranderingstrajecten alleen kans van slagen hebben in een incrementalistische benadering: kleine pilots die veel inzicht opleveren en mogelijk ook draagvlak in het veld genereren. Na een intensieve discussie is besloten om op vier locaties, die in principe positief staan ten opzichte van de plannen, een pilot te gaan uitvoeren. Beoogd is een test te doen met een integrale en coherente uitwerking van de CanMEDS, in een goede balans van academisch en praktisch opleiden, uitmondend in een maters titel.

In de zomermaanden is nadere afstemming gerealiseerd met het MMV-project dat onder penvoerderschap van KNMG wordt uitgevoerd. Besloten is de pilot te integreren met enkele andere onderdelen van het MMV-traject.

Aanpak

Het CBOG vervult bij dit project een ondersteunende rol.

Kritische succesfactoren

- Draagvlak van alle partijen;
- Bereidheid tot samenwerking;
- Te zijner tijd: faciliterende regelgeving.

5 Gedachten en overwegingen voor de toekomst

Terugblikkend op de innovatieprojecten die in de loop der jaren door het CBOG uitgevoerd zijn, dringt zich een aantal gedachten en overwegingen op die van waarde kunnen zijn voor de toekomst.

De chronologische beschrijving in de voorgaande hoofdstukken maakt om te beginnen één ding duidelijk: innoveren van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg is een proces dat zich over meerdere jaren uitstrekt, uit meerdere met elkaar samenhangende projecten bestaat en waarbij meerdere partijen betrokken zijn. In dit proces kunnen we de volgende fasen onderscheiden:

1. *ideegeneratie:*
het verzamelen van zo veel mogelijk ideeën die zouden kunnen leiden tot nieuwe producten, diensten of processen;
2. *ideeselectie:*
het kiezen van de ideeën die zo kansrijk worden geacht dat de organisatie bereid is te investeren in de ontwikkeling hiervan;
3. *implementatie:*
het omzetten van een idee in een product, dienst of proces. Deze fase omvat onder meer het ontwerpen en testen van (een prototype van) de innovatie;
4. *diffusie:*
in deze fase van verspreiding wordt het product of de dienst op de markt gebracht of wordt het proces op grote schaal in de organisatie ingevoerd;
5. *lessen trekken:*
doelbewust nagaan welke lessen uit de voorgaande fasen te trekken zijn voor toekomstige innovatieprocessen.

Deze fasering van het innovatieproces is natuurlijk een ideaaltypische constructie van de werkelijkheid die vaak zo weerbarstig is - met veel loops, terugvalmomenten, bijstellingen, enzovoort - dat zij zich niet altijd even gemakkelijk in dit soort mentale representaties laat vangen. Maar om vat te krijgen op de vaak zo chaotische werkelijkheid van innovatieprocessen zijn de geschetste innovatiefasen wel een handzaam hulpmiddel.

Met deze kanttekening in het achterhoofd en onder weglating van incidentele of op ad hoc-basis uitgevoerde projecten zijn in de korte geschiedenis van het CBOG, wat innoveren betreft, twee perioden te onderscheiden. De eerste periode (2006-2008) stond vooral in het teken van opleidingen (modernisering van de medische opleidingen) en beroepen (taakherschikking). In de tweede periode (2008-heden) was de innovatie vooral gericht op een betere afstemming van het zorgaanbod (via beroepen en opleidingen) op de zorgvraag in de ouderenzorg van de toekomst. In beide perioden sloot het centrale innovatiethema naadloos aan bij de opdracht van het CBOG, namelijk

. . . het bevorderen en bewaken van een optimale personele bezetting in de gezondheidszorg, zowel kwalitatief als kwantitatief, en het aansturen van instrumenten om dat te realiseren.

5.1 Innovatieprojecten CBOG I: opleiden en taakherschikken

De eerste stap naar succesvol innoveren bestaat uit het systematisch monitoren van aanleidingen om te innoveren (bijvoorbeeld onverwachte gebeurtenissen, ongerijmdheden, veranderingen in de markt, demografische veranderingen, etc.). Wanneer deze aanleidingen om te innoveren ook nog eens door uiteenlopende partijen (ambtelijke werkgroepen, veldpartijen, adviescolleges, etc.) onder de aandacht worden gebracht, dan is dat zeer bevorderlijk voor het creëren van het maatschappelijk draagvlak dat voor innovatie nodig is. Dit was wat gebeurde in de aanloop naar de innovatieprojecten rond opleiden en taakherschikking. De wachlijstproblematiek was voor diverse partijen aanleiding tot het genereren van tal van innovatieve ideeën (zie hoofdstuk 1.1).

Het genereren van bruikbare, innovatieve ideeën nam twee tot drie jaren in beslag, maar toen lagen er ook zo veel ideeën op tafel dat de tijd rijp was voor de volgende fase van het innovatieproces: de ideeënselectie. Er werd een selectie gemaakt uit alle innovatieve ideeën over de toekomstige beroepskrachtenvoorziening in de gezondheidszorg. De selectiebeslissing werd op twee niveaus genomen, namelijk op idee-niveau en op portfolio-niveau.

Om te beginnen gaf de commissie Le Grand (op idee-niveau) met redenen omkleed aan welke innovatieve ideeën met voorrang in aanmerking kwamen voor implementatie (zie hoofdstuk 1.2). Concreet gingen de voorstellen, in de woorden van commissie Le Grand zelf, over de volgende aspecten:

Artsen kunnen korter worden opgeleid. Hierbij wordt aangesloten bij regelgeving uit Europa. De gemoderniseerde opleidingen zullen kwalitatief beter, maar vooral ook interessanter worden. Moderne in- en uitstapsystemen met certificaten zullen maken dat jonge mensen niet halverwege de studie verloren gaan voor de gezondheidszorg.

Nieuwe professionals die korter en goedkoper dan artsen worden opgeleid, kunnen taken van de artsen overnemen. Hierdoor kunnen artsen meer aandacht besteden aan de patiënten met ernstige, complexe of ongebruikelijke problematiek.

De nurse practitioner (NP) en physician assistant (PA) zijn die nieuwe professionals die hiertoe in staat zijn. Beroepsuitoefening in de gezondheidszorg op HBO-niveau, gevolgd door een goede scholing op HBO-mastersniveau, zorgt voor de vereiste kwaliteit. De ervaring elders leert dat met name patiënten tevreden zijn over deze nieuwe vorm van medische zorg.

Deze oplossingen maken ook dat professionals uit een andere belangrijke beroepsgroep, te weten de verpleegkundigen, hun vak niet vroegtijdig hoeven te verlaten, maar in het eigen of medisch gerelateerd beroep carrière kunnen maken.

Op basis van de geselecteerde ideeën ontwierp de commissie (op portfolio-niveau) in grote lijnen het implementatietraject alsmede de organisatiestructuur die zij nodig achtte om daaraan uitvoering te kunnen geven, samen te vatten als een uitvoeringsplan, en voorzag dit plan van een strategische onderbouwing:

Een samenhangend stelsel om al deze ontwikkelingen te sturen en coördineren is voor de toekomst nodig. Echter, er zijn vele partijen die hierbij een rol spelen en moeten spelen. Partijen

die elk hun eigen belang hebben bij deze ontwikkeling. De Commissie adviseert daarom voor een beperkt aantal jaren een stuurgroep in te stellen om zo'n samenhangend stelsel tot stand te brengen.

Een en ander resulteerde in de instelling van de Stuurgroep MOBG die de basis legde voor het CBOG (zie hoofdstuk 1.3).

Hoewel het CBOG zelf niet bij de ideegeneratie en ideeselectie betrokken was geweest, was het CBOG wel de organisatie die de door anderen gegenereerde en door de Stuurgroep MOBG geselecteerde ideeën implementeerde. Dit laatste gebeurde door middel van de innovatieprojecten die tussen 2006 en 2008 zijn uitgevoerd (zie hoofdstuk 2).

In de implementatiefase worden innovatieve ideeën omgezet in realiteit. De stap van idee naar werkelijkheid wordt niet in één keer gezet, maar bestaat uit een aantal tussenstappen. De essentie van deze fase is dat een aantal stappen worden onderscheiden en dat na elke stap wordt besloten of verdere ontwikkeling zinvol en haalbaar is (de zogeheten go/no go momenten). In het geval van het CBOG werd deze fase ingevuld aan de hand van de subsidieverzoeken die elk jaar bij het ministerie van VWS werden ingediend. In deze subsidiecyclus waren drie stappen te onderscheiden:

- aanvraag tot subsidie op basis het werkplan;
- de uitvoering van de projectactiviteiten;
- vaststelling van de subsidie op basis van de projectresultaten.

Kenmerkend voor de ontwikkelingsfase in de beginjaren van het CBOG (werkplannen 2007 en 2008) was dat de jaarlijks terugkerende werkplannen waren ingebed in een meerjarenvisie op de innovatie van beroepen en opleidingen. De werkplannen waren afgeleid van de aanbevelingen uit de *'De zorg van morgen'* en dit rapport was op zijn beurt weer een condensatie van aanbevelingen uit andere rapporten. Deze rapporten waren bekend in het veld en voor de aanbevelingen was reeds draagvlak gecreëerd. Dankzij de inbedding in een meerjarenvisie en het draagvlak dat voor de innovaties bestond, leidde de implementatie van de aanbevelingen uit *'De zorg voor morgen'* tot duurzame en toekomstbestendige veranderingen in de beroepen en opleidingen.

Bij aanvang van deze implementatietrajecten werden de aanpak en de uitwerking gedetailleerd beschreven. Een voorbeeld is het project InVIVO. Daarbij werd vooraf beschreven dat kernteams, verspreid over Nederland, de gemoderniseerde opleidingsplannen voor kindergeneeskunde en gynaecologie zouden gaan implementeren. Voor de implementatie van deze nieuwe opleidingsplannen waren opleidingsinstrumenten ontwikkeld, opleiders opgeleid en werd lokaal draagvlak gecreëerd voor de nieuwe opleidingsplannen. Voor de implementatie van de Verpleegkundig Specialist was eveneens een in samenwerking met V&VN uitgewerkt plan van aanpak beschikbaar. De ontwikkelingsfase omvatte het schrijven van competentieprofielen, het uitwerken van EVC's en de raming van het aantal benodigde verpleegkundig specialisten. Overigens veranderde de aanpak tijdens projecten wel eens, omdat een innovatie in een bestaande praktijk soms om een net iets andere aanpak vroeg.

Eveneens kenmerkend voor het CBOG was dat de uitvoering van de projecten plaatsvond in nauwe samenwerking met de betrokken opleidingen en beroepsgroepen. Als gevolg van deze aanpak werd de uitwerking constant door inhoudelijke kennis gevoed. De resultaten waren daardoor direct toepasbaar. In het geval van InVIVO bijvoorbeeld werd de uitvoering hoofdzakelijk door de acht kernteams gedaan. Deze werden door een projectgroep aangestuurd. Meerdere malen heeft (landelijke) uitwisseling plaatsgevonden tussen de kernteams. Bij de implementatie van de Verpleeg-

kundig Specialist was V&VN als opdrachtnemer ingeschakeld. De uitwerking van de competentieprofielen en de vrijstellingsprocedures werd in nauwe samenwerking met de opleiders gerealiseerd. Tussentijdse producten werden voor feedback teruggekoppeld aan belanghebbende (koepel)verenigingen. Op die manier bleven de betrokken partijen op de hoogte van de ontwikkelingen. Als neveneffect van de implementatie door het veld zelf ontstond een 'sneeuwbaaleffect' als het gaat om draagvlak en enthousiasme voor de innovatie.

Samenvattend, in de beginjaren van het CBOG is de implementatie van de aanbevelingen uit toonaangevende rapporten, in gang gezet door de Stuurgroep MOBG, afgerond. Dankzij de meerjaren visie op de innovatie van beroepen en opleidingen, dankzij de gedegen en gedetailleerde uitwerking van de aanbevelingen waarvoor reeds draagvlak bestond en dankzij de nauwe samenwerking met de opleidingen en beroepsgroepen is het CBOG een onmisbare en onvervangbare schakel gebleken bij het implementeren van de aanbevelingen uit *'De zorg van morgen'*.

Aan het einde van de implementatiefase zijn innovatieve ideeën gereed voor introductie op grotere schaal (diffusie). Op dit punt namen andere partijen het over. Denk bijvoorbeeld aan het wetgevingstraject rond de zelfstandige bevoegdheid van verpleegkundig specialisten en physician assistants, waarbij KNMG en V&VN het voortouw namen.

5.2 Innovatieprojecten CBOG II: de gezondheidszorg van de toekomst

De tweede innovatiecyclus verliep anders dan de eerste innovatiecyclus die het CBOG heeft doorgevoerd. Aan de hand van de verbetercyclus werden door het CBOG zelf drie sectoren van de gezondheidszorg verkend, waarin significante veranderingen in de zorgvraag en dus ook in het zorgaanbod werden verwacht, te weten: de eerstelijnszorg, de publieke gezondheidszorg en de ouderenzorg. In termen van innoveren stond in deze periode het genereren van innovatieve ideeën voor beroepen en opleidingen in drie sectoren van de gezondheidszorg centraal (zie hoofdstuk 3).

Vervolgens werd ervoor gekozen om in 2010 en 2011 te focussen op de ouderenzorg met als centraal thema: de groeiende en veranderende zorgvraag zal andere eisen stellen aan beroepen en opleidingen in de ouderenzorg. In termen van innoveren was hiermee de selectie, althans op portfolio-niveau, gemaakt. De grote druk die zal ontstaan in de zorg voor ouderen is aanleiding voor aanzienlijke veranderingen in het aanbod en de organisatie van de zorg. De ouderenzorg is daarmee voorloper in een noodzakelijke modernisering die leidt tot een meer toekomstbestendige zorgverlening. Het CBOG was dan ook voornemens het beleid in deze richting krachtig te stimuleren, te faciliteren en daar waar wenselijk ook te regisseren. Een en ander werd uitgewerkt in de innovatieprojecten ouderenzorg die in het vierde hoofdstuk van dit rapport worden beschreven.

Vanuit de verwachting dat de ouderenzorg van de toekomst een andere manier van denken, van werken en dus ook van opleiden vereist, zijn diverse projecten op het gebied van de ouderenzorg gestart. In de tweede helft van 2010 is het CBOG tevens gestart met het ontwikkelen van een nieuwe brede agenda voor modernisering van de beroepenstructuur in de zorg aan de hand van rondetafelgesprekken en andere agendazettende bijeenkomsten met de meest betrokken veldpartijen. Dit geschiedde in aansluiting op de discussie over noodzakelijke randvoorwaarden voor vergaande implementatie van taakherschikking. Daarnaast werd aansluiting gezocht bij de discussienotitie van de NFU over de Medisch Specialist van Straks (2010). Het NIVEL heeft vervolgens opdracht gekregen om een inventarisatie te maken van de meest nijpende knelpunten in de beroepenstructuur. Voordat deze inspanningen echter konden resulteren in een nieuwe agenda die kon rekenen op voldoende

draagvlak , viel de beslissing om voor de innovatietaak op het gebied van beroepen en opleidingen een ander onderkomen te zoeken.

Analoog aan de eerste innovatiecyclus van het CBOG kunnen we vaststellen dat er door allerlei partijen enorm veel innovatieve ideeën gegenereerd zijn en het tijd is voor een nieuwe 'commissie Le Grand'. Deze commissie zou als opdracht moeten krijgen: het selecteren van ideeën die in samenhang met elkaar en met voorrang in aanmerking komen voor implementatie. Dit lijkt wellicht een zwaar middel, maar de problemen die ons in de komende decennia te wachten staan zijn dat ook.