

Bekwaam is bevoegd

Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



RVZ raad in gezondheidszorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en voor het parlement. Hij zet zich in voor de volksgezondheid en voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische beleidsadviezen uit. Die schrijft de Raad vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter

Prof. drs. M.H. (Rien) Meijerink

Leden

Mw. mr. A.M. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Mw. prof. dr. D.D.M. Braat

Mw. E.R. Carter, MBA

Prof. dr. W.N.J. Groot

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mw. drs. M. Sint

Prof. dr. D.L. Willems

Algemeen secretaris

Drs. P. Vos

Bekwaam is bevoegd

**Innovatieve opleidingen en
nieuwe beroepen in de zorg**

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, april 2011

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 340 50 60
Fax 070 340 75 75
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: Koninklijke Broese en Peereboom B.V.
Fotografie: Eveline Renaud
Druk: Koninklijke Broese en Peereboom B.V.
Uitgave: 2011
ISBN: 978-90-5732-229-7

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of per mail bij de RVZ (mail@rvz.net) onder vermelding van publicatienummer 11/01

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Kern van het advies

De inhoud van opleidingen en beroepen in de zorg verschuift. Door de veranderende vraag wordt een beroep gedaan op andere competenties en een grotere diversiteit aan beroepen. De vaste beroependomeinen verdwijnen en een afgeslankte beroepenstructuur blijft over.

Welk probleem lost dit advies op?

Zorgverleners zullen in de toekomst beter zijn toegerust voor preventie van ziekte en het langdurig ondersteunen van chronisch zieken.

Wat zijn de gevolgen voor de patiënt?

De patiënt krijgt zorg op maat van een zorgverlener die de kennis en kunde heeft die nodig zijn voor zijn behandeling. De zorgverlener is continue bijgeschoold in kennis en vaardigheden die patiënten nodig hebben.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?

De zorgverlener heeft een opleiding genoten die meer is toegesneden op het uit te voeren beroep en hij/zij beschikt over de juiste competenties voor de taken. Als de zorgverlener aantoonbaar bekwaam is, is hij ook bevoegd om te handelen. De organisatie van de zorg kent een grotere verscheidenheid dan nu, aangepast aan de aard van het werk (complex, routinematig, diagnostisch).

Wat kost het?

Er zijn zowel besparingen mogelijk, als intensiveringen noodzakelijk. Een berekening is niet gemaakt.

Wat is nieuw?

Bekwaam is bevoegd. Meer integrale bekostiging en zorgstandaarden. Verplichte bij- en nascholing. Meer diversiteit in opleidingstrajecten, met kortere basisopleidingen. Meer mogelijkheden voor taakherschikking.

Inhoudsopgave

Samenvatting	7
1 Adviesopdracht	13
1.1 Aanleiding voor het advies	13
1.2 Beleidsvragen	14
1.3 Functie van het advies	15
1.4 Leeswijzer	15
2 Anders werken: de patiënt vraagt erom	19
2.1 Zijn zorgprofessionals voorbereid op de toekomst?	19
2.2 Het Chronic Care Model	19
2.3 Chronische zorg in Nederland	21
2.4 Conclusies	23
3 Anders werken: technologie maakt het mogelijk	25
3.1 Anders organiseren	25
3.2 Taken overdragen	28
3.3 Conclusies	30
4 Anders structureren: competenties leidend	33
4.1 Domeinen doorbreken	33
4.2 Regels versoepelen	34
4.3 Conclusies	38
5 Anders opleiden: de zorgvraag centraal	41
5.1 Competentiegericht onderwijs	41
5.2 Meer flexibiliteit	44
5.3 Bij- en nascholing	44
5.4 Coördinatie en afstemming	46
5.5 Conclusies	47
6 Antwoorden en aanbevelingen	51
6.1 Antwoorden	51
6.2 Aanbevelingen	53
Bijlagen	
1 Relevant deel van het RVZ-Werkprogramma voor 2010	61
2 Adviesvoorbereiding	63
3 Lijst van afkortingen	67
4 Literatuurlijst	69
5 Overzicht Beroepen in de zorg	75
Overzicht publicaties RVZ	81

Bekwaam is bevoegd

Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg

Samenvatting

De gezondheidszorg krijgt te maken met veranderingen in de vraag naar zorg. De bevolking vergrijst, de culturele diversiteit neemt toe en steeds meer mensen leven met chronische aandoeningen, ouderen vaak met verschillende tegelijk.

Dit is ook in andere westerse landen het geval. Aan professionals, hun opleiding en hun manier van werken worden andere eisen gesteld, maar ze blijken er niet adequaat voor opgeleid. En de wijze waarop de beroepsuitoefening is geregeld, verhindert vaak dat de juiste man of vrouw op de juiste plaats komt. Is dat ook in Nederland het geval?

Aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg zijn daarom de volgende vragen gesteld.

1. In welke richting moet de inhoud van beroepen verschuiven?
2. Wat betekent dit voor competenties en opleidingen?
3. Welke maatregelen zijn noodzakelijk om deze veranderingen in beroepen en opleidingen te kunnen realiseren?

De Raad beantwoordt deze vragen als volgt.

1. In welke richting moet de inhoud van beroepen verschuiven?

De inhoud van bestaande beroepen verschuift omdat door de veranderde vraag een krachtig beroep wordt gedaan op preventie en langdurige begeleiding van patiënten. De psychosociale en maatschappelijke gevolgen van chronische aandoeningen vergen dan systematisch aandacht. Agogische vaardigheden, communicatieve vaardigheden en samenwerkingsvaardigheden worden belangrijker. Proactief werken krijgt een sterker accent.

Verder neemt de druk om doelmatiger te werken toe. De zorg zal afhankelijk van de aard van het werk – probleemoplossend, routinematig, communicatief – verschillend worden georganiseerd. Beroepen zullen in elke organisatorische omgeving andere accenten krijgen. Tegelijkertijd maken wetenschappelijke vooruitgang en nieuwe technologie het mogelijk om zonder kwaliteitsverlies taken van hoger opgeleide beroepsbeoefenaren naar lager opgeleiden te verschuiven. In een aantal gevallen kan de patiënt zelf een deel

van de diagnostiek en behandeling uitvoeren. Gezondheid 2.0 en nieuwe technologie maken dit steeds beter mogelijk.

2. Wat betekent dit voor competenties en opleidingen?

Er ontstaat meer dynamiek en diversiteit. Dit heeft tot consequentie dat er per beroep verschillende competentieprofielen gaan ontstaan en dat de competentieprofielen van verschillende beroepen elkaar deels gaan overlappen. Vaste beroepsdomeinen gaan tot het verleden behoren en de toekomst is aan een systeem van bewezen losse competenties op basis van een afgeslankte beroepenstructuur.

In het geheel van competenties ligt de nadruk sterk op kennisverwerving, maar er zal meer aandacht moeten komen voor vaardigheden en professioneel gedrag. Voor alle beroepen zijn het kunnen toepassen van ICT en het kunnen samenwerken met personen van andere disciplines en professies belangrijk. Patiënten begeleiden bij zelfmanagement en verandering van leefstijl zijn nieuwe taken die competenties vergen waarover niet elk beroep hoeft te beschikken. Het is wel belangrijk dat ze aanwezig zijn in het team, zodat aan de lokale zorgvraag kan worden voldaan.

Het is belangrijk dat opleidingen zich richten op de behoeften van de patiënten. Ook is er meer flexibiliteit in de opleidingen nodig om de doorstroom naar andere functies (horizontaal en verticaal) te bevorderen. Gefaseerde en flexibele leertrajecten moeten een leven lang leren mogelijk maken. Hierdoor kunnen professionals hun talenten optimaal ontplooien en krijgen zij een ruimer carrièreperspectief. Competentiegericht onderwijs vormt daartoe de sleutel.

Het systeem van bij- en nascholing moet minder vrijblijvend worden. Het moet een krachtig instrument worden om het beroep continu aan te passen aan wat patiënten nodig hebben. Individuele beroepsbeoefenaren leren hierdoor nieuwe kennis en vaardigheden en blijven op de hoogte van ontwikkelingen. Speciale aandacht is nodig voor beroepen die niet onder de Wet BIG vallen, zoals verzorgenden, en waarbij een tekort is aan bij- en nascholing.

Voorlichting en instructie aan patiënten en mantelzorgers moeten meer aandacht krijgen. Dat draagt ertoe bij dat meer zorgtaken door hen zelf kunnen worden opgepakt en uitgevoerd.

3. Welke maatregelen zijn noodzakelijk om deze veranderingen in beroepen en opleidingen te kunnen realiseren?

De Raad vindt hiervoor de volgende maatregelen noodzakelijk.

1. Stimuleer taakherschikking en ruim hindernissen daarvoor uit de weg.

- Schep duidelijkheid over verantwoordelijkheden.
- Geef inzicht in competenties van beroepsgroepen.

- Overbrug cultuurproblemen.
- Laat bekwaamheid volstaan voor het mogen verrichten van voorbehouden handelingen.
- Maak integrale bekostiging mogelijk voor COPD en hartfalen.
- Bevorder de totstandkoming van zorgstandaarden voor obesitas, astma, depressie, dementie en cva.
- Voer een functioneel omschreven verstrekking 'eerstelijnszorg' in.
- Sta elke hoofdbehandelaar toe een DBC te openen en te sluiten.

2. Bevorder een innovatieve instellingscultuur.

- Benoem innovatieve en ondernemende mensen op sleutelposities in de organisatie.
- School bestuurders en managers bij in moderne managementvaardigheden.
- Regel continue bij- en nascholing voor zorgmanagers, beroepskrachten en ander personeel.

3. Stimuleer patiënten tot zelfmanagement en zelfzorg.

- Verbeter de begeleiding van zelfmanagement en zelfzorg.
- Breid integrale bekostiging van chronische aandoeningen uit.
- Waarborg voor patiënten de toegang tot betrouwbare en actuele informatie.
- Stel patiëntenorganisaties in staat aan hun leden voorlichting en instructie te geven, gericht op zelfmanagement en zelfzorg.

4. Baseer het zorgonderwijs consequent op het verwerven van competenties.

- Maak in de opleiding onderscheid tussen een vast basisgedeelte en een daarop volgend variabel gedeelte.
- Werk de Canmeds competenties en rollen uit in profielen voor het werken in verschillende typen organisaties.
- Stem de eindtermen van (vervolg)opleidingen onderling meer op elkaar af.

5. Maak bij- en nascholing tot een krachtig instrument om het beroep continu aan te passen aan wat patiënten nodig hebben.

- Voer periodieke herregistratie voor alle artikel 3-beroepen in.
- Voer voor deze beroepen een wettelijke verplichting tot deskundigheidsbevorderende activiteiten in.
- Stel voor deze activiteiten een bij- en nascholingsplan op.
- Toets het resultaat van de bij- en nascholing.

6. Versterk de onderlinge samenwerking en afstemming in het zorgonderwijs.

- Ga samenwerken met andere opleidingsinstituten en met maatschappelijke instellingen

- Bevorder het functioneren van een onafhankelijke en gezaghebbende organisatie, die de afstemming van beroepen en opleidingen op de toekomstige zorgvraag signaleert, aanjaagt, draagvlak daarvoor creëert en monitort.

De Raad baseert zijn advies op een analyse van de ontwikkelingen in de vraag naar zorg, de wetenschap en de technologie, de beroepsuitoefening en de beroepsopleidingen. Deze analyse is gevoed door een drietal achtergrondstudies, zes discussiebijeenkomsten, drie bijeenkomsten van een klankbordgroep en de gewaardeerde samenwerking met het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG). De neerslag ervan treft u aan in de hoofdstukken 2 tot en met 5, die elk met conclusies worden afgesloten.

De Raad beschouwt zijn advies als een wake up call. Het is namelijk tijd om na te denken over de uitdagingen waarvoor zorgverleners in de nabije toekomst komen te staan. De problemen van morgen zijn niet die van gisteren. Er zijn andere professionals en andere opleidingen nodig. Dit advies geeft aan wat er moet gebeuren en wie dat moet doen.



1 Adviesopdracht

1.1 Aanleiding voor het advies

Zorgprofessionals voorbereiden op uitdagingen ...

Op 4 december 2010 verscheen in The Lancet een artikel met de uitdagende titel: *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world* (Frenk et al., 2010). Het artikel presenteert het werk van de Commission on Education of Health Professionals for the 21st Century, een internationale commissie van 20 vooraanstaande academici en zorgprofessionals. Zij hebben zich in 2010 gebogen over de vraag hoe zorgprofessionals kunnen worden voorbereid op de uitdagingen van de 21e eeuw.

Wat is volgens de commissie het geval?

... van nieuwe gezondheidsrisico's ...

'In een tijd van snelle demografische en epidemiologische veranderingen wordt de gezondheid van velen bedreigd door nieuwe risico's als gevolg van infectieziekten, milieu en menselijk gedrag. Zorgprofessionals worden hierop in hun opleiding niet goed voorbereid. De problemen doen zich overal voor. De curricula zijn verbrokkeld, verouderd en statisch. Competenties sluiten niet aan op de behoeften van de patiënten en de bevolking. Professionals werken slecht met elkaar samen. Mannen en vrouwen hebben geen gelijke professionele status. Vaak staat de techniek voorop zonder dat de omstandigheden van de patiënt mee in ogenschouw worden genomen. In plaats van continue aandacht, zijn incidentele contacten de norm. De nadruk ligt op het ziekenhuis ten koste van de eerstelijnszorg. Er is kwantitatieve en kwalitatieve onbalans op de arbeidsmarkt. En professioneel leiderschap is zwak. Pogingen om aan deze tekortkomingen wat te doen, worden vaak verknoeid door de neiging van professies om afzonderlijk of zelfs in onderlinge competitie te opereren' (The Lancet, 2010).

... door hen anders op te leiden

Volgens de commissie is het noodzakelijk om de opleiding van zorgprofessionals zoals artsen en verpleegkundigen op de schop te nemen en daar niet mee te wachten. De wereldwijde uitwisseling van kennis, technologie en geld maakt het mogelijk om van elkaar te leren en naar gezamenlijke oplossingen te zoeken.

Is het toeval dat hetzelfde onderwerp ook voorkomt in het werkprogramma van de RVZ voor 2010? (RVZ, 2010) Daarin staat:

Wat moet er veranderen?

'Het stelsel van beroepen en opleidingen in de zorgsector is in beweging. Nieuwe en steeds complexere zorgvragen vereisen nieuwe competenties. Ook maken nieuwe interventiemogelijkheden het nodig dat nieuwe beroepen ontstaan. In de derde plaats roept het steeds ingewikkelder worden van de gezondheidszorg soms de behoefte aan een nieuw, coördinerend beroep op. De RVZ heeft hieraan regelmatig aandacht besteed, zie onder meer zijn adviezen over taakherschikking,

arbeidsmarkt en AWBZ. Algemene teneur: zorgvraag, wetenschap en technologie vereisen andere beroepen, maar er is geen regisseur met doorzettingsmacht in dit veld vol tegenstrijdige belangen. Een aantal EU-lidstaten is hierin voortvander. Hoe kunnen wij een innovatief beleid van beroepen en opleidingen tot stand brengen? Hoe kunnen wij het aanbod van zorg meer in overeenstemming krijgen met de vraag? En zijn de bestaande scheidslijnen (medisch, verpleegkundig, paramedisch) wel houdbaar? De houdbaarheidsvraag geldt ook voor de bestaande verhouding tussen generalistische en specialistische beroepen en tussen de formele en de informele zorgarbeid. De meest fundamentele verandering is waarschijnlijk die in de spreekkamer. De relatie tussen patiënt en professional verandert en daarmee de inhoud van de professionele verantwoordelijkheid. Wat is in dit dynamische spel van vraag en aanbod de taak van de overheid? En welke beleidsinstrumenten heeft zij?’

1.2 Beleidsvragen

In dit advies geen arbeidsmarktproblematiek ...

De vraag hoe we het aanbod van zorg meer in overeenstemming kunnen krijgen met de vraag heeft behalve een kwalitatief ook een kwantitatief aspect. Door een complex van oorzaken - leefstijl, effectievere zorg, vergrijzing - neemt de vraag naar zorg de komende jaren toe, terwijl het aanbod van arbeidskrachten afneemt. Dit zet de arbeidsmarkt onder druk, vooral bij de verpleegkundige en verzorgende beroepen. De verwachting is dat een efficiëntere inrichting van processen, een grotere doelmatigheid en een hogere productiviteit arbeidsbesparing zullen opleveren. De druk op de arbeidsmarkt neemt daardoor af. De invoering van nieuwe technieken, producten en meer technologie kan in zijn algemeenheid zorgen voor een modernere uitstraling van de zorg en een grotere aantrekkingskracht op het arbeidspotentieel. Hiervoor zijn overigens wel andere vormen van leiderschap en management nodig. Het gaat immers niet alleen om de dag van vandaag of morgen, maar om een oplossing te bedenken voor de uitdaging van de toekomst. De RVZ heeft over deze materie een afzonderlijk advies uitgebracht: *Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg (RVZ, 2011)*. Daarom gaat de raad er in dit advies niet uitgebreid op in. Maar duidelijk is dat veranderingen in beroepen en opleidingen die niet alleen tot betere zorg maar ook tot arbeidsbesparing leiden, meer kans van slagen hebben. Bovendien neemt de raad de aanbevelingen van het advies mee, in het bijzonder die over het bevorderen van een innovatieve cultuur binnen zorginstellingen.

In dit advies concentreert de RVZ zich op de kwalitatieve aspecten van de vraagstelling en beantwoordt de volgende vragen:

... maar innovatie van beroepen en opleidingen

1. In welke richting moet de inhoud van beroepen verschuiven?
2. Wat betekent dit voor competenties en opleidingen?
3. Welke maatregelen zijn noodzakelijk om deze veranderingen in beroepen en opleidingen te kunnen realiseren?

1.3 Functie van het advies

Wake up call

Het advies is een wake up call. Het is tijd om na te denken over de uitdagingen waarvoor zorgverleners in de nabije toekomst komen te staan. De problemen van morgen zijn niet die van gisteren. Er zijn andere professionals en andere opleidingen nodig. Dat is niet alleen in Nederland zo, maar ook in andere landen. Daar kunnen we van leren. Maar we moeten wel actie ondernemen. Dit advies geeft aan wat er moet gebeuren en wie dat moet doen.

1.4 Leeswijzer

Vragen

In hoofdstuk 1 presenteren we het probleem. De vraag naar zorg verandert. Wat betekent dat voor de beroepen in de gezondheidszorg en voor de opleidingen. Wat moet er veranderen en wie moet daarvoor zorgen?

Een voorbeeld: chronische zorg

In hoofdstuk 2 verkennen we de problematiek aan de hand van een voorbeeld. Dat voorbeeld is niet willekeurig gekozen. Het gaat om een centraal vraagstuk voor de komende jaren. Hoe gaat de gezondheidszorg om met mensen met een chronische aandoening? We weten hoe het moet en hoe het kan. Daarvoor is in de VS het Chronic Care Model ontwikkeld, maar hoe passen we het in Nederland toe? We constateren dat het hier nog maar beperkt in praktijk wordt gebracht en dat traditionele rolopvattingen, tekortschietende vaardigheden en onvoldoende stimulansen daarbij een belangrijke rol spelen.

Innovatie in beroepen nodig en mogelijk

In hoofdstuk 3 bezien we de mogelijkheden om anders aan de vraag van patiënten tegemoet te komen. Een belangrijke conclusie is dat wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen drastische veranderingen in de organisatie en wijze van zorgverlening mogelijk maken. Er ontstaat behoefte aan nieuwe beroepen, maar ook aan andere competenties bij bestaande beroepen. Diagnostiek en behandeling die in het verleden slechts door hoog- en vooral langdurig opgeleide artsen verricht konden worden, blijken nu, met behulp van technologie, even goed door lager opgeleiden uitgevoerd te kunnen worden. In een aantal gevallen kan de patiënt zelf een deel van de diagnostiek en behandeling uitvoeren. Taakherschikking is niet alleen mogelijk, maar ook nodig.

Sturen op competenties

In hoofdstuk 4 trekken we de consequenties voor de beroepenstructuur. Belangrijk is dat de beroepenstructuur de instroom van nieuwe beroepen en van mensen met nieuwe vaardigheden bevordert en taakherschikking makkelijker maakt. In feite gaat het erom met meer flexibiliteit te kunnen werken, wat zowel de zorginnovatie bevordert als de mobiliteit op de arbeidsmarkt van de zorg. Zoals het bij het onderwijs gaat om het aanleren van de juiste competenties, gaat het hier om het toepassen van de juiste competenties. Wat iemand kan is bepalend, niet wat zijn beroep is.

Competentiegericht opleiden	In hoofdstuk 5 komen de consequenties aan de orde voor scholing en opleidingen. Belangrijk is dat opleidingen zich richten naar de behoeften van de patiënten en de doorstroom naar andere functies (horizontaal en verticaal) bevorderen. Competentiegericht onderwijs vormt daartoe de sleutel.
Antwoorden en aanbevelingen	In hoofdstuk 6 beantwoorden we de gestelde vragen en komen met aanbevelingen.



2 Anders werken: de patiënt vraagt erom

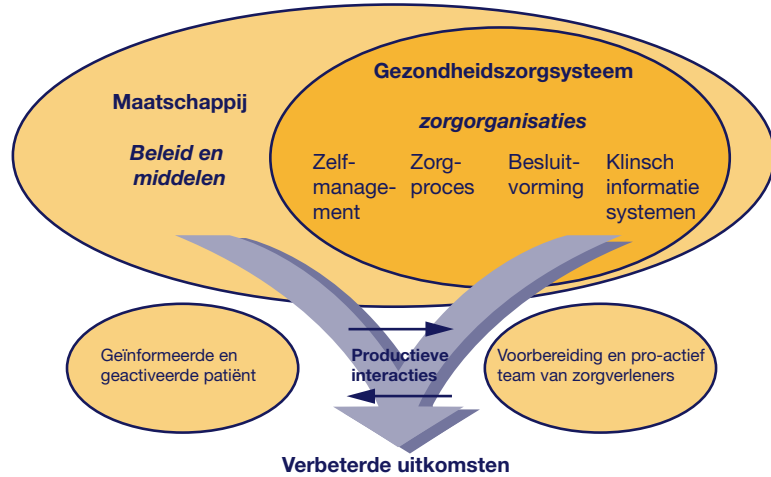
2.1 Zijn zorgprofessionals voorbereid op de toekomst?

Onvoldoende voorbereid op toename chroniciteit	Zijn zorgprofessionals voorbereid op de gezondheidsrisico's van morgen? Die vraag wordt in het eerder geciteerde artikel uit The Lancet ontkennend beantwoord. Zorgprofessionals lijken te worden opgeleid om de vorige oorlog te winnen.
Curatief denken nog dominant	We zien in Nederland het aantal chronisch zieken sterk toenemen, maar het curatief denken blijft dominant. Het zorgaanbod is nog steeds georiënteerd op de episodische ziekte of stoornis. Er is steeds meer multimorbiditeit en multiproblematiek, maar de zorgverlening is verbrokken en concentreert zich op enkelvoudige aandoeningen. Het aanbod bestaat vooral uit zorgverlening, terwijl er toenemende behoefte is aan advies en ondersteuning bij maatschappelijke participatie en persoonlijke dienstverlening. Het beloop van veel chronische aandoeningen wordt beïnvloed door gedrag (roken, te veel eten, onveilig rijden), maar medici en andere zorgverleners zijn niet opgeleid en vaak ook niet in staat om gedragsveranderingen te helpen doorvoeren en patiënten hierbij te begeleiden (RVZ, 2010).
Voorbeeld: Chronic Care Model	De patiënten van de komende jaren zijn natuurlijk niet allemaal chronisch ziek. Mensen blijven hun been breken en een ontstoken blindedarm krijgen. Ook chronisch zieken. De gezondheidszorg van morgen kan dus niet worden gereduceerd tot zorg voor chronisch zieken, maar de behandeling en begeleiding van chronisch zieken wordt wel een hoofdtaak. Hoe die taak moet worden uitgevoerd is bekend. In de VS is daarvoor het Chronic Care Model (Wagner et al., 2001) ontwikkeld. Het is evidence-based en maatgevend voor geïntegreerde chronische zorg. Het kan als maatstaf dienen voor de beoordeling van chronische zorg in Nederland. Hieronder bespreken we eerst het Chronic Care Model en gaan daarna in op de chronische zorg in Nederland.

2.2 Het Chronic Care Model

Zes onderdelen	Het Chronic Care Model bestaat uit zes onderdelen die er samen voor zorgen dat chronische ziekten goed worden gemanaged. Die zes zijn: zelfmanagement, zorgproces, besluitvorming, klinische informatiesystemen, gezondheidszorgsysteem en maatschappij. In schema gezet ziet het er zo uit.
----------------	--

Figuur 2.1 Chronic Care Model - Model voor geïntegreerde, chronische zorg (H.J.M. Vrijhoef, 2008)



Patiënt verantwoordelijk voor eigen gezondheid

Zelfmanagement is een essentieel onderdeel van het Chronic Care Model. Mensen met een chronische aandoening nemen verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid. Zij leren eigen keuzes te maken, doelen te stellen, problemen op te lossen en om te gaan met tegenslag. Zij worden daarin begeleid door zorgverleners die niet alleen letten op de lichamelijke en psychische gevolgen van de aandoening, maar ook op de sociale gevolgen. Behalve dat deze zorgverleners mensen met een chronische aandoening behandelen en verplegen, leren ze hen om te gaan met hun aandoening en zo nodig hun gedrag te veranderen. Zij steunen, begeleiden en bemoedigen hen.

Management van zorgproces

Zorgproces. Er zijn veel verschillende taken uit te voeren. De zorg wordt daarom verleend in teamverband. De teams zijn heterogeen van samenstelling en vaak onderdeel van een groter organisatorisch geheel. De arts is niet de aangewezen persoon om al deze taken zelf uit te voeren, noch om hierin leidend te zijn. De belangrijkste slag moet worden gemaakt op het terrein van planning, coördinatie en management van zorgprocessen. Op dit terrein hebben juist niet-medisch geschoolde medewerkers, assistenten en verpleegkundigen, belangrijke taken.

Vaste zorgcoördinator

Besluitvorming. Continuïteit van zorg staat centraal. Per patiënt wordt een vaste zorgcoördinator aangewezen. Mensen met een chronische aandoening blijven voortdurend in beeld door middel van reminders en controles. Nagegaan wordt of de gestelde behandeldoelen worden gerealiseerd, de medicatie volgens protocol wordt ingenomen en de zorg volstaat. Op gezette tijden worden follow-up afspraken gemaakt en er is regelmatig persoonlijk contact. Daarnaast worden groepsbijeenkomsten georganiseerd om voorlichting te geven, informatie te verschaffen en elkaar te helpen. Er wordt gewerkt volgens wetenschappelijk onderbouwde protocollen, richtlijnen en standaarden.

Toepassing van digitale informatiesystemen	Informatiesystemen. Chronische zorgverlening leunt sterk op de aanwezigheid en het gebruik van digitale informatiesystemen. Op basis hiervan kunnen specifieke gegevens over groepen patiënten worden verzameld en benut voor planning van de zorg en verbetering van de uitkomsten. Ook voor de preventie, opsporing en bestrijding van symptomen of aandoeningen zijn digitale informatiesystemen onmisbaar.
Organisatie nodig	Gezondheidszorgsysteem. Het Chronic Care Model kan zowel in kleine (eenmans)praktijken als in grotere organisaties worden toegepast. De omvang van de organisatie is niet bepalend voor het succes, maar wel voor het soort inspanningen dat moet worden geleverd. Zo zal een kleine huisartspraktijk moeilijk kunnen voldoen aan de vereisten van multidisciplinair werken en het invoeren van informatiesystemen. In een grotere organisatie zijn bijvoorbeeld de inbedding in de organisatie en de organisatiecultuur van invloed op de effectiviteit.
Maatschappelijke inbedding	Maatschappij. Chronische zorgverlening moet zijn ingebed in de samenleving. Preventie, gezondheidsbevordering en de hulpverlening en begeleiding van patiënten zijn erbij gebaat dat eerstelijnsorganisaties goede contacten onderhouden met andere maatschappelijke organisaties, zoals gemeenten, scholen en sportclubs. Mensen met een chronische aandoening kunnen daardoor hun plek in de samenleving beter behouden, hervinden of verkrijgen.

2.3 Chronische zorg in Nederland

Chronic Care Model goed bekend	Het Chronic Care Model is in Nederland goed bekend en er zijn veel initiatieven om de chronische zorg te verbeteren. Wat kan er beter en wat is daarvoor nodig? (Huijben, 2010).
Zelfmanagement: tekort aan visie, opleiding en instrumenten	Zelfmanagement. Zelfmanagement is ‘het individuele vermogen om goed om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties van de chronische aandoening en de bijbehorende aanpassingen in leefstijl’ (Chronic Care Model). In Nederland is steeds meer aandacht voor de rol van de patiënt en de ondersteuning van zelfmanagement, maar het ontbreekt (Engels et al., 2010) aan visie, opleiding en instrumenten. Zelfmanagement stimuleren vraagt een andere rol van de arts: meedenken, voor- en nadelen van behandelopties bespreken en voorwaarden scheppen (Engels, 2009). Artsen zijn niet opgeleid voor ondersteuning van zelfmanagement. Ze hebben niet altijd inzicht in patiëntervaringen en wensen van patiënten en beschikken niet altijd over vereiste gesprekstechnieken. De bestaande cultuur binnen organisaties en opleidingen maakt de rolverandering van professionals lastig. En de financiering voor (het uitproberen van) zelfmanagement is niet beschikbaar of onvoldoende flexibel.

Managen zorgproces verbeteren

Zorgproces. Huisartspraktijken zijn in snel tempo samenwerkingsverbanden geworden. Zo'n 80% van de huisartsen is daarin werkzaam. Maar de samenwerking is vaak nog los van karakter. Zij bestaat zelden uit daadwerkelijke coördinatie, afstemming en organisatie van zorg rondom de patiënt. Daarin is dus nog vooruitgang te boeken. De ondersteuning van de huisarts is vaak de bottleneck. De mogelijkheden van verpleegkundigen of praktijkondersteuners worden nog onvoldoende benut. Functies als zorgcoördinatie, medicatie- en zorgmanagement worden dan ook niet of versnipperd ingevuld. Zo ontbreekt nogal eens een schakel tussen de verschillende zorgverleners binnen één echelon, tussen echelons en buiten de eigen sector.

Besluitvorming versnipperd

Besluitvorming. Over het algemeen moeten mensen met een chronische aandoening zelf aangeven wanneer zij aanvullende hulp of zorg nodig hebben. Alleen in noodsituaties wordt deze hulp of zorg vanuit de eerste lijn zelf geïnitieerd. Daarnaast vereist aanvullende zorg of hulp steeds een nieuwe indicatie, een nieuwe zorgverlener of contactpersoon en een aparte bekostiging met bijbehorend administratief traject voor patiënt en zorgverlener. Het wettelijk kader van de Zorgverzekeringswet, de AWBZ, de WMO en de Wet publieke gezondheid leidt tot versnippering in zowel de financiering, de indicatie als het aanbod van zorg. Dat leidt tot onduidelijkheid en extra regelwerk voor de patiënt, maar ook tot afschuiven van verantwoordelijkheid of extra administratieve druk bij professionals in de zorg.

Informatiesystemen. De vereiste informatiesystemen zijn ook in Nederland in ontwikkeling, maar van een brede toepassing zoals het Chronic Care Model dat ziet, is nog geen sprake. Een van de oorzaken ligt bij de beschikbare informatiesystemen. Omdat het EPD moeizaam van de grond komt, wordt gebruik gemaakt van meerdere systemen. Dit belemmert de uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners en patiënten moeten hiervoor nog steeds toestemming geven. Het maakt de systemen minder functioneel. Maar veel zorgverleners staan ook niet te trappelen om ICT toe te passen, laat staan te integreren in de dagelijkse patiëntvolgsystemen. Dat komt omdat ze niet goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden. Voor veel professionals betekent het omgaan met nieuwe ICT-toepassingen in eerste instantie extra werk in plaats van meer effectiviteit of efficiency. Ook ervaren ze rechtstreeks contact met de patiënt als een prettig onderdeel van hun vak en soms als een must in hun werk.

Geïntegreerde eerstelijnszorg nog wenkend perspectief

Gezondheidszorgsysteem. De eerste lijn is in Nederland meestal kleinschalig georganiseerd. Daarnaast staat de eerste lijn nog steeds op zichzelf. Het is in Nederland dan ook lastig en tijdrovend om tot meer geïntegreerde vormen van eerstelijnszorg te komen. Vormen waarbij het niet alleen gaat om samenwerken als zodanig maar om het gezamenlijk werken aan dezelfde doelen, waarbij de som der delen een meerwaarde bereikt. De randvoorwaarden worden verbeterd, maar er zijn toch nog veel belemmeringen op financieel en organisatorisch vlak. Dit geldt ook op het terrein van werkwijze en

taakopvatting van de verschillende betrokken zorgverleners. De ontwikkeling van zorgstandaarden voor de meest voorkomende chronische aandoeningen kan verbetering in deze situatie brengen, vooral als er een koppeling tussen zorgstandaard en bekostiging wordt aangebracht.

Maatschappelijke inbedding
moet beter

Maatschappij. Er gaapt in Nederland nog een kloof tussen aan de ene kant de eerstelijnszorg en aan de andere kant de publieke gezondheidszorg, de welzijnssector en andere relevante sectoren, die meestal door de gemeente worden aangestuurd. Dit hindert de totstandkoming van facetbeleid, dat onmisbaar is voor een succesvolle aanpak van ongezonde leefstijlen. Er is de afgelopen jaren wel geïnvesteerd in een betere samenwerking tussen de publieke gezondheidszorg en de eerstelijns. Desondanks zijn de schotten op het financiële en beleidsmatige vlak nog altijd hoog. Daarnaast worden communicatie en afstemming bemoeilijkt door verschillen in opleiding en werkwijze in de verschillende sectoren.

2.4 Conclusies

1. Het voorbeeld van de chronische zorg ondersteunt het vermoeden dat zorgprofessionals nog onvoldoende op de gezondheidsrisico's van morgen zijn voorbereid.
2. Het Chronic Care Model wordt nog beperkt toegepast. Verbetering is vooral nodig en mogelijk ten aanzien van de ondersteuning van zelfmanagement, de daadwerkelijke organisatie en coördinatie van het zorgproces en de toepassing van ICT.
3. Taakherschikking zal de kwaliteit van chronische zorg ten goede komen. De mogelijkheden om taken ten aanzien van de begeleiding van patiënten aan verpleegkundigen of praktijkondersteuners over te dragen, worden nog onvoldoende benut.
4. Voor het ondersteunen van zelfmanagement zijn andere competenties nodig dan voor het behandelen van patiënten. Beroepsbeoefenaren moeten daarin apart worden geschoold als ze die rol op zich willen nemen.



3 Anders werken: technologie maakt het mogelijk

Technologie brengt
innovatie ...

Kunnen wetenschap en technologie ons helpen bij het in- en doorvoeren van noodzakelijke veranderingen in de gezondheidszorg? Het antwoord op deze vraag is: ja. Diagnostiek en behandeling die in het verleden alleen door hoog- en vooral langdurig opgeleide artsen verricht konden worden, blijken met behulp van technologie even goed door goed getrainde, maar lager opgeleiden uitgevoerd te kunnen worden. In een aantal gevallen kan de patiënt zelf een deel van de diagnostiek en behandeling uitvoeren. Werk kan anders worden georganiseerd en taken kunnen aan anderen worden overgedragen (Ottes, 2010).

3.1 Anders organiseren

... in de organisatie van het
werk

Wat de organisatie van de zorg betreft, is het belangrijk om te zien dat de huidige stand van de wetenschap en technologie ingrijpende veranderingen mogelijk maakt. Christensen heeft hiervan een analyse voor de zorg gemaakt in het boek *The innovator's Prescription* (Christensen et al., 2008). Daarin wordt een onderscheid gemaakt tussen drie typen zorgorganisaties: het type 'spreekkamer', gericht op het oplossen van problemen, het type 'werkplaats', gericht op het efficiënt uitvoeren van taken en het type 'netwerk' gericht op het uitwisselen van kennis en ervaring.

Verskillende organisatiemodellen

Het spreekkamermodel

In het spreekkamermodel lossen deskundigen ongestructureerde problemen op door gebruik te maken van hun ervaring, analytisch denken en probleemoplossend vermogen. Voorbeelden buiten de zorg zijn advocaten- en adviesbureau's. Het gaat hier om hoogopgeleide, dure deskundigen. De betalingswijze die hier volgens Christensen bij past is 'fee for service', omdat vooraf niet bekend is welk proces doorlopen gaat worden en hoeveel tijd en geld daarmee gemoeid is. Slechts zelden wordt op basis van resultaat (bijvoorbeeld no cure - no pay) betaald. Het gaat om 'maatwerk'. De huidige algemene ziekenhuizen zijn als aangeklede 'spreekkamers' ingericht van hoog en langdurig opgeleide medisch specialisten, die op basis van hun kennis en ervaring de gezondheid van de patiënt trachten te verbeteren.

Het werkplaatsmodel

In het werkplaatsmodel gaat het om processen die volgens vaste protocollen, routinematig, worden uitgevoerd. Voorbeelden buiten de zorg zijn Kwikfit en McDonald's. Als voorbeelden binnen de zorg kunnen genoemd worden behandelstraten, zoals een cataractstraat, maar ook routinematige diagnostiek, bijvoorbeeld bij hartklachten. De processen zijn rule- of evidence based. Betaling kan in dit geval op basis van output worden gedaan ('fee for outcome', waarbij garantie gegeven kan worden), want aan het begin van het proces zijn de te ondernemen handelingen vastgelegd en is het eindresultaat

in principe bekend. Voor dergelijke verrichtingen kunnen prijslijsten worden gehanteerd.

Het netwerkmodel

Een derde type activiteiten vindt plaats in de vorm van netwerken. Daarin wisselen mensen onderling kennis en ervaring uit. Het is een organisatievorm die zich bij uitstek leent voor de behandeling en begeleiding van patiënten met multimorbiditeit of multiproblematiek, maar daarnaast ook voor het nationaal of internationaal poolen van schaarse deskundigheid. Buitenlandse bedrijven in de zorg die faciliteiten voor bepaalde patiëntgroepen aanbieden zijn dLife.com en SugarStats.com voor diabetici in de Verenigde Staten. Voorbeelden in Nederland zijn de Nijmeegse Digitale IVF-Poli en Parkinson-Net. In het algemeen gaat het om toepassingen van disease management, waarbij patiënten een grote rol kunnen spelen bij het managen van hun ziekte. Betaling geschiedt in principe op basis van abonnement ('fee for membership'). In de Verenigde Staten worden ook andere businessmodellen gehanteerd bijvoorbeeld financiering door de farmaceutische industrie, die in ruil daarvoor geaggregeerde gegevens krijgt over de ervaringen van patiënten met geneesmiddelen (PatientsLikeMe).

Kwaliteit en efficiency door anders organiseren

Evidence-based medicine levert richtlijnen en protocollen op waardoor zorg volgens vaste regels, routinematig uitgevoerd kan worden. Op dit moment gebeurt dit al in de eerder genoemde behandelstraten. Deze vinden echter niet binnen het 'passende' werkplaatsmodel plaats, maar in algemene ziekenhuizen binnen het spreekkamermodel. Daardoor kan de zorg toch niet op efficiënte wijze geleverd worden. Maar taakherschikking binnen een passend businessmodel kan tot grote efficiency leiden bij gelijkblijvende of zelfs hogere kwaliteit. Christensen geeft in zijn boek het voorbeeld van de Minute-Clinic. Dit is de grootste keten in de Verenigde Staten van 'nurse-run-clinics' - door verpleegkundigen bemenste eerstelijnszorg. De door hen geleverde zorg is ongeveer 55% goedkoper dan dezelfde zorg geleverd door huisartsen. De patiëntstisfactie is daarbij 4,9 op een schaal van 5 (het Nederlandse 'rapportcijfer' zou dus ruim een 9 zijn). Wat de inhoudelijke kwaliteit van de zorg betreft: in 99% van de gevallen worden de klinische richtlijnen gevolgd, terwijl dit percentage gemiddeld op 55% ligt.

Verschillende competentieprofielen

Eén beroep, verschillende profielen ...

Bij de drie modellen passen verschillende competentieprofielen. In het spreekkamermodel zijn bijvoorbeeld de CanMEDS rollen 'klinisch handelen', 'omgaan met kennis en wetenschap' en 'professionaliteit' dominant. In het werkplaatsmodel ligt het accent meer op 'samenwerking' en 'organisatie'. Terwijl in het netwerkmodel 'communiceren' en 'maatschappelijk handelen' meer accent krijgen.

- ... zoals de confectiezorg-arts Een en ander betekent dat beroepen uiteenlopende accenten kunnen gaan krijgen en dat de opleidingen de beroepsbeoefenaar daarop moeten voorbereiden door te gaan werken met verschillende competentieprofielen. Terwijl bijvoorbeeld de artsopleiding op dit moment nog een 'one-size fits all'-karakter heeft, is het denkbaar en wenselijk dat de toekomstige artsopleiding een vast deel krijgt en daarnaast een variabel deel, waarmee de arts verschillende kanten op kan. Voor een wetenschappelijke carrière zijn andere competenties nodig dan voor een generalistisch werkend arts of voor een arts die zich richt op het verlenen van routinematige zorg. De laatste categorie zou wellicht aan klinische scholen - medical schools - opgeleid kunnen worden. Zo'n 'confectiezorg-arts' zou kunnen zorgen voor een doorbraak van het werkplaatsmodel en daarmee van een efficiëntere gezondheidszorg.
- ... de multi-specialist Binnen de huidige technologische ontwikkelingen zijn verschillende scenario's denkbaar. Zo zijn op dit moment bij de diagnostiek en behandeling van met name chronische aandoeningen verschillende zorgverleners betrokken, die elk gespecialiseerd zijn op een bepaald terrein. Voor een goede zorgverlening is samenwerking in de vorm van ketenzorg van groot belang. Dit vraagt veel afstemming en geeft veel overhead. De thuiszorg kent het 'fenomeen' Buurtzorg, dat de zorg niet door verschillende, laagopgeleide, zorgverleners laat verlenen, maar door één hoger opgeleide, met ondersteuning via het internet. Iets soortgelijks is ook denkbaar binnen de curatieve zorg. Als met behulp van technologische ondersteuning de kennis over een bepaalde aandoening of een bepaald klachtenpatroon, die nu nog over meerdere specialisten verspreid is, in één persoon verenigd kan worden, zou dat de noodzaak tot intercollegiaal consult en overleg drastisch verminderen.
- ... en de gespecialiseerde huisarts Omgekeerd is het goed denkbaar dat generalisten zich op bepaalde delen van de patiëntenpopulatie extra bekwamen. De huisarts is degene bij wie de patiënt met gezondheidsproblemen het eerst aanklopt. Het zijn in eerste instantie vaak ongestructureerde problemen die hoogopgeleide, ervaren deskundigen, in casu de huisarts, binnen het spreekkamermodel trachten op te lossen. De huisarts wordt dan ook geconfronteerd met het hele spectrum van mogelijke aandoeningen. Naarmate het spectrum van aandoeningen kleiner is, kan een arts meer kennis en ervaring op de specifieke aandoeningen binnen dit spectrum opdoen. Dit is de kern van de medische specialisatie: meer kennis en ervaring van een beperkt aantal aandoeningen. In de huisartsgeneeskunde kan een vorm van specialisatie plaatsvinden zonder dat het integrale karakter wordt aangetast en dat is op basis van de leeftijd van de patiënt. Zo hebben kinderen en vrouwen in de vruchtbare leeftijd hun 'specifieke aandoeningen', zoals kinderziekten, anticonceptie etc. Op oudere leeftijd treden vooral chronische aandoeningen, zoals hoge bloeddruk, ouderdomsdiabetes, osteoporose etc., op de voorgrond. Bij specialisatie op basis van leeftijd kan de huisarts de patiënt integrale zorg blijven leveren, maar nu met een grotere kennis van en ervaring met aandoeningen die vooral in een bepaalde levensperiode optreden. Zo'n specialisatie kan via aantekeningen worden verkregen. In groeps-

praktijken kan het werk zo verdeeld worden dat patiënten optimaal kunnen profiteren van de extra deskundigheid van ‘gespecialiseerde’ huisartsen.

3.2 Taken overdragen

Taakherschikking neemt
nieuwe vormen aan ...

Taakherschikking is in 2002 door de RVZ gedefinieerd als: ‘het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen’ (RVZ, 2002). De definitie gaat er vanuit dat het om herschikking van dezelfde taken gaat, die worden uitgevoerd door een andere (eventueel nieuwe) beroepsgroep. Anno 2010 worden echter voortdurend nieuwe technieken ontwikkeld die ingrijpen op de inhoud en de uitvoering van zorgtaken. Behalve door nieuwe technieken, wordt in de zorg ook op andere manieren geïnnoveerd. Er ontstaan bijvoorbeeld nieuwe concepten voor zorgverbetering. Al deze innovaties hebben invloed op de inhoud van de zorgtaken. Nieuwe taken kunnen worden uitgevoerd door dezelfde of een andere beroepsgroep, maar steeds vaker ook door patiënten zelf.

... en de acceptatie neemt
toe

Veel vormen van taakherschikking die een paar jaar geleden nieuw waren, zijn inmiddels gewoon geworden. Denk aan de praktijkassistent die taken overneemt van de huisarts en aan de mondhygiënist die steeds meer taken overneemt van de tandarts. Hoewel deze beroepen nog niet helemaal uitgekristalliseerd zijn, maken ze inmiddels wel deel uit van de dagelijkse praktijk. De kwaliteit van zorg heeft vrijwel nooit te lijden onder een andere toedeling van taken of de toetreding van een nieuw type professional. Er zijn aanwijzingen dat de kwaliteit van zorg zelfs verbetert, vooral doordat patiënten beter begeleid en ondersteund worden. Taakherschikking wordt over het algemeen goed door patiënten geaccepteerd (Van der Rol et al., 2010).

Nieuwe beroepen

Verpleegkundig specialist is
een nieuw beroep ...

De afgelopen jaren zijn er ook ‘nieuwe beroepen’ geïntroduceerd. Een ervan is de verpleegkundig specialist. Een verpleegkundig specialist is een verpleegkundige die met goed gevolg een erkende, specifieke masteropleiding heeft genoten en ervaring heeft op het niveau van een expert die individueel en zelfstandig patiënten behandelt. De benaming verpleegkundig specialist wekt overigens de indruk dat het gaat om een zorgverlener die gespecialiseerd is in verpleegkundig handelen, terwijl het juist gaat om bevoegdheden op het terrein van het medisch handelen, met name voorbehouden handelingen. ‘Verpleegkundig specialist’ is een wettelijk beschermde titel. In 2009 zijn door de minister van VWS vijf verpleegkundig specialismen erkend: preventieve zorg bij somatische aandoeningen, acute zorg bij somatische aandoeningen, intensieve zorg bij somatische aandoeningen, chronische zorg bij somatische aandoeningen en geestelijke gezondheidszorg.

... evenals de TZ-professional ...

Een tweede nieuw beroep is de professional op het grensvlak van technologie en zorg (TZ-professionals). TZ-professionals zijn in de zorg vooral werkzaam in multidisciplinaire teams met artsen en andere disciplines en brengen daar hun zorgtechnologische kennis in. Het gaat hierbij met name om nieuwe, vaak experimentele, hoogtechnologische diagnostiek en behandeling binnen universitaire medische centra.

Een aantal technische universiteiten in Nederland is enkele jaren geleden gestart met opleidingen op het grensvlak van technologie en zorg. De Universiteit Twente begon in 2003 met de opleiding Klinische technologie (bachelorfase) en Technical medicine (masterfase). De TU-Eindhoven heeft de masteropleidingen Medical engineering en Biomedical engineering, die opleiden tot respectievelijk medisch ingenieur (ziekenhuiszorg) en biomedisch ingenieur (medische industrie). De TU-Delft leidt samen met het LUMC en Erasmus MC biomedical engineers op. Op hbo-niveau zijn TZ-opleidingen te vinden als gezondheidszorg technologie en bewegingstechnologie.

... en de medisch hulpverlener

De jongste van de nieuwe opleidingen tot zorgprofessional is de ‘bachelor medische hulpverlening’. De opleiding is ontwikkeld door Hogeschool Utrecht in samenwerking met Hogeschool Arnhem en Nijmegen en ging in 2010 bij beide instellingen van start. De opleiding tot ‘medisch hulpverlener’ duurt vier jaar en geeft via differentiaties tijdens het derde en vierde jaar toegang tot het beroep van anesthesiemedewerker, ambulancemedewerker of eerstehulpmedewerker. Voorheen was hiervoor een aanvullende opleiding na verpleegkunde nodig, wat bij elkaar langer duurt. De opleiding is een reactie op de schaarste op de arbeidsmarkt voor genoemde drie beroepen.

Zelfzorg

Ook patiënten nemen taken over ...

Sommige taken kunnen ook door de patiënt zelf worden overgenomen. Zoals in het RVZ-advies Gezondheid 2.0 (RVZ, 2010) is beschreven kan de patiënt via zelfzorg, onder andere met behulp van sociale media op het internet, een gedeelte van de zorg zelf doen. Een voorbeeld van taakoverdracht naar de patiënt biedt de controle van astmapatiënten. Vroeger voerde de huisarts alle controles bij astmapatiënten uit. Nu doet de patiënt dat zelf met nieuw ontwikkelde meetinstrumenten die hij zelf kan hanteren. De patiënt plaatst de uitslagen van de metingen op internet waarna een verpleegkundig specialist de waarden beoordeelt. De effecten zijn onderzocht in een promotieonderzoek. De werkwijze heeft grote voordelen voor de 60% van de astmapatiënten met matig of slecht gecontroleerde astma. Het aantal doktersbezoeken vermindert met 50% en het aantal aanpassingen in medicatie stijgt. De kwaliteit van leven verbetert en deze vorm van zelfzorg blijkt kosteneffectief (Van der Meer, 2010).

... dankzij nieuwe technologieën

Het is ook nodig dat de patiënt zelf meer gaat doen. Het aantal patiënten met diabetes neemt bijvoorbeeld zo snel toe, volgens voorzichtige schattingen zelfs tot 1,5 miljoen in 2025, dat kwalitatief goede diabeteszorg niet meer aan alle patiënten is te garanderen. Daarom is een meetstation ontwikkeld waarmee patiënten met diabetes zelf belangrijke metingen kunnen verrich-

ten, zoals gewicht, bloeddruk en suikergehalte in het bloed. Ook kunnen de patiënten zelf foto's maken van ogen en voeten. Alle gegevens worden getoetst aan grenswaarden voor deze patiënt die vooraf zijn ingevoerd. Als deze worden overschreden, geeft het systeem direct informatie over de gevaren daarvan of adviezen over voeding en beweging. Eventueel wordt direct verwezen naar de behandelend arts voor een vervroegd consult. De arts wordt daarvan per mail op de hoogte gebracht. De meetstations worden geplaatst op goed toegankelijke locaties verspreid door het land; er zijn voor de metingen geen artsen of verpleegkundigen nodig. Deze tijdsbesparing zorgt ervoor dat de behandelend arts zich vervolgens bij het consult volledig kan richten op het bespreken van een persoonlijk behandelplan. Bovendien heeft de patiënt een actievere rol, wat hem meer grip op zijn ziekte geeft (Van der Rol et al., 2010).

... maar hun competenties verschillen

Patiënten willen ook verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid nemen (Vander Rol et al., 2010), maar er zijn grote onderlinge verschillen in houding, vaardigheden en achtergrond. Zo is een onverwacht groot percentage zorggebruikers (18%) analfabeet of slecht geletterd (Twickler, 2010). Gebrek aan aandacht hiervoor kan leiden tot verkeerde diagnose en behandeling of tot inadequate zelfzorgondersteuning.

... en scholing kan nodig zijn

Cursussen kunnen patiënten leren om voor zichzelf te zorgen of zelfzorg vol te houden. Zelfs gemotiveerde patiënten kunnen er moeite mee hebben om zelfzorg vol te houden en hebben baat bij een cursus die hen daarbij helpt. Zo is er een cursus voor diabetespatiënten, die patiënten stap voor stap leert vooruit te denken hoe zij hun ziekte met zelfzorg het hoofd kunnen bieden. Via een vijfstappenplan leren patiënten hun goede voornemens te vertalen in concrete en haalbare doelen en plannen die rekening houden met hun specifieke mogelijkheden en beperkingen. Moeilijke momenten die de zelfzorg onderuit kunnen halen, worden van tevoren gesignaleerd en de deelnemers bedenken gezamenlijk allerlei praktische manieren om deze situaties het hoofd te kunnen bieden. De cursus blijkt zeer effectief te zijn (Thoolen et al., 2007).

3.3 Conclusies

1. Meer taakherschikking is mogelijk en nodig. Mogelijk, omdat technologie en nieuwe organisatiemodellen de inzet van lager opgeleid personeel mogelijk maken. Nodig, omdat de kosten daardoor dalen en door patiënten ervaren kwaliteit van zorg toeneemt. Voorwaarden zijn wel dat de beroepenstructuur minder star wordt en dat potentiële besparingen makkelijker kunnen worden verzilverd.
2. Anders werken betekent ook anders opleiden: gedifferentieerder, met meer keuzemogelijkheden en met verschillende competentieprofielen.

3. Zelfzorg op zich nemen is geen beroep uitoefenen, maar is ermee vergelijkbaar als het gaat om competenties verwerven, toepassen en eventueel vergoed krijgen.



4 Anders structureren: competenties leidend

4.1 Domeinen doorbreken

Taakherschikking
mogelijk ...

Nieuwe technologie maakt het mogelijk om taken waarvoor vroeger veel kennis en ervaring nodig waren en die daardoor alleen door hoogopgeleiden konden worden verricht, door lager opgeleiden te laten verrichten (taakherschikking). Steeds meer onderzoek wijst uit dat lager opgeleiden met de nodige technologische ondersteuning heel goed zelfstandig kunnen werken (Dulisse et al., 2010).

... maar acceptatie verloopt
moeizaam

Wie taken anders wil verdelen, al dan niet in de vorm van taakherschikking, ontmoet verschillende problemen. In 2002 heeft de RVZ vijf factoren benoemd die van invloed zijn op de mogelijkheid om taakherschikking door te voeren: (1) onzekerheid over de effecten, (2) onzekerheid over de acceptatie door patiënten, (3) onzekerheid over de acceptatie door beroepsgroepen, (4) juridische obstakels en (5) financiële barrières (RVZ, 2002). Een studie naar de stand van zaken (Van der Rol et al., 2010) wijst uit dat acceptatie door beroepsgroepen nog steeds een factor van betekenis is. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat artsen en tandartsen zich behoudend opstellen, terwijl de mogelijkheden om taken verantwoord over te hevelen er wel zijn (Gezondheidsraad, 2008 en CBOG, 2009). Domeindenken vormt nog steeds een grote belemmering. Taakherschikking wordt slechts heel geleidelijk geaccepteerd door beroepsgroepen, onder andere doordat ze te weinig zicht hebben op de competenties en verantwoordelijkheden van anderen, maar ook door de bestaande beroeps cultuur.

Dat is te verbeteren door ...

Er ontstaat druk op beroepsgroepen om bewust te kiezen voor taakherschikking en deze snel door te voeren. Maar als professionele durf en pioniersgeest ontbreken (Van Delden, 2010), is het belangrijk dit proces vanuit verschillende invalshoeken te ondersteunen. Dit kan onder meer door:

Verantwoordelijkheden te
verhelderen

- Duidelijkheid te scheppen over verantwoordelijkheden. Indien niet duidelijk is wie verantwoordelijkheid en eindverantwoordelijkheid draagt voor de zorg en het welzijn van een patiënt, bestaat een (terechte) angst om taken over te hevelen. De Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (KNMG, 2010) vormt een mooi startpunt voor verbetering.

Inzicht te geven in compe-
tenties

- Inzicht geven in competenties van beroepsgroepen. Behalve de vraag wie verantwoordelijkheid draagt voor een patiënt is de vraag of deze persoon of beroepsgroep de verantwoordelijkheid aan kan evident van belang. Denk bijvoorbeeld aan verpleegkundigen, die vanwege personeelstekort veel taken overdragen aan verzorgenden terwijl daar geen inbedding voor is in het opleidingscontinuüm. Omdat competenties vaak niet

transparant zijn, zijn beroepsgroepen terughoudend met het overdragen van verantwoordelijkheden. Door hier meer helderheid in te brengen kan de bereidheid worden vergroot. Dit kan bijvoorbeeld worden gedaan door geaccrediteerde competentieprofielen te ontwikkelen voor opleidingen en cursussen, door te werken met EVC's (Eerder Verworven Competenties) en opleidingen meer op elkaar af te stemmen. Met dit laatste wordt bedoeld op de gemeenschappelijke trunk die veel opleidingen hebben, maar die nog niet als zodanig wordt herkend op de opleidings- en arbeidsmarkt.

Cultuurproblemen te overbruggen

- Overbruggen van cultuurproblemen. Samenwerken tussen verschillende beroepsgroepen vormt vaak een probleem. Dit probleem kan op twee niveaus benaderd worden: in de zorgpraktijk en in opleidingen. De zorgpraktijk is het meest weerbarstig. Er zou daarom een goede start gemaakt kunnen worden met het verlichten van dit probleem door aandacht te schenken aan samenwerken bij het opleiden van nieuwe professionals. Kennis van de competenties van andere professionals (op alle niveaus: van artsen en specialisten tot helpenden en verzorgenden) vormt hier een belangrijk onderdeel van.

4.2 Regels versoepelen

Er zijn meer belemmeringen

Andere problemen met taakherschikking worden vooral veroorzaakt door de manier waarop taken en bevoegdheden van beroepsgroepen zijn ingebed in het complex van aanbodregulering en bekostiging. Bedoeld als waarborgen voor kwaliteit en doelmatigheid en tegen onnodige kosten, vormen zij tegelijk obstakels voor innovatie en een bescherming van gevestigde belangen. We bespreken de regeling van de voorbehouden handelingen in de Wet BIG, de formulering van verstrekkingen in de Zorgverzekeringswet en de DBC-systematiek.

Voorbehouden handelingen

... zoals de regeling van voorbehouden handelingen

Een aantal handelingen, de zogenoemde voorbehouden handelingen, mogen op basis van de Wet BIG alleen door of in opdracht van bepaalde beroepsgroepen, met name artsen, worden uitgevoerd. Het gaat hierbij om handelingen met volgens de wetgever grote gezondheidsrisico's zoals operaties, injecties etc. Anderen mogen alleen in opdracht en onder bepaalde voorwaarden een voorbehouden handeling uitvoeren.

De regeling wordt verruimd ...

Inmiddels zijn de beroepsgroepen die bepaalde voorbehouden handelingen mogen uitvoeren wel wat verruimd. In de Wet BIG is een experimenteerartikel opgenomen, waarmee tijdelijk voorbehouden handelingen kunnen worden toegekend aan een bepaalde (nieuwe) beroepsgroep. Dit artikel treedt waarschijnlijk in 2011 in werking. Op de shortlist voor een tijdelijke bevoegdheid staan de verpleegkundig specialist, de physician assistant en de

gz-psycholoog. Andere gegadigden zijn nieuwe beroepsgroepen als de klinisch technologen en de medisch hulpverlener. In 2010 is verder een voorstel ingediend om de Geneesmiddelenwet te veranderen. Hierdoor kan de minister ook oncologie-, diabetes- en longverpleegkundigen een voorschrijvingsbevoegdheid toekennen. Deze bevoegdheden moeten nog wel geëffectueerd worden door een ministerieel besluit.

... maar dat is niet voldoende

De vraag is of deze wijze van regulering wel een adequaat instrument is om het doel, goede kwaliteit van zorgverlening, te bereiken. Waar het uiteindelijk in de zorgverlening om gaat, is dat men de handelingen bekwaam verricht. Innovatie maakt dat kennis en kunde snel verouderen en 'bekwame zorgverleners' onbekwaam maakt als zij niet bijblijven, als zij hun vaardigheden niet op peil houden. Wet- en regelgeving kan dit niet in detail regelen en loopt per definitie achter op ontwikkelingen.

De regeling moet doeltreffender ...

Los hiervan kan de vraag gesteld worden of met het systeem van voorbehouden handelingen binnen de Wet BIG überhaupt wel het oorspronkelijke doel bereikt wordt, namelijk het ex ante beschermen van de patiënt tegen onbevoegden en onbekwamen en daarmee tegen verkeerd medisch handelen. Hier bestaat gerede twijfel over (Gevers et al., 2009). Veel risicovolle handelingen zijn geen voorbehouden handelingen, zoals het bedienen van apparatuur, toedienen van bloed of andere infuusvloeistoffen en het toepassen van middelen en maatregelen in de psychiatrie. Ook de definiëring van de verschillende voorbehouden handelingen is soms niet helder, bijvoorbeeld 'verloskundige handelingen'.

... door meer te letten op bekwaamheid

Het gevaar schuilt overigens meestal niet in concrete, al dan niet voorbehouden handelingen, maar in het beleid dat ten aanzien van de patiënt wordt gevoerd. In de (tucht)rechtspraak gaat het zelden om concrete voorbehouden handelingen. Vooral het inschatten van de gezondheidstoestand van de patiënt is belangrijk: wordt de juiste diagnose gesteld, wordt op tijd visite afgelegd, wordt tijdig besloten tot een keizersnede. Verkeerde triage door een doktersassistente op een huisartsenpost kan levensgevaarlijk zijn. In al deze situaties zijn voorbehouden handelingen niet aan de orde. Waar het wel om gaat is dat volgens de professionele standaard gehandeld wordt, dus vakbekwaam en op basis van een juiste diagnose (De Jong, 2010).

Bekwaamheid volstaat ...

Gelet op de grote uitdagingen waarvoor de zorg wordt gesteld - een toenemende zorgvraag bij beperkte financiële middelen - is een verdere ontkoppeling van beroepen en zorgverlening wenselijk. Dit betekent dat het vereiste in de Wet BIG dat iemand bekwaam én bevoegd moet zijn, losgelaten zou moeten worden en dat vanuit het oogpunt van de kwaliteit van de zorgverlening, de eis van bekwaamheid volstaat.

... maar moet aantoonbaar aanwezig zijn

Deze bekwaamheid moet uiteraard via een adequaat kwaliteitssysteem gewaarborgd worden. Bekwaamheid houdt onder andere in dat de zorgverlener kennis heeft van relevante nieuwe wetenschappelijke inzichten en nieuwe technologieën en, het belangrijkste, deze ook adequaat kan toepassen. Verondersteld mag worden dat op het moment dat men met goed gevolg een bepaalde opleiding heeft afgerond, de kennis en vaardigheden up to date zijn. Kennis verouderd echter snel en nieuwe vaardigheden kunnen nodig zijn. Via een systeem van continue bij- en nascholing met toetsing kunnen de kennis en vaardigheden die voor de dagelijkse werkzaamheden nodig zijn, op peil gehouden worden.

Verstrekking ontkoppelen van beroepen

Verstrekkingspakket

In de Zorgverzekeringswet is de omvang van de verzekerde zorg aan beroepen gekoppeld. Zo luidt artikel 2.4 lid 1 van het Besluit zorgverzekering: “Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, ...” Het woord ‘plegen’ in deze formulering biedt de mogelijkheid dat de zorg door anderen kan worden geleverd. Deze functionele omschrijving geeft ruimte voor taakherschikking, maar deze ruimte wordt voor een groot deel weer te niet gedaan door het bekostigingssysteem op basis van diagnose-behandelcombinaties (DBC’s), waarbij het ‘openen’ ervan en de honoreringscomponent in het zgn. A-segment aan welomschreven beroepsbeoefenaren is gekoppeld.

De bekostiging moet dan volgen

Gelet op het voorgaande mag duidelijk zijn dat de koppeling van de vergoeding voor geleverde diensten aan bepaalde beroepen ongewenst is. Bij een functionele omschrijving van aanspraken past het beter dat de vergoeding wordt gekoppeld aan prestaties of resultaten dan aan beroepen. Een mogelijke uitwerking van deze gedachte is dat het ‘plegen te bieden’ in de omschrijving van de aanspraak wordt uitgewerkt in termen van diagnostische en behandelrichtlijnen. Deze richtlijnen moeten dan zoveel mogelijk in termen van uitkomstmaten geformuleerd worden, zodat er gelegenheid is voor innovatie. De resultaten moeten op een zo efficiënt mogelijke wijze bereikt worden door een optimale inzet van menskracht en technologie. De zorgverlener heeft binnen deze systematiek recht op vergoeding van zorg die volgens (evidence-based) richtlijnen is verleend. Welke beroepsbeoefenaar de zorg verleent, is niet relevant. Het gaat erom dat hij of zij aantoonbaar bekwaam is.

DBC’s maken taakherschikking onrendabel ...

DBC’s

De DBC’s zijn gekoppeld aan medisch specialisten. Zij hebben de bevoegdheid om DBC’s te openen en te sluiten. Onder een bepaalde DBC vallen alle activiteiten in een zorginstelling voor een patiënt met een bepaalde klacht. Er is voor het zogenoemde A-segment, dat in 2011 circa tweederde van de zorg omvat, één prijs voor het gehele traject dat de patiënt aflegt, met een vast honorariumbedrag voor de medisch specialist. Als taken worden overgenomen door bijvoorbeeld een verpleegkundige in een ziekenhuis, brengt dat

extra kosten met zich mee voor het ziekenhuis, immers deze werkzaamheden moeten vergoed worden. Nu zijn de arbeidskosten van een verpleegkundige lager dan van een medisch specialist, per saldo zou dit een kostenvoordeel moeten opleveren. Maar het honorariumdeel van de DBC ligt voor het A-segment vast, ongeacht de hoeveelheid werk die de medisch specialist verricht. In situaties waarin de medisch specialist recht heeft op dat bedrag, kost taakherschikking het ziekenhuis alleen maar geld en leidt het tot hogere inkomens voor de medisch specialist. Dat verandert niet wanneer het verbeterde DBC-systeem volgens DOT wordt ingevoerd.

... door de koppeling aan medisch specialisten

Een aantal ingrepen, zoals een heupoperatie, is in het B-segment ondergebracht. Daarover kunnen zorgaanbieder en zorgverzekeraar vrij onderhandelen. Dit geeft de ruimte voor beloning op basis van fee for outcome. De verzekeraar heeft geen invloed op het business model waarbinnen de zorg geleverd wordt. Verzekeraars mogen wel zorg uit het B-segment inkopen bij zelfstandige behandelcentra. Dit zijn door de overheid erkende instellingen. Om voor een vergunning in aanmerking te komen moet het een organisatorisch verband zonder winstoogmerk zijn, een samenwerkingsverband tussen twee of meer medische specialisten en moet het verzekerde zorg betreffen. Ook hier is er een koppeling met specifieke beroepsbeoefenaren. Nurse run clinics, zoals de eerder genoemde MinuteClinic, zijn in Nederland niet toegestaan.

Die koppeling moet worden losgelaten

De inflexibiliteit van DBC's vormt een belemmering voor taakherschikking. Veel beroepsgroepen die zelfstandig werken, huisartsen bijvoorbeeld of verpleegkundig specialisten, kunnen nu en ook niet na de invoering van DOT op 1 januari 2012 zelfstandig DBC's openen. Er wordt geen rekening gehouden met het uitvoeren van taken door andere beroepsgroepen. Dat zou wel moeten. Indien hier wel rekening mee wordt gehouden kan kostenbesparing worden bereikt.

4.3 Conclusies

1. We moeten toe naar een systeem van bewezen losse competenties op basis van een afgeslankte beroepenstructuur.
2. We moeten af van vaste beroepsdomeinen. Wat telt is bekwaamheid: competenties en competentieniveaus. Interprofessioneel opleiden en bij- en nascholen en duidelijkheid over elkaars feitelijke bekwaamheden en verantwoordelijkheden dragen bij aan het slechten van domeinen.
3. Wie bekwaam is, is bevoegd. Dit uitgangspunt van de Wet BIG moet worden doorgetrokken naar de voorbehouden handelingen. Deze handelingen moeten niet zijn voorbehouden aan bepaalde beroepen, maar aan personen met aangetoonde bekwaamheden.
4. Ook in de honorering moet niet het beroep uitgangspunt zijn, maar de bekwaamheid of het resultaat. Voor de DBC's brengt dit met zich mee dat de feitelijke hoofdbehandelaar de DBC kan openen en dat routinematige behandelingen vrij onderhandelbaar moeten zijn.



5 Anders opleiden: de zorgvraag centraal

Dynamiek vraagt om ander type professional ...	De dynamiek waarmee de zorgvraag verandert, de technologische mogelijkheden toenemen en de wetenschappelijke kennis en inzichten zich verbreden en verdiepen, heeft grote consequenties voor de mensen die in de zorg werken. In hoofdstuk 1 hebben we het rapport van de Commission on Education of Health Professionals for the 21st Century aangehaald. De kern van dat rapport is dat er een ander type professional nodig is.
... die transformationeel kan werken	De professional van de toekomst moet in staat zijn tot transformationeel leren en werken. Met transformationeel leren wordt bedoeld dat de opleiding niet zo zeer gericht is op het uitputtend en volledig bestrijken van het deskundigheidsgebied van een professional als wel op het verwerven van de professionele competenties die nodig zijn om flexibel op de zorgvragen van patiënten te kunnen inspelen. Door transformationeel werken kan het zorgaanbod flexibeler wordt ingericht en de posities en rollen van beroepsbeoefenaars op basis van hun onderscheiden competenties beter op elkaar worden afgestemd.
... richting geeft aan veranderingen	De professional die de Commission voor ogen staat, is iemand die niet alleen zijn vak beheerst, maar ook maatschappelijke verantwoordelijkheid neemt. Iemand die kritisch over de functie van zijn vak nadenkt, in teamverband met anderen samenwerkt, creatief gebruik maakt van de mogelijkheden van ICT en de gezondheidsproblemen in zijn omgeving aanpakt en daar leiding aan geeft of een bijdrage levert vanuit zijn eigen takenpakket.
... en daarvoor is opgeleid	Om als zo'n professional te kunnen functioneren moet hij ook als zodanig zijn opgeleid. Daarop gaan we in de volgende paragrafen in. Achtereenvolgens bespreken we de noodzaak van competentiegericht onderwijs en de 'nieuwe' competenties waarover professionals moeten beschikken, hoe het onderwijs voldoende flexibiliteit en continuïteit krijgt om professionals toe te rusten op een beroepsleven vol veranderingen en hoe de onderlinge samenhang in het onderwijs kan worden bewaakt en bevorderd.

5.1 Competentiegericht onderwijs

Instrument voor verandering

Competentiegericht onderwijs ...	Nederland is al ver gevorderd met de invoering van competentiegericht onderwijs. Veel initiële opleidingen en vervolgo opleidingen in het HBO en WO worden ingericht op basis van de CanMEDS rollen. Deze CanMEDS rollen zijn in Canada ontwikkeld en laten een verschuiving zien van intellectuele vorming naar de uitoefening van of de voorbereiding op het vak (Frank et al., 2005). De rollen zijn onder meer ontwikkeld aan de hand van uitgebreid consultatie onder 'public groups' (patiënten). De zeven rollen zijn:
----------------------------------	---

klinisch handelen, communiceren, samenwerking, organisatie, omgaan met kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen en professionaliteit. Hierbij ligt vooral bij de medische en verpleegkundige opleidingen de nadruk op de rol van het klinisch handelen. Rollen en competenties zoals samenwerking, communicatie en in de zorgpraktijk omgaan met ICT verdwijnen daardoor naar de achtergrond.

... inzetten als instrument voor verandering

‘De competenties verwerven die nodig zijn om flexibel op de zorgvragen van patiënten te kunnen inspelen.’ Met dat vertrekpunt is competentiegericht onderwijs geen doel op zichzelf, maar een middel om zorgprofessionals te leren om met elkaar, door organisaties en beroepskolommen heen, de juiste zorg voor de patiënt te bieden. Het is dus ook een middel om tot veranderingen in het zorgaanbod te komen. Dat is een nieuw perspectief, dat nog de nodige aandacht vergt.

Ontwikkeling gaat in de richting van ...

Competentiegericht onderwijs is daarom geen statisch, maar een dynamisch concept. De zorgvragen en de gezondheidsproblemen waaruit zij voortkomen zijn het uitgangspunt. Daaruit wordt afgeleid welke competenties professionals nodig hebben om de problemen aan te kunnen pakken. Het curriculum wordt dan ingericht op het verwerven van die competenties. Daarna vindt terugkoppeling vanuit de praktijk plaats en wordt het curriculum zo nodig aangepast.

... competentie in teams

In de toekomst zal de nadruk in het zorgaanbod meer komen te liggen op de in het team aanwezige competenties, competenties waarover een team moet beschikken om aan de lokale zorgvraag te kunnen voldoen (Batenburg e.a., 2011). In teamverband werken op basis van de competenties die in een team aanwezig zijn, heeft consequenties voor alle opleidingen: specialistisch en generalistisch en van MBO tot WO niveau. Het versterkt de noodzaak van coördinatie en afstemming.

Te ontwikkelen competenties

Te ontwikkelen competenties

Aan de volgende competenties moet zowel in de initiële opleiding voor nieuwe beroepsbeoefenaren als in bij- en nascholing van bestaande beroepsbeoefenaren aandacht worden geschonken.

Samenwerken

Een competentie die verder ontwikkeld moet worden is interdisciplinaire en interprofessionele samenwerking. Samenwerken, leren wat collega's eigenlijk doen moet geen keuzevak zijn. Interdisciplinair werken leer je door interdisciplinair op te leiden. Maar om dit van de grond te laten komen zijn veranderingen nodig. Zo grijpen veel opleidingen vanwege grote aantallen studenten, te weinig docenten of krappe accommodaties makkelijk terug op hoorcolleges. Bovendien zijn er de verschillende faculteiten en curricula, stammenoorlogen tussen professies, superspecialisatie binnen sommige beroepen en accreditatienormen die de mogelijkheden tot samen opleiden beperken. Het is echter zinvol gezamenlijk te scholen waar de zorg gezamen-

lijk geleverd wordt. Interprofessioneel leren biedt de mogelijkheid om zicht te krijgen op het handelen van professionals uit andere disciplines en daarop kritisch te reflecteren. Dat creëert ruimte om ieders bekwaamheden optimaal af te stemmen op de zorgvraag en, waar nodig, taken te herschikken. Het zorgt er ook voor dat talenten optimaal kunnen worden ingezet.

ICT toepassen

Opleidingen moeten meer aandacht schenken aan de toepassing van ICT in de zorgpraktijk. Het gaat daarbij niet alleen om de organisatorische toepassing van ICT (EPD etc.), maar ook om de toepassing van ICT voor behandeling en begeleiding van patiënten (e-health 3.0). Bij webconsults is het bijvoorbeeld van belang dat de zorgprofessional de opmerkingen van de patiënt goed kan 'wegen' en duiden. Het communicatie-aspect is belangrijker dan het technologische.

Leefstijl en gedrag beïnvloeden

Preventie wordt ook voor mensen met een chronische aandoening belangrijker. Het gaat daarbij vooral om leefstijl en gedrag. De patiënt en zijn omgeving moeten gemobiliseerd worden om gezond te blijven. Professionals moeten beschikken over kennis en vaardigheden op het vlak van gedragsverandering. Zorgprofessionals kunnen mensen alleen motiveren zich gezond te gedragen op basis van wederzijds vertrouwen. Gezamenlijk tot een besluit komen, motiveert veel sterker dan een opgeheven vinger. En die motivering moet aansluiten bij de belevingswereld van de patiënt en zijn omgeving. Verzorgenden worden hiervoor bijvoorbeeld nu al geschoold in motivational interviewing.

Coachen

Verder wordt het belangrijker om patiënten te kunnen begeleiden bij zelfmanagement. Naarmate patiënten meer de regie over hun eigen zorg gaan voeren, komen zorgverleners meer in de rol van coach terecht en zijn ze niet alleen maar behandelaar ('zorgen dat' in plaats van 'zorgen voor'). Voor de rol van coach zijn vaardigheden nodig als: proactief denken en handelen, goed kunnen communiceren, inzicht hebben in wat mensen beweegt om hun gedrag te veranderen, de taal van de patiënt spreken en de context van de patiënt niet uit het oog verliezen. Ook voor zelf- en mantelzorg moet men over de benodigde bekwaamheden beschikken. Of dat het geval is beoordelen patiënten en mantelzorgers in de eerste plaats zelf. Als het initiatief bij de professional ligt zal hij dat moeten beoordelen. Dat behoort tot zijn professionele verantwoordelijkheid. De vraag is vooral welke 'bekwaamheden' bij bepaalde vormen van zelf- en mantelzorg nodig zijn. Dus wat men van patiënten en mantelzorgers mag verwachten. Duidelijkheid hierover is meer gewenst naarmate zelf- en mantelzorg een verplichtender karakter krijgen doordat ze als 'gebruikelijke zorg' worden beschouwd.

5.2 Meer flexibiliteit

Flexibiliteit door modules en vrijstellingen

Competentiegericht onderwijs wordt niet alleen op alle universiteiten ingevoerd, maar ook op hogescholen en ROC's. Dit onderwijs wordt meer en meer gegeven in de vorm van losse modules die door zorgprofessionals te volgen zijn. Ook wordt steeds meer gebruik gemaakt van vrijstellingenbeleid (eerder verworven competenties) om versnelde opleidingstrajecten mogelijk te maken.

Nog meer flexibiliteit mogelijk

Competentiegericht onderwijs kan nog meer worden gebruikt om leerprocessen verder te flexibiliseren. Zie bijvoorbeeld hoofdstuk 3.1 over de opleiding tot arts. Idealiter biedt het studenten de kans om bepaalde competenties niet in één keer, maar in verschillende periodes (gefaseerd) aan te leren, waarbij ze de keuze hebben uit een scala aan leeractiviteiten en -methoden (modulaire opbouw). Competentiegericht onderwijs is als aanpak transparant omdat de resultaten van het onderwijs tellen en docenten, beleidsmakers en belanghebbenden zich daarmee kunnen verantwoorden. Kortom: de duur en vorm van de opleidingen worden bepaald door de competenties die worden geleerd.

Goed voor mens en werk

Competentiegericht onderwijs wordt daardoor ook een middel waarmee beroepsbeoefenaren kunnen worden behouden voor het werk in de zorg. Door flexibele leerwegen kan een leven lang leren beter vorm gegeven worden. Doordat een zorgprofessional een leven lang leert kan ook optimaal gebruik worden gemaakt van zijn talenten. Dit geldt voor alle professionals, met allerlei opleidingsachtergronden en werkzaam in alle sectoren van de zorg.

Ook ICT bevordert flexibiliteit

Ook de toepassing van ICT maakt een verdere flexibilisering van het onderwijs mogelijk. De gevolgen van elektronisch leren (e-learning) worden waarschijnlijk revolutionair, ook al is het nog ongewis hoe e-learning het professioneel onderwijs precies zal vernieuwen. De explosieve groei van het internet heeft e-learning kracht, snelheid, en veelzijdigheid gegeven. Zo ontwikkelde Zuid-Afrika's Nationale School of Public Health een cursus voor e-learning die in 5 jaar meer afgestudeerden afleverde dan alle andere scholen in het land bij elkaar (The Lancet, 2010). E-learning communities creëren op die manier ook een netwerk van kennis, een netwerk van leren. Dit zal de totstandkoming van flexibele leertrajecten nog verder stimuleren.

5.3 Bij- en nascholing

BIG verplicht tot herregistratie ...

Zorgverleners die een beroep uitoefenen dat onder artikel 3 van de Wet BIG valt, moeten zich laten registreren in het BIG-register. Sinds 1 januari 2009 zijn verpleegkundigen, verloskundigen en fysiotherapeuten verplicht zich iedere vijf jaar te laten herregistreren. Dat is nog niet geval voor apothekers, basisartsen, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten en tandartsen. Wanneer herregistratie voor hen verplicht wordt, is nog niet bekend.

(www.bigregister.nl). Werkervaring is het eerste en belangrijkste criterium voor herregistratie. Wie zijn beroep niet uitoefent of de urennorm voor de werkervaringseis niet haalt, kan een scholingstraject volgen om de inschrijving te verlengen. Wanneer het scholingstraject met goed gevolg is afgerond kan de beroepsbeoefenaar zich herregistreren. Zo niet, dan wordt men uit het register verwijderd en kan het beroep niet meer legitiem worden uitgeoefend. Voor basisartsen die direct na afstuderen eerst gaan promoveren, voordat ze aan een vervolgopleiding beginnen lijkt deze eis overbodig. Immers, het afronden van een vervolgopleiding leidt tot registratie in het specialisten register (artikel 14), waar nieuwe (her)registratie eisen gelden.

... al dan niet met bij- en nascholing

Voor specialisten zoals beschreven in artikel 14 van de Wet BIG (onder andere huisartsen, medisch specialisten en verpleegkundig specialisten) geldt, naast werkervaring, een wettelijke verplichting tot 'deskundigheidsbevorderende activiteiten' (bij- en nascholing) om in het specialistenregister ingeschreven te kunnen blijven.

Ook vrijwillige initiatieven

Los van het BIG-register hebben steeds meer beroepen, ongeacht of ze in de Wet BIG geregeld zijn of niet, een eigen kwaliteitsregister waarin de ingeschrevenen hun deskundigheidsbevorderende activiteiten vastleggen. Inschrijving in deze registers wordt vaak gefaciliteerd door de eigen beroepsgroep. Het register bevat ook het door het register geaccrediteerd scholingsaanbod. Aan (her)registratie in deze registers worden bepaalde inhoudelijke eisen gesteld. Herregistratie is niet verplicht, maar vrijwillig. Wel verwachten werkgevers en ook de beroepsgroep steeds meer dat men er aan meedoet.

Bij- en nascholing nodig om bij te blijven

Bij- en nascholing moet een krachtig instrument worden om het beroep continu aan te passen aan wat patiënten nodig hebben. Daarbij staan bekwaamheden centraal en geldt: bekwaam, dus bevoegd. Individuele beroepsbeoefenaren leren zo nieuwe vaardigheden en wetenschappelijke en technologische kennis en blijven op de hoogte van ontwikkelingen, niet alleen op het gebied van wetenschap en technologie maar ook van de zorgvraag. Speciale aandacht is nodig voor beroepen die niet onder de Wet BIG vallen, zoals verzorgenden, en waarbij een tekort is aan bij- en nascholing.

Daarom wordt bij- en nascholing verplicht

Vertrekpunt is dat de beroepsbeoefenaar beschikt over de competenties om de juiste zorg te leveren volgens de laatste wetenschappelijk en technologische inzichten. Dat betekent dus dat de beroepsbeoefenaar moet bijblijven en dat het stelsel van bij- en nascholing zo wordt ingericht dat dit mogelijk is. Daarbij denken wij aan het volgende:

- Periodieke herregistratie voor alle artikel 3-beroepen invoeren;
- Werkervaring volstaat niet als criterium voor herregistratie; er moet ook een wettelijke verplichting tot deskundigheidsbevorderende activiteiten (bij- en nascholing) komen.

- Deze activiteiten maken deel uit van een bij- en nascholingsplan, dat bij voorkeur door de desbetreffende beroepsorganisatie is opgesteld.
- Het is niet voldoende dat aan bij- en nascholing wordt deelgenomen. Er moet ook een toets worden afgelegd.

5.4 Coördinatie en afstemming

De zorgvraag centraal

Zorgvraag richtsnoer ...

Tot nu toe zijn de verschillende systemen van beroepen en opleidingen vooral gescheiden: medische opleidingen worden centraal aangestuurd, terwijl niet-medische opleidingen worden overgelaten aan de vrije markt. Dit is een 'systeemfout' die te ondervangen is door de zorgvraag centraal te stellen bij de inhoud en inrichting van opleidingen. In de toekomst zal de zorgvraag vanuit het aanbod meer en meer beantwoord worden op basis van functionele zorgaanspraken (cure) en zorgzwaartepakketten (care). Hierin staat functioneel omschreven waar de patiënt recht op heeft. Als dit uitgangspunt ook wordt doorvertaald naar de bekostiging van de zorgverlening, zal dat stimuleren dat zorginstellingen hun aanbod meer vanuit competenties dan vanuit beroepen gaan inrichten (zie ook hoofdstuk 4.2).

... voor competentieprofielen

Voor veel initiële beroepsopleidingen zijn landelijke competentieprofielen vastgesteld, op basis van beroepsprofielen. Dit geldt voor zowel de medische vervolgopleidingen (die tot een specialisten registratie leiden) als de niet-medische vervolgopleidingen. Het onderwijs wordt op basis van deze competentieprofielen door opleidingsinstellingen op de regionale vraag (van zorginstellingen) ingericht.

Inhoudelijke afstemming

Overdraagbaarheid van kennis verbeteren

Inhoudelijke afstemming van de opleidingen op MBO en HBO niveau vindt plaats tussen de lokale opleidingsinstelling en zorginstellingen. Dit gebeurt via regionale convenanten en allianties (BOZ et al., 2010). De huidige trend is dat zorginstellingen generiek opgeleide beginnende professionals van de opleiding aangeleverd krijgen, terwijl zij juist meer specifieke kennis en vaardigheden verwachten. Dit is voor sommige zorginstellingen aanleiding om eigen zorgacademies of 'huisopleidingen' in te richten. Deze trend doet zich voor in zowel de verpleeg- en verzorgingshuizen (care) als in de ziekenhuizen (cure). Een nadeel voor de zorgprofessional is dat de specifiek opgedane kennis niet of nauwelijks overdraagbaar is naar een andere werkgever.

Eindtermen op elkaar afstemmen

De inhoudelijke afstemming van opleidingen op MBO en HBO niveau zal in de toekomst ook regionaal blijven gebeuren: dat is een deel van de flexibiliteit van opleidingen. Het is wenselijk dat de eindtermen van (vervolg) opleidingen onderling meer afgestemd worden, ook daar waar bijvoorbeeld eerstelijnszorg en tweedelijnszorg elkaar raken. Daarmee wordt samenwerking versterkt en neemt de overdraagbaarheid van kennis toe. Leren is dan

niet meer afhankelijk van locatie, maar van (academische) systemen, netwerken van onderwijs- en zorginstellingen. Hierin zouden lectoren een belangrijke rol kunnen vervullen, doordat zij verenigd zijn in (landelijke) netwerken en zich vooral richten op praktijkgericht onderzoek.

Landelijke coördinatie

Opleidingen niet volledig aan markt overlaten

Voor zowel de cure als de care geldt dat de talenten van de professional optimaal moeten worden benut en dat deze ook op andere werkplekken moeten kunnen worden ingezet. Daarom is het niet wenselijk opleidingen volledig aan de markt (van opleidingsinstellingen en zorginstellingen) over te laten, zonder een vorm van landelijke afstemming of coördinatie. Opleidingen moeten hun onderwijsprogramma afstemmen op de reële zorgbehoefte en de reële praktijk van de zorg. Zij moeten hun studenten actiever sturen en begeleiden in hun keuze voor vervolgopleidingen (ook voor opleidingen die minder populair zijn). Hierbij is het van belang om daar waar taakherschikking tussen beroepsbeoefenaren mogelijk is, dit al in de opleidingen mee te nemen. De overheid moet in goed overleg met veldpartijen financieel sturen op de capaciteit van de vervolgopleidingen. Het is van belang hierbij de consequenties van taakherschikking mee te nemen.

Innovatie aanjagen

Veel vernieuwingen in opleidingen blijven beperkt tot één regio. Daardoor worden allerlei 'parels' die in de regio worden gevonden, in de rest van het land niet gebruikt. Het is nodig dat initiatieven in het veld met elkaar verbonden worden, opdat de innovatiekracht van opleidingen niet beperkt blijft tot een bepaalde regio. Regionale initiatieven kunnen leren van datgene wat op landelijk niveau wordt ontplooid (bijvoorbeeld op het gebied van financiering). Andersom kan de inrichting van financiering en wet- en regelgeving, wat betreft beroepen en opleidingen, volgen wat regionaal gebeurt. De verschillende belangen van zorginstellingen en opleidingsinstellingen en overheid kunnen soms op gespannen voet met elkaar staan. Er is daarom behoefte aan een onafhankelijke en gezaghebbende organisatie die de afstemming van beroepen en opleidingen op de toekomstige zorgvraag signaleert, aanjaagt, draagvlak daarvoor creëert en monitort.

5.5 Conclusies

Belangrijk is dat opleidingen zich richten naar de behoeften van de patiënten. Ook moeten ze de doorstroom naar andere functies (horizontaal en verticaal) bevorderen. Competentiegericht onderwijs vormt daartoe de sleutel. De inhoud van het onderwijs moet de zorgvraag volgen. Competenties op het gebied van gedragsverandering en interdisciplinaire samenwerking moeten meer aandacht krijgen. Daarbij ligt de nadruk op generalistisch opgeleide professionals met ruimte voor specialistisch opgeleide professionals.

Gefaseerde en flexibele leertrajecten moeten een leven lang leren mogelijk maken. Hierdoor kunnen professionals hun talenten optimaal ontplooiën en krijgen zij een ruimer carrièreperspectief. Na- en bijscholing moet een krachtig instrument worden om het beroep aan te passen aan wat patiënten nodig hebben. De beschikking over bepaalde bekwaamheden en niet de lengte van de opleiding of de academische status wordt het kenmerk waarop het functioneren van toekomstige zorgprofessionals wordt beoordeeld. Om de leertrajecten optimaal in te richten is het nodig dat regionale initiatieven kunnen leren van datgene wat op landelijk niveau wordt ontplooid. Andersom kan de inrichting van financiering en wet- en regelgeving, wat betreft beroepen en opleidingen, volgen wat regionaal gebeurt. Om mogelijke tegenstrijdige belangen hierbij te overwinnen is een onafhankelijke en gezaghebbende organisatie nodig, die de afstemming van beroepen en opleidingen op de toekomstige zorgvraag signaleert, aanjaagt, draagvlak daarvoor creëert en monitort.



6 Antwoorden en aanbevelingen

6.1 Antwoorden

1. In welke richting moet de inhoud van beroepen verschuiven?

De gezondheidszorg krijgt te maken veranderingen in de vraag naar zorg. De bevolking vergrijst, de culturele diversiteit neemt toe en steeds meer mensen leven met chronische aandoeningen, ouderen vaak met verschillende tegelijk. De inhoud van bestaande beroepen zal hierdoor verschuiven omdat door deze veranderingen een krachtig beroep wordt gedaan op preventie en langdurige begeleiding van patiënten. De psychosociale en maatschappelijke gevolgen van chronische aandoeningen vergen dan systematisch aandacht. Agogische vaardigheden, communicatieve vaardigheden en samenwerkingsvaardigheden worden belangrijker. Proactief werken krijgt een sterker accent.

Er zijn ook veranderingen aan de kant van de zorgverlening. De druk om doelmatiger te werken neemt toe. De zorg zal afhankelijk van de aard van het werk – probleemoplossend, routinematig, communicatief – verschillend worden georganiseerd en beroepen zullen in elke organisatorische omgeving andere accenten krijgen. Tegelijkertijd maken wetenschappelijke vooruitgang en nieuwe technologie het mogelijk om zonder kwaliteitsverlies taken van hoger opgeleide beroepsbeoefenaren naar lager opgeleiden te verschuiven. In een aantal gevallen kan de patiënt zelf een deel van de diagnostiek en behandeling uitvoeren. Gezondheid 2.0 en nieuwe technologie maken dit steeds beter mogelijk.

De beroepen krijgen door deze ontwikkelingen met grote veranderingen te maken. De dynamiek en de diversiteit nemen toe.

2. Wat betekent dit voor competenties en opleidingen?

Meer dynamiek en diversiteit heeft tot consequentie dat er per beroep verschillende competentieprofielen gaan ontstaan en dat de competentieprofielen van verschillende beroepen elkaar deels gaan overlappen. Vaste beroepsdomeinen gaan tot het verleden behoren en de toekomst is aan een systeem van bewezen losse competenties op basis van een afgeslankte beroepenstructuur.

In het geheel van competenties ligt de nadruk nu sterk op kennisverwerving, maar er zal meer aandacht moeten komen voor vaardigheden en professioneel gedrag. Voor alle beroepen zijn het kunnen toepassen van ICT en het kunnen samenwerken met personen van andere disciplines en professies belangrijk. Patiënten begeleiden bij zelfmanagement en verandering van leefstijl zijn nieuwe taken die competenties vergen waarover niet elk beroep hoeft te beschikken. Het is wel belangrijk dat ze aanwezig zijn in het team. Dat moet

over een cluster van competenties beschikken om aan de lokale zorgvraag te kunnen voldoen. Voor het begeleiden van patiënten zijn vaardigheden nodig als: proactief denken en handelen, goed kunnen communiceren, de taal van de patiënt spreken en de context van de patiënt niet uit het oog verliezen. Begeleiding bij gedragsverandering vraagt als kerncompetenties: kunnen inschatten waar iemand zelf toe in staat is om zo een juiste benadering te kiezen, kennis en vaardigheid in gedragsveranderingsmethoden, en monitoring om te zien of mensen het verbeterde gedrag volhouden.

De belangrijkste consequentie voor de zorgopleidingen is dat wordt gekozen voor competentiegericht onderwijs. Het is belangrijk dat opleidingen zijn gericht op de behoeften van de patiënten. Ook is er meer flexibiliteit in de opleidingen nodig om de doorstroom naar andere functies (horizontaal en verticaal) te bevorderen. Gefaseerde en flexibele leertrajecten moeten een leven lang leren mogelijk maken. Hierdoor kunnen professionals hun talenten optimaal ontplooiën en krijgen zij een ruimer carrièreperspectief. Competentiegericht onderwijs vormt daartoe de sleutel.

Een tweede consequentie is dat het systeem van bij- en nascholing minder vrijblijvend moet worden. Het moet een krachtig instrument worden om het beroep continu aan te passen aan wat patiënten nodig hebben. Individuele beroepsbeoefenaren leren hierdoor nieuwe kennis en vaardigheden en blijven op de hoogte van ontwikkelingen. Speciale aandacht is nodig voor beroepen die niet onder de Wet BIG vallen, zoals verzorgenden, en waarbij een tekort is aan bij- en nascholing.

Een derde consequentie is dat voorlichting en instructie aan patiënten en mantelzorgers meer aandacht moeten krijgen. Dat draagt ertoe bij dat meer zorgtaken door hen zelf kunnen worden opgepakt en uitgevoerd.

3. Welke maatregelen zijn noodzakelijk om deze veranderingen in beroepen en opleidingen te kunnen realiseren?

Hiervoor zijn de volgende maatregelen noodzakelijk.

1. *Stimuleer taakherschikking en ruim hindernissen daarvoor uit de weg.*
De acceptatie van taakherschikking door andere beroepsgroepen moet worden verbeterd. Verder kan de overheid een aantal hinderpalen wegnemen. De belangrijkste liggen op het vlak van de aanspraken, de bekostiging en de bevoegdheden van beroepsgroepen.
2. *Bevorder een innovatieve instellingscultuur.*
In dit advies wordt een lans gebroken voor innovatie van beroepen en opleidingen. Wat gebeurt er wanneer innovatieve mensen gaan werken in een ziekenhuis of instelling met behoudende collega's of een weinig ondernemend management? De cultuur in een instelling is moeilijk te veranderen, maar inspirerend leiderschap en bij- en nascholing helpen.

3. *Stimuleer patiënten tot zelfmanagement en zelfzorg.*
 Professionele begeleiding, voorlichting en instructie, betrouwbare informatie en vergoeding van onkosten dragen hieraan bij.
4. *Baseer het zorgonderwijs consequent op het verwerven van competenties.*
 Omdat competentiegericht onderwijs al breed is ingevoerd zijn stimuleringsmaatregelen niet direct nodig. Wel is het wenselijk dat competentiegericht onderwijs wordt gebruikt om gewenste veranderingen in het aanbod mogelijk te maken en om het onderwijs flexibeler te maken.
5. *Maak bij- en nascholing tot een krachtig instrument om het beroep continu aan te passen aan wat patiënten nodig hebben.*
 Vertrekpunt is dat de beroepsbeoefenaar beschikt over de competenties om de juiste zorg te leveren volgens de laatste wetenschappelijk en technologische inzichten. Dat betekent dus dat de beroepsbeoefenaar moet blijven en dat het stelsel van bij- en nascholing zo wordt ingericht dat dit mogelijk is.
6. *Versterk de onderlinge samenwerking en afstemming in het zorgonderwijs.*
 Het gaat hier om twee aandachtspunten. Ten eerste het streven naar een betere onderlinge samenwerking tussen opleidingsinstituten en de samenwerking met andere maatschappelijke instellingen. Samenwerking tussen opleidingsinstituten bevordert dat beroepsbeoefenaren samenwerken. Ten tweede het streven naar inhoudelijke afstemming van opleidingen.

6.2 Aanbevelingen

1. **Stimuleer taakherschikking en ruim hindernissen daarvoor uit de weg.**
 We bevelen onderwijsinstellingen, brancheorganisaties en beroepsorganisaties het volgende aan.
 - Duidelijkheid te scheppen over verantwoordelijkheden. De Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (KNMG 2010) is een startpunt voor verbetering.
 - Inzicht geven in competenties van beroepsgroepen. Dit kan bijvoorbeeld worden gedaan door geaccrediteerde competentieprofielen te ontwikkelen voor opleidingen en cursussen, door te werken met EVC's (Eerder Verworven Competenties) en opleidingen meer op elkaar af te stemmen. Met dit laatste wordt bedoeld op de gemeenschappelijke trunk die veel opleidingen hebben, maar die nog niet als zodanig wordt herkend op de opleidings- en arbeidsmarkt.
 - Overbruggen van cultuurproblemen. Er kan een goede start worden gemaakt door aandacht te schenken aan samenwerken bij het opleiden van

nieuwe professionals. Kennis van de competenties van andere professionals (op alle niveaus: van artsen en specialisten tot helpenden en verzorgenden) vormt hier een belangrijk onderdeel van.

We bevelen de minister van VWS, zorgverzekeraars, de NZa en het CVZ de volgende maatregelen aan:

- Laat het vereiste in de Wet BIG dat iemand voor het verrichten van voor behouden handelingen bekwaam én bevoegd moet zijn, los. De eis van bekwaamheid volstaat. Deze bekwaamheid moet uiteraard via een adequaat kwaliteitssysteem gewaarborgd worden. Stel vast welke bekwaamheden nodig zijn voor specifieke voorbehouden handelingen en via welke opleiding die bekwaamheden verkregen worden. Bekwaamheid mag verondersteld worden als men met goed gevolg zo'n opleiding heeft afgerond. Vervolgens wordt bekwaamheid via het systeem van bij- en nascholing op peil gehouden.
- Geef uitvoering aan het voornemen om integrale bekostiging – behalve voor diabeteszorg en cardiovasculair risicomanagement – ook mogelijk te maken voor COPD en hartfalen.
- Integrale bekostiging van een chronische aandoening is vooralsnog afhankelijk van een zorgstandaard. Daarom verdient totstandkoming van zorgstandaarden voor andere chronische aandoeningen zoals obesitas, astma, depressie, dementie en cva krachtige ondersteuning.
- Voer een functioneel omschreven verstrekking 'eerstelijnszorg' in. Dit bevordert taakherschikking in de eerstelijns en innovatie in de eerstelijnszorg.
- Wijzig het DBC-systeem volgens DOT in zoverre dat elke feitelijke hoofdbehandelaar de DBC kan openen en sluiten.

2. Bevorder een innovatieve instellingscultuur.

We bevelen zorgbestuurders en raden van toezicht het volgende aan:

- Streef naar zoveel mogelijk innovatieve, ondernemende mensen op sleutelposities in de organisatie.
- Zorg voor bijscholing van bestuurders en managers in moderne managementvaardigheden.
- Bevorder continue bijscholing van zorgmanagers en vernieuwende bij- en nascholing voor beroepskrachten en ander personeel.

3. Stimuleer patiënten tot zelfmanagement en zelfzorg.

We bevelen onderwijsinstellingen, brancheorganisaties en beroepsorganisaties aan:

- De begeleiding van zelfmanagement en zelfzorg te verbeteren.

We bevelen de minister van VWS, zorgverzekeraars, de NZa en het CVZ de volgende maatregelen aan:

- Breidt integrale bekostiging van chronische aandoeningen uit, zoals eerder aanbevolen.
- Waarborg de toegang tot betrouwbare en actuele informatie voor patiënten.
- Stel patiëntenorganisaties in staat aan hun leden voorlichting en instructie te geven, gericht op zelfmanagement en zelfzorg.

4. Baseer het zorgonderwijs consequent op het verwerven en onderhouden van competenties.

We bevelen onderwijsinstellingen, brancheorganisaties en beroepsorganisaties het volgende aan.

- Maak in de opleiding onderscheid tussen een vast basisgedeelte en een daarop volgend variabel gedeelte.
- Werk de Canmeds competenties en rollen uit in profielen voor het werken in verschillende typen organisaties. Houd daarbij rekening met de competenties die voor het werk met mensen met chronische aandoeningen extra aandacht behoeven.
- Stem de eindtermen van (vervolg)opleidingen onderling meer op elkaar af. Leerprocessen kunnen daardoor verschillend worden ingericht, mits de competenties en de eisen waaraan moet worden voldaan duidelijk zijn omschreven.

5. Maak bij- en nascholing tot een krachtig instrument om het beroep continu aan te passen aan wat patiënten nodig hebben.

We bevelen de minister van VWS en beroepsorganisaties het volgende aan.

- Voer periodieke herregistratie voor alle artikel 3-beroepen in.
- Werkervaring volstaat niet als criterium voor herregistratie; er moet ook een wettelijke verplichting tot deskundigheidsbevorderende activiteiten (bij- en nascholing) komen.
- Deze activiteiten maken deel uit van een bij- en nascholingsplan, dat bij voorkeur door de desbetreffende beroepsorganisatie is opgesteld.
- Het is niet voldoende dat aan bij- en nascholing wordt deelgenomen. Er moet ook een toets worden afgelegd, waaruit blijkt wat er geleerd is.

6. Versterk de onderlinge samenwerking en afstemming in het zorgonderwijs.

Wij bevelen zorgorganisaties, opleidingsinstituten en de minister van VWS het volgende aan:

- Werk mee aan de vorming van innovatieve samenwerkingsverbanden tussen opleidingsinstituten onderling en met andere maatschappelijke instellingen.
- Bevorder het functioneren van een onafhankelijke en gezaghebbende organisatie, die de afstemming van beroepen en opleidingen op de toekomstige zorgvraag signaleert, aanjaagt, draagvlak daarvoor creëert en monitort.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg



Rien Meijerink,
voorzitter



Pieter Vos,
algemeen secretaris

Bijlagen

Bijlage 1

Relevant gedeelte uit het RVZ-werkprogramma 2010, vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

In het Werkprogramma 2010 van de Raad is het onderwerp Nieuwe Beroepen opgenomen. Het werkprogramma vermeldt hierover het volgende:

“Nieuwe Beroepen

Het stelsel van beroepen en opleidingen in de zorgsector is in beweging. Nieuwe en steeds complexere zorgvragen vereisen nieuwe competenties. Ook maken nieuwe interventiemogelijkheden het nodig dat nieuwe beroepen ontstaan. In de derde plaats roept het steeds ingewikkelder worden van de gezondheidszorg soms de behoefte aan een nieuw, coördinerend beroep op. De RVZ heeft hieraan regelmatig aandacht besteed, zie onder meer zijn adviezen over taakherschikking, arbeidsmarkt en AWBZ. Algemene teneur: zorgvraag, wetenschap en technologie vereisen andere beroepen, maar er is geen regisseur met doorzettingsmacht in dit veld vol tegenstrijdige belangen. Een aantal EU-lidstaten is hierin voortvarender.

Hoe kunnen wij een innovatief beleid van beroepen en opleidingen tot stand brengen? Hoe kunnen wij het aanbod van zorgaanbod meer in overeenstemming krijgen met de vraag? En zijn de bestaande scheidslijnen (medisch, verpleegkundig, paramedisch) wel houdbaar? De houdbaarheidsvraag geldt ook voor de bestaande verhouding tussen generalistische en specialistische beroepen en tussen de formele en informele zorgarbeid. De meest fundamentele verandering is waarschijnlijk die in de spreekkamer. De relatie tussen patiënt en professional verandert en daarmee de inhoud van de professionele verantwoordelijkheid.

Wat is in dit dynamische spel van vraag en aanbod de taak van de overheid? En welk beleidsinstrumenten heeft zij? De RVZ zal deze vragen beantwoorden in het verlengde van zijn advies over de numerus fixus geneeskunde van eind 2009.”

Bijlage 2

Adviesvoorbereiding

Het advies is vanuit de Raad voor de Volksgezondheid voorbereid onder leiding van:

Mevrouw drs. M. Sint
Prof. dr. D.L. Willems

Relevante functies en nevenactiviteiten raadsleden:

Mevrouw drs. M. Sint

- Lid Raad van Commissarissen BPF Bouwinvest, Amsterdam.
- Voorzitter Raad van Commissarissen ROVA, Zwolle.

Prof. dr. D.L. Willems

- Lid Gezondheidsraad, beraadsgroep Ethiek en recht.
- Lid medisch-ethische commissie ten bate van Wetenschappelijk onderzoek met mensen, AMC.
- Lid medisch-ethische commissie ten bate van de patiëntenzorg, AMC.

De Raad is in de voorbereiding bijgestaan door een ambtelijke projectgroep bestaande uit:

Mr. J.P. Kasdorp van Kasdorp Consultancy, projectleider

Mevrouw drs. Y.D.M. van Otterdijk, adjunct algemeen secretaris

Mevrouw I. Grootjans-van Kampen, junior adviseur

Mevrouw drs. M.E.M. Huijben, adviseur

L. Ottes, arts, senior adviseur

L.J. Schmit Jongbloed, arts, MBA (LSJ Medisch Projectbureau)

Mevrouw drs. O.S. Butterman (CBOG)

Mevrouw N.L. Buijs, projectsecretaresse

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

Klankbordgroep Nieuwe Beroepen

De Raad is bij de voorbereiding van het advies bijgestaan door een klankbordgroep. Deze klankbordgroep, die drie keer bijeen is geweest, bestond uit de volgende personen:

- Mevrouw drs. M. de Been, STING
- J.B.I. de Blok, Buurtzorg Nederland
- Prof. dr. H.J.G. Bilo, Landelijke Huisartsen Vereniging
- Mevrouw F. Bolle, V&VN Beroepsvereniging van Zorgprofessionals
- Mevrouw drs. F. Bont MPM, Onderwijsraad
- Prof. dr. J.C.C. Borleffs, UMCG/Faculteit Medische Wetenschappen
- Mevrouw A.A.H.M. de Bresser MHCM, Topaz
- Mevrouw dr. M. Brouns, College voor Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg
- Dr. J.A.I. Coolen, Cordaan
- Mevrouw prof. dr. D. Delnoij, Centrum Klantervaring Zorg
- Dr. H. Feenstra, Martini Ziekenhuis
- J. van Gaal, ROC Leiden
- Mevrouw drs. Y. van Gilse, LOC
- Dr. P. van den Hombergh, Landelijke Huisartsen Vereniging
- L. Jaquet, Tempo Team Gezondheidszorg
- Mevrouw dr. H.S.M. Kort, Hogeschool Utrecht
- Dr. H.R.Th. Kröber, Stichting Pameijer
- Mr. dr. H.P. Kuipers, Diabetes Fonds
- Drs. E.A.R.J. Lohman, Universitair Medisch Centrum, St. Radboud
- Mevrouw prof. dr. B. Meyboom-De Jong
- T. Moester Msc., Policy Research Corporation
- Mevrouw dr. I. Mosca, Nederlandse Zorgautoriteit
- Mevrouw drs. H. Paans-Wubbolts, Zorgverzekeraar Nederland
- Prof. dr. K. Putters, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Prof. dr. J.M.G.A. Schols, Universiteit van Maastricht
- V.A.J. Slenter, arts M&G, Capaciteitsorgaan
- Prof. dr. M. Thaens, Centre for Public Leadership
- Mevrouw drs. M. Urlings, InHolland (OZW)
- Drs. H. van Vliet, Nederlandse Zorgautoriteit
- Dr. L. Wigtersma, KNMG

Discussiegroep Technologische ontwikkelingen en discussiegroep Zelfredzaamheid en ondersteuning.

Ter voorbereiding op het advies heeft de Raad vijf discussiegroepen gehouden. De eerste en tweede discussiegroepen werden gehouden op 24 september 2010.

Bij de discussiegroep over technologische ontwikkelingen waren aanwezig:

- Mevrouw dr. L. Asveld, Rathenau Instituut
- Mevrouw dr. C.M.M. Cox, Fontys
- R. Stenvert, Agfa HealthCare
- Prof. dr. M. Thaens, Centre for Public Leadership
- Mevrouw dr. A.J.E. de Veer, NIVEL
- Mevrouw J. Wiechers, Plexus

Bij de discussiegroep over zelfredzaamheid en ondersteuning waren aanwezig:

- Dr. J.A.I. Coolen, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
- Mevrouw H. Dessaur
- Mr. drs. H.P. Kuipers, Diabetes Fonds
- Mevrouw drs. Y.C.M. van Gilse, LOC
- Mevrouw M. van Uden, STING

De derde discussiegroep werd gehouden op 29 september 2010 en stond in het teken van preventie. De volgende personen waren hierbij aanwezig:

- Prof. dr. R.B. van Baaren, Hoogleraar Behavioural Change of Society
- F. Pleijers, Centrum voor Trajecten en Bemoeizorg
- Mevrouw prof. dr. D.R.M. Timmermans, Hoogleraar Sociale Geneeskunde

De vierde discussiebijeenkomst stond in het teken van ketenvaardigheden en werd gehouden op 30 september 2010. De volgende personen waren hierbij aanwezig:

- Mevrouw D. de Bresser, Topaz
- Mevrouw dr. J. de Lange, Trimbos Instituut
- Mevrouw J.A. Riteco, Revalidatie Nederland
- S. Veenstra, Ketenapotheken
- M. Zwier, UMC Utrecht

De vijfde discussiebijeenkomst over taakherschikking en substitutie werd gehouden op 1 oktober 2010. Bij de discussiegroep waren aanwezig:

- Mevrouw F. Bont, Onderwijsraad
- J. Doorduyn, Nederlandse Vereniging Technische Geneeskunde
- Mevrouw dr. M. Laurant, Radboud Ziekenhuis
- Mevrouw S. van Maarseveen, MCL Leeuwarden
- dr. R.A.M. van der Peet, CBOG
- Mevrouw M. van Stiphout, NAPA
- Mevrouw drs. M. Urlings, InHolland
- Mevrouw ir. M.E. Vulto, Onderzoek en Advies Utrecht

De zesde en laatste discussiebijeenkomst over opleidingen werd gehouden bij het CBOG op 1 november 2010. Bij de discussiegroep waren aanwezig:

- Mevrouw J. Baar, CBOG
- Mevrouw dr. M.L.M. Brouns, CBOG
- Prof. dr. J. Borleffs, UMCG
- Drs. G. van den Brink, Zorgacademie UMC St. Radboud
- Drs. Y.M. van der Brug, Hogeschool van Amsterdam
- Mevrouw J. Drost, MBO Raad
- Mevrouw drs. A. van der Dussen, Zorgacademie Erasmus MC
- Mevrouw dr. E.J. Finnema, Hogeschool Leeuwarden
- J. van Gaal, ROC Leiden,
- Mevrouw drs. M. Jambroes, AMC/UvA
- Drs. R.P.P.M. Koch MSc, ROC Midden Nederland
- Mevrouw dr. C.H.M. Smits, Hogeschool Windesheim
- Mevrouw drs. M. Urlings, Hogeschool InHolland
- Mevrouw E. Wardenaar, College Zorg Opleidingen
- Mevrouw mr. A.A.M. Zimmerman, HBO-Raad

Geconsulteerden

Tijdens het adviestraject is met de volgende personen gesproken:

- P. Andriessen, FWG
- Mevrouw M.J.M. Le Grand, Van den Boogaard Consulting
- Mevrouw mr. M. Weerts, De Hart & Vaatgroep
- Dr. Th.B. Twickler, AMC

Op 14 februari 2011 is de onderhavige materie besproken met drs. P.H.A.M. Huijts, directeur-generaal Volksgezondheid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De Raad heeft het advies op 17 februari 2011 vastgesteld.

Bijlage 3

Lijst van afkortingen

AMC	Academisch Medisch Centrum
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
BIG	Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg
CBOG	College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg
CT-scan	Computertomografie scan
DBC	Diagnose BehandelCombinatie
DNA	Desoxyribonucleic acid
HBO	Hoger Beroepsonderwijs
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
MBO	Middelbaar Beroepsonderwijs
MRI-scan	Magnetic Resonance Imaging scan
MOBG	Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
RCT	Randomized Controlled Trial
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
UVA	Universiteit van Amsterdam
VS	Verenigde Staten
VSNU	Vereniging van Universiteiten
TZ	Technologie en zorg
TU	Technische Universiteit
VBOC	Verpleegkundige Beroepsstructuur en Opleidings Continuüm
OCW	OpenCourseWare
Wmo	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
Wpg	Wet Publieke Gezondheidszorg
ZVW	Zorgverzekeringswet

Bijlage 4

Literatuurlijst

Algemeen Competentieprofiel en Specifieke Deelprofielen Verpleegkundig Specialist. Rapport van de werkgroep 'competentieprofiel verpleegkundig specialist'. Utrecht, 16 januari 2008.

Algemene competenties van de medisch specialist. KNMG, 2004.

A snapshot of medical student education in the United States and Canada. Association of American Medical Colleges. Acad. Med., 2010, no. 85, p. 1-648.

Benner P., et al. Educating nurses: a call for radical transformation. Stanford: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 2010.

Besluit zorgverzekering. 28 juni 2005, Stb. 2005, 389.

Bosch, A. Health literacy; Werken aan een 'gezondheidsvaardig' Nederland. Universiteit Twente, 2005.

CBOG. Taakherschikking in de mondzorg. Utrecht: CBOG, juni 2009.

CBOG. Wat moet er gebeuren om structuur en samenhang van de beroepen (in de gezondheidszorg) toekomstbestendig te maken? Utrecht: CBOG, Versnellingskamer, 30 juni 2010.

Christensen C.M., J.H. Grossman en J. Hwang. The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Healthcare. New York, NY: McGraw-Hill, 2008.

Cooke M., et al. Educating physicians: a call for reform of medical school and residency. Stanford: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 2010.

Coördinatieplatform Zorgstandaarden. Zorgstandaarden in model; Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten. Den Haag: Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2010.

Delden P. van. Domeindenken en solisme verhinderen goede samenwerking. www.zorgwelzijn.nl, 25-01-2010. Gebaseerd op: promotie september 2009 Samenwerking in de publieke dienstverlening.

Dierick-van Daele, A.T.M., et al. Nurse practitioner in de huisartsenpraktijk. Maastricht: UMC Maastricht, 2008.

Duchateau, D.C. Eindrapportage Quickscan Zorgstandaarden en Zorgmodules. In opdracht van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden/ ZonMw, 2011.

Dulisse, B. en J. Cromwell. No harm found when nurse anesthetists work without supervision by physicians. Health Affairs, aug. 2010, vol. 29 no. 8, p. 1469-1475.

Engels, J. en W. Kistemaker. Zelfmanagement helpt zieke vooruit, Medisch Contact, dec. 2009, no. 50, p. 2094-2097.

Engels, J. en B. Dijcks. Zelfmanagement: verkenning en agendasetting. Oriënterend onderzoek onder patiëntvertegenwoordigers, professionals en onderzoekers naar de betekenis van zelfmanagement bij chronische aandoeningen. Utrecht: Vilans, 2010.

Frank, J.R. (Ed). The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2005.

Frenk, J., et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet, 376, 2010, no. 9756, p. 1877-1878.

Front line care: the future of nursing and midwifery in England. London: The Prime Minister's Commission on the Future of Nursing and Midwifery in England, 2010.

Gevers, J.K.M., et al. Voorbehouden handelingen tegen het licht. De regeling van art. 35-39 Wet BIG heroverwogen. Amsterdam: Instituut Sociale Geneeskunde, AMC/Universiteit van Amsterdam, september 2009.

Gezondheidsraad. Signalement Taakherschikking in de gezondheidszorg. Den Haag: GR, 2008.

GGZ Nederland. Opleiden, brugfunctie tussen kwaliteit van zorg en arbeidsmarkt; opleiden met ambitie. Positioneringsnota GGZ Nederland. GGZ Nederland, 2006.

Huijben, M. Het Chronic Care Model in Nederland. Achtergrondstudie voor dit advies. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en zorg, 2010.

Huijsman, R. en M.F. Wesseling. Sterke medische zorg voor kwetsbare oudere. Rapport van de stuurgroep Toekomst Medische Ouderenzorg. Medisch Contact, april 2010, no. 16, p. 710-713.

Human resources for health: overcoming the crisis. Joint Learning Initiative. Cambridge: Harvard University Press, 2004.

Jong, E.J.C. de. Het moeras van de voorbehouden handelingen. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 2 april 2010, p. 87-93.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2010). KNMG 2010.

Lucht, F. van der en J.J. Polder. Van gezond naar beter; kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. RIVM, 2010.

Lutke Schipholt, I.L.E. 'U houdt de folder op zijn kop'. Medisch Contact, september 2010, no. 36, p. 1749-1751.

Naar volwaardig partnerschap in het beroepsonderwijs in de Zorg. Convenant van de Boz-partijen (koepels werkgevers), MBO-raad en Calibris, 2010.

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. De medisch specialist van straks; Toekomstscenario's medische vervolgopleidingen. Discussienotitie - NFU. NFU, 2010.

Ottes, L. Wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen en nieuwe beroepen. Achtergrondstudie voor dit advies. Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2010.

Pols, J., De beroepsvoorbereiding van studenten geneeskunde, verkenningen op het gebied van chronisch zieken. Proefschrift Groningen, 2003.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezondheid 2.0. Den Haag: RVZ, 2010.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg. Den Haag: RVZ, 2011.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Taakherschikking in de gezondheidszorg. Den Haag: RVZ, 2002.

Revisiting the medical school educational mission at a time of expansion. Charleston: Josiah Macy Jr Foundation, 2008.

Rol, M. van der en L.J. Schmit Jongbloed. Zorgredistributie; sturen op kwaliteit en doelmatigheid in de zorg. Achtergrondstudie voor dit advies. LSJ Medisch Projectbureau, 2010.

Quak, R., V. Francati en W. Balestra. Functie indeling eerstelijnszorg. Amsterdam: Plexus Medical Group, 2008.

The future of medical education in Canada (FMEC): a collective vision for MD education. Ottawa: The Association of Faculties of Medicine of Canada, 2010.

The future of nursing: leading change, advancing health. Institute of Medicine, October, 2010. <http://www.iom.edu/Reports/2010/The-Future-of-Nursing-Leading-Change-Advancing-Health.aspx> (accessed Oct 20, 2010).

Thoolen, B. et al. Diabetes Care , 2007, no. 30, p. 2832-2837.

Tomorrow's doctors: outcomes and standards for undergraduate medical education. London: UK General Medical Council, 2009.

Twickler Th.B., et al. Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden vragen om een antwoord in de zorg. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 6 augustus 2009, no. 153, A250.

Veer, A.J.E. de en A.L. Francke. Technologie moet kwaliteit van zorg dienen. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen 119, 2009, nr. 10, p. 34-36.

Vrijhoef, H.J.M. Chronisch zieken hebben de toekomst. Inaugurale rede, Tilburg, 2010.

Vulto, M. Kansen en uitdagingen voor verpleegkundig specialisten in de chronische zorg. Verslag van een invitational conference 10 juni 2010, STG/HMF, 2010.

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

World Health Organization. The world health report: working together for health. Geneva: World Health Organization, 2006. Global Health Workforce Alliance. Scaling up, saving lives. Geneva: World Health Organization, 2008.

www.bigregister.nl

www.cvz.nl – 29097251 (29102645) Uitspraken over ketenzorg

<http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/dbc-dossier/wetenregelgeving/>

Bijlage 5

Overzicht beroepen in de zorg

Overzicht betreft aantal werkzame professionals.

Toelichting op enkele (vak)gebieden

- Verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal agogen.
In de Regiomarge 2008 van Prismant (cijfers 2007) zijn absolute aantallen genoemd per sector betreffende het totaal aantal werkende verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal agogen. Hierbij is de samenstelling van deze werkenden naar niveau aangegeven. Hieruit zijn de volgende aantallen af te leiden (totaal in Nederland):

verpleegkundigen niveau 5	44.347
verpleegkundigen niveau 4	97.720
verzorgenden niveau 3	169.534
helpenden niveau 2	41.486
zorghulpen niveau 1	48.556
sociaal pedagogisch werkenden niveau 3	49.434
sociaal pedagogisch werkenden niveau 4	54.197
sociaal pedagogische hulpverleners niveau 5	23.750
maatschappelijk dienstverleners niveau 5	20.880
Anders (o.a. alphahulpen)	75.596

Het totaal aantal werkzame verpleegkundigen (niveau 4 en 5) komt overeen met de cijfers van uit de Zorgbalans 2010 en het CBS. Aantal werkzame verpleegkundigen 2007: ongeveer 142.000.

*Zorgbalans 2010: 2007 – 8,7 werkzame verpleegkundigen per 1000 inwoners.
CBS aantal inwoners 2007: 16.358.000*

In onderstaand overzicht zijn per sector alleen de grootste groepen verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal agogen aangegeven.

- **Physician assistants en nurse practitioners.** Schatting aantal werkzame PA's en NP's 2010: 1400 (HBO-raad).
PA: Meesten in ziekenhuis werkzaam, ± 10% bij huisarts.
NP: Meesten in ziekenhuis werkzaam, 5-15% bij huisarts.
- **Doktersassistenten.** Er zijn ongeveer 24.000 (2005/2010, NVDA) doktersassistenten werkzaam in Nederland. Ongeveer de helft van hen is werkzaam in huisartspraktijken: 10.150 (2007, CO08).

- **GGZ.** Indien alleen het aantal geregistreerde professionals bekend is, zoals bij de psychiater, GZ-psychologen en psychotherapeuten, kan als vuistregel worden aangehouden: aantal werkzame professionals = aantal geregistreerde professionals – 10%.
- **Publieke gezondheid.** Voorbeelden van instellingen die zich bezighouden met publieke gezondheid: GGD'en, thuiszorgorganisaties, gezondheidsbevorderende instituten, thema-instituten, kennisinstituten en overheid. Er zijn veel beroepsgroepen die zich, naast hun reguliere werk, óók bezighouden met publieke gezondheid. Bijvoorbeeld verpleegkundigen. Er zijn weinig kwantitatieve gegevens bekend over deze sector.

	MBO	HBO (incl. HBO+, HBO-master, etc.)	WO (incl. specialisaties)
Ziekenhuis	Verpleegkundigen N4 46.750 (2007, Prismant) Duur: 3-4 jaar	Verpleegkundigen N5 22.500 (2007, Prismant) Duur: 4 jaar Gespecialiseerd verpleegkundige Opl. Vervolgopleiding HBO-V Duur: 1-2 jaar Physician assistant (PA) Opl. HBO Master Duur: 2,5 jaar Nurse practitioner (NP) Opl. duale HBO Master. Duur: 2 jaar Medisch hulpverlener Start 2010. Duur: 4 jaar	Medisch specialisten 15.360 (2007, CO08) Duur: 6 jaar basisarts + 4-6 jaar specialisme TZ-specialisten: klinische chemie, klinische fysica en ziekenhuisfarmacie. 830 (2008, CO08) Duur: 5-6 jaar wo + 4 jaar specialisme

	MBO	HBO (incl. HBO+, HBO-master, etc.)	WO (incl. specialisaties)
GGZ	Verpleegkundigen N4 11.000 (2007, Prismant) Duur: 3-4 jaar	Verpleegkundigen N5 6.750 (2007, Prismant) Duur: 4 jaar Sociaal Pedagogische hulpverleners N5 2.500 (2007, Prismant) Duur: 4 jaar Maatschappelijk dienstverleners 3.250 (2007, Prismant) Duur: 4 jaar	Psychiaters 3.050 geregistreerden (2010, BIG) Duur: 6 jaar basisarts + 4,5 jaar psychiater Psychotherapeuten 6.250 geregistreerden (2010, BIG) Duur: 3-4 jaar, afhankelijk van vooropleiding: wo of wo + gz. GZ-psychologen 13.200 geregistreerden (2010, BIG) Duur: 4 jaar wo + 2 jaar gz
Huisarts	Doktersassistenten 24.000 totaal, 10.150 bij huisarts (2005/2010, NVDA) Duur: 3-4 jaar	Praktijkondersteuner 2780 (2007, GR-Nivel) Duur: 1-2 jaar afhankelijk van vooropleiding	Huisartsen 9.800 (2007, CO08) Duur: 6 jaar basisarts + 3 jaar huisarts
Thuiszorg	Verzorgenden N3 60.500 (2007, Prismant) Duur: 2-4 jaar Helpenden N2 23.500 (2007, Prismant) Duur: 2-3 jaar Zorghulpen N1 43.700 (2007, Prismant) Duur: 0,5-1 jaar		

	MBO	HBO (incl. HBO+, HBO-master, etc.)	WO (incl. specialisaties)
Mondzorg	Tandartsassistenten 5.600 (2009, CO) Duur: 3-4 jaar (Paro)preventie-assistenten 2000-4.500 (2009, CO) Duur: 3-4 jaar tandartsassistent + 10 dagen cursus (paro 2x10)	Mondzorgkundigen 2.350 (2009, CO) Duur: 4 jaar	Tandartsen 8.600 (2009, CO) Duur: 6 jaar Orthodontisten 275 (2009, CO) Duur: 6 jaar tandarts + 4 jaar orthodontist Kaakchirurgen 200 (2009, CO) Duur: 6 jaar basisarts + 6 jaar tandarts + 4 jaar kaakchirurg
Publieke gezondheidszorg		Gezondheidsbevoor-derers	Sociaal-geneeskundigen (bedrijfs, verzekerings, M&G) 3.620 (2007, CO08) Duur: 6 jaar basisarts + 4 jaar specialisme Epidemiologen
Verpleeg- en verzorgingshuizen	Verzorgenden N3 88.000 (2007, Prismant) Duur: 2-4 jaar Verpleegkundigen N4 18.500 (2007, Prismant) Duur: 3-4 jaar		Specialist ouderengeneeskunde 1.399 (2009, CO) Duur: 6 jaar basisarts + 2 jaar specialist ouderengeneeskunde
Verloskunde	Kraamverzorgenden N3 9.000 (2006, NIVEL) Duur: 1-3 jaar	Verloskundigen 2.444 (2009, NIVEL) Duur: 4 jaar HBO Master Klinische verloskunde Duur: 4 jaar verloskunde + 2,5 jaar master (dual)	WO Master Verloskunde Duur: 4 jaar verloskunde + 2,5 jaar master (dual)

	MBO	HBO (incl. HBO+, HBO-master, etc.)	WO (incl. specialisaties)
Paramedisch	Alternatieve genezers 15.000 (schatting NIVEL 2000) Zeer veel opleidingen gerelateerd aan gezondheidszorg. Drie voorbeelden: Voedingsassistent N2 Duur: 2 jaar Opticien N4 Duur: 4 jaar Allround medewerker optiek N3 Duur: 2-4 jaar	Fysiotherapeuten (extramuraal) 14.841 (2008, NIVEL) Duur: 4 jaar Diëtisten 2.415 (2004, NIVEL) Duur: 4 jaar Logopedisten 4.410 (2004, NIVEL) Duur: 4 jaar Oefentherapeuten 1.645 (2008, NIVEL) Duur: 4 jaar Orthoptisten 329 (2004, NIVEL) Duur: 4 jaar Podotherapeuten 455 (2004, NIVEL) Duur: 3-4 jaar Huidtherapeuten 455 (2004, NIVEL) Duur: 4 jaar Overig 5500 (2003, Boot)	
Apotheken	Apothekersassistenten 16.000 (2006, RIVM) Duur: 3-4 jaar		Apothekers 2.870 (2006, RIVM) Duur: 6 jaar farmacie

	MBO	HBO (incl. HBO+, HBO-master, etc.)	WO (incl. specialisaties)
Gehandicaptenzorg	Verpleegkundigen N4 13.250 (2007, Prismant) Duur: 3-4 jaar Verzorgenden N3 12.000 (2007, Prismant) Duur: 2-4 jaar Sociaal pedagogisch werkenden N3 16.300 (2007, Prismant) Duur: 2-4 jaar Sociaal pedagogisch werkenden N4 27.500 (2007, Prismant) Duur: 3-4 jaar	Sociaal pedagogisch hulpverleners N5 13.250 (2007, Prismant) Duur: 4 jaar	Artsen VG 170 (2007, CO08) Duur: 6 jaar basisarts + 3 jaar
Welzijn en maatschappelijke dienstverlening	Sociaal pedagogisch werkenden N4 6.400 (2007, Prismant) Duur: 3-4 jaar	Maatschappelijk dienstverleners N5 9.600 (2007, Prismant) Duur: 4 jaar	
Jeugdzorg én kinderopvang	Sociaal pedagogisch werkenden N3 31.000 (2007, Prismant) Duur: 2-4 jaar Sociaal pedagogisch werkenden N4 8.100 (2007, Prismant) Duur: 2-4 jaar	Sociaal pedagogisch hulpverleners N5 4.750 (2007, Prismant) Duur: 4 jaar Maatschappelijk dienstverleners N5 6.350 (2007, Prismant) Duur: 4 jaar	

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net). Tevens kunt u de adviezen per mail aanvragen bij de RVZ (mail@rvz.net). Publicaties van vóór 2007 staan op de website van de RVZ en CEG.

De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn te bestellen bij het CEG per mail info@ceg.nl

Publicaties RVZ vanaf 2007

- | | |
|-------|--|
| 11/01 | Bekwaam is bevoegd: Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg, april 2011 |
| 10/13 | Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, januari 2011
<i>Publicaties behorende bij dit advies</i>
10/14 - Krant bij het advies ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, november 2010 |
| 10/10 | Perspectief op gezondheid 20/20, september 2010
<i>Publicaties behorende bij dit advies</i>
10/11 - Komt een patiënt bij zijn coach... (achtergrondstudie behorende bij het advies Perspectief op gezondheid 20/20), september 2010
10/12 - Veranderen met draagvlak (achtergrondstudie behorende bij het advies Perspectief op gezondheid 20/20), oktober 2010 |
| 10/05 | Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening (discussienota), april 2010
<i>Publicaties behorende bij dit advies</i>
10/08 - Moderne patiëntenzorg: Acht jaar later (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010
10/07 - Leefstijl en de zorgverzekering (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010
10/06 - Een nieuwe ordening door het naar voren schuiven van zorg (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010 |
| 10/04 | De patiënt als sturende kracht |
| 10/03 | De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg |
| 10/01 | Gezondheid 2.0 (advies), februari 2010
<i>Publicaties behorende bij dit advies</i>
10/02 - Health 2.0: It's not just about medicine and technology, it's about living your life (achtergrondstudie behorende bij het advies Gezondheid 2.0), februari 2010 |
| 09/14 | Investeren rondom kinderen, september 2009 |

09/13	Numerus Fixus Geneeskunde: loslaten of vasthouden, januari 2010
09/12	Brochure Numerus Fixus, januari 2010
09/11	Werkprogramma 2010, november 2009
09/10	Steunverlening zorginstellingen (advies), juni 2009
09/09	Buiten de gebaande paden. Advies over Intersectoraal gezondheidsbeleid, mei 2009
09/08	Buiten de gebaande paden: Inspirerende voorbeelden van intersectoraal gezondheidsbeleid (brochure,) mei 2009
09/07	Evaluatie RVZ 2004-2008, april 2009
09/06	Geven en nemen in de spreekkamer. Rapportage over veranderende verhoudingen, maart 2009
09/05	Tussen continuïteit en verandering. 27 adviezen van de RVZ 2003-2009, februari 2009
09/04	Governance en kwaliteit van zorg (advies) maart 2009
09/03	Werkprogramma 2009, maart 2009
09/02	Farmaceutische industrie en geneesmiddelengebruik: evenwicht tussen publiek en bedrijfsbelang (debatverslag), januari 2009
09/01	De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coalitie: goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop (in samenwerking met de NPCF), januari 2009
08/11	Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg (advies), december 2008 <i>Publicaties behorende bij dit advies</i>
	08/12 - Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg: achtergrondstudies, december 2008
08/10	Versterking voor gezinnen. Preadviezen Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (Versterken van de village: preadvies over gezinnen en hun sociale omgeving) en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Zorg in familieverband: preadvies over zorgrelaties tussen generaties), september 2008
08/08	Schaal en zorg (advies), mei 2008 <i>Publicaties behorende bij dit advies</i>
	08/09 - Schaal en zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudies behorende bij het advies Schaal en zorg), mei 2008
08/05	Zorginkoop (advies), maart 2008
	08/06 - Zorginkoop heeft de toekomst: maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen (achtergrondstudie behorende bij het advies Zorginkoop), maart 2008
	08/07 - Onderhandelen met zorg (achtergrondstudie behorende bij het advies Zorginkoop), maart 2008
08/03	Screening en de rol van de overheid (advies), april 2008 <i>Publicaties behorende bij dit advies</i>
	08/04 - Screening en de rol van de overheid: achtergrondstudies (achtergrondstudie behorende bij het advies Screening en de rol van de overheid), april 2008

- 08/01 Beter zonder AWBZ? (advies), januari 2008
Publicaties behorende bij dit advies
 08/02 - Leven met een chronische aandoening (Acht portretten
 behorende bij het advies Beter zonder AWBZ?), januari 2008
 Sig 08/01a Publieksversie Vertrouwen in de spreekkamer, februari 2008

Publicaties CEG vanaf 2007

- Sig 10/11 Ver weg en toch dichtbij? Ethische overwegingen bij zorg op
 afstand
 Sig 09/11 Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden.
 Sig 09/05 Met de camera aan het ziekbed. Morele overwegingen bij ge-
 zondheidszorg op televisie, mei 2009
 Sig 08/02 Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professio-
 nals in opvoedingssituaties (signalement), september 2008
 Sig 08/01 Afscheid van de vrijblijvendheid. Beslissystemen voor orgaan-
 donatie in ethisch perspectief (studie in het kader van het Mas-
 terplan Orgaandonatie VWS), juni 2008



