

Het Chronic Care Model in Nederland

drs. M.E.M. Huijben

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Bekwaam is bevoegd.

Den Haag, 2011

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1 Vraagstelling	9
1.1 Inleiding	9
1.2 Consequenties van chronische aandoeningen	10
1.3 Vormen van integrale zorg	12
1.4 Vraagstelling en leeswijzer	16
2 Chronic Care Model	19
2.1 Inleiding	19
2.2 Niveaus	21
2.3 Het functioneren van het zorgteam	28
2.4 Functies van professionals	33
2.5 Veranderstrategie	38
2.6 Uitbreiding van het model	41
3 De eerstelijnszorg voor chronisch zieken in Nederland	44
3.1 Inleiding	44
3.2 De programmatische aanpak	46
3.3 Functies in de eerste lijn	56
3.4 De huisartsenpraktijk	58
3.5 Functies in eerstelijnsorganisaties	66
4 Het Chronic Care Model in Nederland?	73
4.1 Inleiding	73
4.2 Ondersteuning bij zelfmanagement	73
4.3 Herontwerp van het zorgaanbod	77
4.4 Ondersteuning in het besluitvormingsproces	79
4.5 Het klinische informatiesysteem	80
4.6 De organisatie / het zorgsysteem	81
4.7 De maatschappelijke omgeving	82
4.8 Conclusies	83
Bijlage 1 Competenties in zorg en welzijn	85
Bijlage 2 Literatuur	98

SAMENVATTING

Het aantal mensen met een chronische aandoening neemt toe. Chronische aandoeningen leiden tot (ervaren) ongezondheid, tot beperkingen en vermindering van participatie in arbeid en in andere maatschappelijke verbanden. Mensen met één of meer chronische aandoening(en) doen hierdoor vaker een beroep op sociale voorzieningen, ondersteuning en zorg; dit betekent stijging van maatschappelijke kosten. We zijn dan ook op zoek naar mogelijkheden om chronische aandoeningen te voorkomen, het effect van ziekten te minimaliseren en zo de maatschappelijke kosten te verlagen. Één oplossingsrichting is verbetering van de effectiviteit van preventie en zorg door aanpassing van het zorgsysteem.

Geconstateerd is, dat het huidige zorgsysteem niet goed aansluit bij de behoeften van de groeiende groep chronisch zieke patiënten. De zorg richt zich nu vooral op de bestrijding van acute zorgvragen. De zorgverlening is versnipperd en reactief van aard. Daarom is in 2008 in Nederland ingezet om de eerstelijnszorg meer toe te snijden op de behoeften van chronisch zieken door middel van de ‘programmatische aanpak’. De RVZ spreekt zijn voorkeur uit voor een systeemaanpassing op basis van het Chronic Care Model, dat in de Verenigde Staten door Wagner en zijn collega’s aan het MacColl Institute for Health-care Innovation te Seattle werd ontwikkeld.

Vraagstelling

Deze studie bevat achtergrondinformatie voor het advies ‘Be-kwaam is bevoegd’, een advies over innovatie van beroepen en opleidingen in de zorg. Onderzocht wordt wat het betekent als de zorg in Nederland volgens het Chronic Care Model zou worden ingericht. Daarbij staan de volgende vragen centraal:

- Wat houdt het Chronic Care Model (CCM) in?
- Wat zegt het model over de functies van professionals, die betrokken zijn bij de zorg voor chronisch zieken?
- Welke ontwikkelingen in de eerstelijnszorg voor chronisch zieken vinden momenteel in Nederland plaats?
- Waar zitten de verschilpunten tussen de programmat-sche aanpak en het Chronic Care Model?
- Wat zijn de consequenties voor de functies van zorgpro-fessionals als we in Nederland volgens het Chronic Care Model zouden werken?

Overeenkomsten

Het Chronic Care Model en de programmatische aanpak

- stellen de patiënt centraal;
- zijn vormen van integrale zorg;
- benadrukken een verandering in de relatie zorgverlener-patiënt, zodanig dat de rol van de patiënt verschuift van zorgvrager naar zorgmanager;
- propageren integrale zorg en diseasesmanagement door het gebruik van evidence-based zorgstandaarden en richtlijnen;
- hechten belang aan samenhang tussen gezondheidsbevordering en zorg;
- kiezen voor het gebruik van goede digitale informatiesystemen in de zorgpraktijk.

Het Chronic Care Model

Het Chronic Care Model propageert geïntegreerde zorg. Centraal staat het contact tussen professional en patiënt. Het model stelt verandering voor op zes terreinen. Het streeft naar::

1. Zelfmanagementondersteuning.

De patiënt heeft een regiefunctie in het zorgproces en in zijn eigen leven. Hij moet leren met zijn ziekte om te gaan en met zijn beperkingen zijn maatschappelijke rollen te vervullen. Daarbij heeft hij ondersteuning nodig van zorgprofessionals en mensen uit zijn directe omgeving. Elke zorgverlener speelt een rol in de ondersteuning: hij geeft informatie, begeleidt en motiveert patiënt en mantelzorgers; hij helpt de patiënt bij zijn keuze voor de behandeling, het stellen van doelen, het nemen van beslissingen en het aanpassen van de leefstijl.

2. Herontwerp van het zorgproces.

In de eerste lijn krijgt de patiënt zorg van een multidisciplinair zorgteam. Daarin heeft de patiënt een vast aanspreekpunt die de zorg coördineert. Hij verzamelt relevante informatie en bespreekt de situatie vóór het bezoek van de patiënt met het zorgteam. In de spreekkamer dient steeds aandacht te zijn voor de gezondheidsproblemen (klachten, beperkingen), maar ook voor gezondheidsbevordering en de consequenties van (de behandeling van) de aandoening voor de kwaliteit van leven. Zorgteam en patiënt kiezen samen voor de behandeling. Het zorgteam bewaakt de kwaliteit van de zorg en tijdige follow-up. Er is dus regelmatig contact met de patiënt. Zorg- en medicatiemanagement dienen bij een professional te worden belegd.

3. Beslissingsondersteuning.
Bij de behandeling wordt gebruik gemaakt van richtlijnen en protocollen, die wetenschappelijk getoetst zijn en effectief gebleken.
4. Klinisch informatiesysteem.
De patiëntgegevens worden digitaal opgeslagen, verwerkt en gedeeld, zodat iedere zorgverlener én de patiënt deze kan gebruiken. Populatiegegevens worden gebruikt voor de evaluatie en planning van zorg.
5. Organisatie.
Werken volgens dit model betekent veranderingen in de werkwijze in een zorgteam, de rol- en taakverdeling van professionals in de eerste lijn en opleiding van zowel professionals als patiënten. Dit vereist een goed georganiseerd veranderproces, dat in het zorgteam met beperkte doelstellingen begint en later verder uitwaaiert door het hele zorgsysteem.
6. Community of gemeenschap.
Het leven van de patiënt vindt grotendeels plaats buiten de zorg. Het benutten van bronnen uit de omgeving is dan ook belangrijk om de zorg te optimaliseren.
Het model gaat er van uit dat de verbetering in de kwaliteit van zorg uiteindelijk zal leiden tot meer kwaliteit van leven en kostenbesparing op de lange termijn.

De programmatische aanpak

De programmatische aanpak stuurt naar de ontwikkeling van een goed georganiseerde en geïntegreerde eerste lijn. Dit wordt gezien als absolute voorwaarde voor het realiseren van diseasemanagement en ketenzorg. In ketenzorg gaat het erom continuïteit in de zorg te realiseren door samenwerking tussen de betrokken zorgverleners. Erkend wordt dat het hier gaat om een cultuuromslag. Om dit te bereiken wordt extra aandacht gevraagd voor de aansluiting tussen preventie en curatie, met name in de eerste lijn. Heeft de huisarts nu nog vooral de functie van poortwachter en verwijzer, nu moet hij ook een coördinatiefunctie gaan vervullen. Taakdelegatie is daarbij een mogelijkheid. Ingezet wordt op een sterkere positie van de patiënt in de spreekkamer door meer voorlichting, educatie en begeleiding van patiënten. Er is onderzoek gaande naar de mogelijkheden om patiënten meer eigen verantwoordelijkheden en regie over de zorg te geven. In 2009 en 2010 zijn voor een aantal veel voorkomende aandoeningen zorgstandaarden ontwikkeld, waarin deze aspecten een plaats hebben. Deze

zorgstandaarden zijn tevens de basis voor invoering van functionele bekostiging. In 2010 zijn de eerste experimentele ketendbc's in de huisartsenzorg ingevoerd.

Verschillen

Het Chronic Care Model gaat steeds net iets verder. Het kiest voor een bredere invulling van het zelfmanagement van de patiënt. Niet enkele professionals, maar alle zorgprofessionals hebben een rol in de ondersteuning van zelfmanagement van de patiënt. Dat loopt niet alleen van informeren tot begeleiden, maar kan ook gedragsbeïnvloeding inhouden. Het Chronic Care model propageert geen ketenzorg, waarin samenwerking het sleutelwoord is, maar integrated care, ofwel continue zorg die door professionals wordt gecoördineerd en waarvan de onderdelen op elkaar zijn afgestemd. Het gaat niet om multidisciplinaire samenwerking, maar om interdisciplinaire integratie van zorg, waarin multimorbiditeit integraal wordt behandeld. Coördinatie van zorg wordt in het Nederlandse zorgsysteem bemoeilijkt door het huidige wettelijk kader, dat leidt tot administratieve lastendruk, complexe financiering en versnippering in de zorg.

In het Chronic Care Model wordt geadviseerd de coördinatie van de zorg niet in handen van de arts te leggen, maar taken en/of verantwoordelijkheden te delegeren. Op deze wijze wordt het gemakkelijker de patiënt te volgen en regelmatig te spreken. Een dergelijke delegatie van taken en verantwoordelijkheden wordt in Nederland wel voorgesteld, maar blijkt lastig uitvoerbaar. Dit staat ook in de weg aan het proactief maken van de zorg.

In het Chronic Care Model maakt het zorgteam keuzes in de aard van zorg en ondersteuning op basis van de geregistreerde gegevens van de patiënt in kwestie én de totale patiëntenpopulatie. In Nederland zijn de ICT-toepassingen in de eerstelijnszorg nog maar beperkt ingevoerd. Dit staat het gebruik van gegevens van patiëntenpopulaties bij planning en beslissingen in de weg.

In het Chronic Care Model is er veel aandacht voor het delen van informatie zowel tussen zorgverleners als tussen zorgverlener en patiënt. Dit is van belang voor coördinatie van zorg én voor zelfmanagement(ondersteuning) van de patiënt. De

privacywetgeving en de wijze waarop in Nederland de informatie rondom de patiënt wordt geregistreerd maakt informatie-uitwisseling lastig. Dit leidt tot kwaliteitsverlies in de zorg en extra kosten.

Conclusies

Een keuze voor het Chronic Care Model als kader voor de Nederlandse eerstelijnszorg betekent dat zowel op praktijkniveau als in het systeem nog veel moet worden aangepast. Dat begint met het realiseren van een gelijkwaardiger contact tussen zorgverlener en patiënt. Op het niveau van het zorgteam moet planning van zorg en onderling overleg meer aandacht krijgen; tussen zorgverleners binnen de eerste lijn en ook daarbuiten moet de samenwerking verbeteren en worden omgezet in integrale, interdisciplinaire afstemming van het aanbod op de behoeften van de patiënt. Taakdelegatie en het beleggen van specifieke functies bij verschillende professionals kan leiden tot kwaliteitsverbetering in de zorg. Ten slotte zijn veranderingen nodig in het zorgsysteem als geheel. Aangrijpingspunten zijn de financiering, de organisatie van zorgprocessen, informatiemanagement en taakverdeling tussen professionals. De veranderingsstrategie die wordt voorgesteld in het Chronic Care Model kan behulpzaam zijn om meer kwaliteit van zorg voor chronisch zieken en lagere zorgkosten in Nederland te realiseren.

1 Vraagstelling

1.1 Inleiding

In de rapporten Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2010 van RIVM die dit jaar zijn uitgekomen, worden een aantal ontwikkelingen geschetst over chronisch zieken en hun zorggebruik. Hoewel de trends al eerder werden onderkend, laten deze rapporten eens te meer zien dat het aantal mensen met een chronische aandoening¹ toeneemt en daarmee hun zorggebruik. Niet alleen leiden chronische aandoeningen tot ongezondheid, beperkingen en minder participatie in arbeid, vrijwilligerswerk en andere maatschappelijke verbanden, ook betekent de toename in het aantal chronisch zieken en de ernst van de aandoeningen en beperkingen een stijging in zorgkosten: dit zit 'm niet alleen in het aantal toegewezen hulpmiddelen en de hoeveelheid voorgeschreven medicijnen, maar ook in de vraag naar adequate zorg en ondersteuning en dus de inzet van meer zorgverleners.

Er zijn verschillende manieren om deze trends te beïnvloeden. Aanpassing van de wijze waarop zorg voor chronisch zieken wordt ingevuld, is één van de benaderingen om de kwaliteit van de zorg voor deze groep te verbeteren en de kosten te verminderen. Deze studie gaat in op twee zorgconcepten en beschrijft de verschillen tussen beide concepten. Uiteengezet wordt wat het in de huidige Nederlandse situatie betekent voor de organisatie van de zorg en de rollen, taken en competenties van de zorgverleners, als een ander zorgconcept, het Chronic Care Model, daadwerkelijk wordt geïmplementeerd.

Dit hoofdstuk leidt naar de vraagstelling. Het begint met een korte schets van de gevolgen van chronische aandoeningen voor de patiënt² en de maatschappij. Vervolgens komt aan bod hoe kan worden gestreefd naar kostenreductie en tegelijkertijd verbetering van de kwaliteit van de zorg voor chronisch zieken. In Nederland wordt meer en meer gewerkt aan het realiseren van integrale zorg. Dit begrip en haar verschillende verschijningsvormen staan centraal in paragraaf 1.3. Daarin komen twee benaderingen aan de orde: de benadering die het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in 2008 koos en een meer geïntegreerd zorgconcept, dat door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

(RVZ) wordt voorgesteld als breekijzer voor de verbetering van de kwaliteit van zorg. In paragraaf 1.4 wordt ten slotte de vraagstelling van deze studie geoperationaliseerd.

1.2 Consequenties van chronische aandoeningen

Volgens het RIVM (2010) zijn er in Nederland minimaal 4,5 miljoen mensen met een chronische aandoening. Hiervan heeft ongeveer 1,3 miljoen mensen meerdere chronische ziekten tegelijkertijd (co- en multimorbiditeit). Een chronische aandoening heeft verschillende oorzaken; naast genetische aanleg en aangeboren afwijkingen, zijn omgevingsfactoren en leefstijlfactoren (of het individuele gedrag) belangrijke determinanten. De leeftijd, waarop Nederlanders een chronische aandoening krijgen, neemt af en ligt nu op 45 jaar. Nog steeds neemt de levensduur van de Nederlandse bevolking toe mede als gevolg van onder meer verbeteringen in zorg en hygiëne; tegelijkertijd heeft men, naarmate de leeftijd vordert, ook meer kans op één of meer langdurige aandoening(en). Daardoor neemt het aantal mensen met een chronische aandoening nog steeds toe.

Vroegtijdige opsporing van ziekten en behandeling van gezondheidsklachten voorkomt vroegtijdige sterfte. Het leidt echter ook regelmatig tot zogenaamde ervaren ongezondheid of (blijvende) beperkingen in het dagelijks functioneren. Beperkingen als gevolg van ziekten, ongevallen of aangeboren afwijkingen, kunnen liggen op zowel lichamelijk, sociaal als psychisch vlak. Ongeveer 13% van de zelfstandig wonende Nederlanders rapporteerde in 2007 één of meerdere lichamelijke beperkingen in horen, zien, bewegen, of in activiteiten van het dagelijkse leven.

Een chronische aandoening of een beperking vermindert vaak, maar niet altijd, de (ervaren) gezondheid en de kwaliteit van leven.³ 30% van de Nederlanders rapporteert zich minder lichamelijk gezond te voelen en 10% geeft aan een slechtere kwaliteit van leven op het psychische vlak te ervaren.

Gezondheid stelt mensen in staat om aan het maatschappelijke leven deel te nemen; aandoeningen en beperkingen vormen in meer of mindere mate belemmeringen. Chronische aandoeningen en beperkingen kunnen dan ook de sociaaleconomische status, zoals arbeidsmarktpositie, inkomen en/of opleidingsniveau, negatief beïnvloeden. Het is echter tweerichtingsverkeer, want de

sociaaleconomische status beïnvloedt ook het ontstaan of de aanwezigheid van chronische ziekten en beperkingen. Een lage sociaaleconomische status belemmert de toegang tot voorzieningen en het genot van de welvaart. Het resultaat is onder meer dat het inkomen van chronisch zieken en mensen met beperkingen een derde lager is dan het gemiddelde inkomen en dat nog geen 40% van hen betaald werk verricht, tegenover 65% in de algemene bevolking.

Chronisch zieken hebben regelmatig behandeling, verzorging en/of ondersteuning (in de vorm van begeleiding, hulp, advies en/of financiële tegemoetkoming) nodig. De toename in het aantal chronisch zieken en de ernst van aandoeningen en beperkingen vereist extra investeringen. De kosten van zowel de zorg als de sociale voorzieningen zullen door deze ontwikkelingen oplopen.

De afgelopen jaren zijn verschillende benaderingen gekozen om deze ontwikkelingen te corrigeren. Er is ingezet op collectieve preventie bijvoorbeeld in de vorm van vaccinatie en screeningsprogramma's. Ook individuele preventie staat nu meer dan ooit in de belangstelling. Nagegaan is hoe de momenteel bekende gezondheidsdeterminanten kunnen worden beïnvloed. Er is onderzocht welke preventieve maatregelen gericht op gedrag / leefstijl en de fysieke en sociale omgeving effectief zijn om het ontstaan van chronische aandoeningen te vertragen, de ernst te verminderen en de samenloop van chronische aandoeningen te voorkomen. De maatregelen richten zich vooral op leefstijlfactoren als roken, alcoholinname, voeding en bewegen.

Daarnaast zijn maatregelen genomen ter bestrijding van sociale uitsluiting en verbetering van de sociale omstandigheden van individuen met een lage sociaaleconomische status. Verhoging van het opleidingsniveau blijkt niet alleen de maatschappelijke positie van mensen te verbeteren maar ook een positief effect te hebben op hun gezondheid(sbeleving). Verschillende aspecten spelen hier een rol:

- het kunnen lezen en begrijpen van informatie;
- kennis over anatomie, gezonde leefstijl, beschikbare voorzieningen en behandelingsmogelijkheden;
- vaardigheden om adequaat te communiceren en nieuwe media effectief te gebruiken;
- (gevoel van) eigenwaarde en zelfsturing.

Anderzijds wordt gewerkt aan verbetering van efficiency en effectiviteit in de zorg, waardoor vermijdbare gezondheidsschade kan worden voorkomen en de kosten van zorg verlaagd. Dit kan door de patiënt meer verantwoordelijkheid en zelfsturingsinstrumenten te geven, door de inzet van mantelzorgers, door meer gebruik te maken van ondersteunende ICT-toepassingen, door optimalisatie van zorgprocessen en/of door aanpassing van de organisatie- en financieringsstructuren in het zorgsysteem. In dit rapport gaat het vooral om de organisatie van de zorg(processen).

1.3 Vormen van integrale zorg

De programmatische aanpak

In de zorg voor chronisch zieken heeft het kabinet Balkenende IV in 2008 gekozen voor een programmatische aanpak om de toename van het aantal mensen met een chronische aandoening af te remmen, de leeftijd waarop een chronische ziekte zich voor het eerst manifesteert, uit te stellen, de complicaties als gevolg van de chronische ziekte te voorkómen dan wel uit te stellen en mensen met een chronische aandoening in staat te stellen zo goed mogelijk met hun ziekte om te gaan, zodat de best mogelijke kwaliteit van leven wordt bereikt.⁴ Door het voorkómen en beter behandelen van chronische aandoeningen verwachtte het kabinet voor de patiënt gezondheidswinst, goede kwaliteit van leven en betere arbeidsparticipatie te realiseren. De bedoeling was dat dit tevens een rem is op de hoge kosten en grotere vraag naar zorgpersoneel die met de stijgende zorgvraag zijn gemoeid. De aanpak heeft de volgende kenmerken:

- De patiënt staat centraal. De patiënt heeft zelf regie en eigen verantwoordelijkheden. De zorg is vraaggericht (maatwerk) en vindt zoveel mogelijk plaats in de eigen omgeving van de patiënt.
- De zorg is proactief. Er komt een sluitende keten van vroegtijdige onderkenning, (geïndiceerde of zorggerelateerde) preventie, behandeling, verpleging/verzorging en zelfmanagement.
- Zorgstandaarden worden ontwikkeld. Hierdoor wordt duidelijk waar goede zorg voor een specifieke aandoening minimaal aan moet voldoen, gezien vanuit het patiëntenperspectief.
- Er is sprake van multidisciplinaire samenwerking. Er komt onderlinge afstemming en een duidelijke coördina-

- tiefunctie. De patiënt mag geen hinder ondervinden van loketten, lijnen of (financiële) schotten.
- Er wordt gestreefd naar doelmatigheid en transparantie tegen een redelijke prijs. Ingezet wordt op een goede digitale uitwisseling van gegevens en - waar mogelijk - keuzevrijheid voor de patiënt.

Het huidige kabinet gaat voort in deze richting, maar kiest soms een andere route⁵. Zo wordt naast samenwerking ook concurrentie gestimuleerd.⁶ Uitgangspunten voor het beleid zijn keuzevrijheid, verantwoordelijkheid en vertrouwen. Burgers, lokale overheden en het zorgveld krijgen ruimte om naar eigen inzicht te handelen en worden gestimuleerd deze ruimte te benutten om met eigen oplossingen en vernieuwing te komen. Kwaliteit en betaalbaarheid van zorg staan voorop. Zorgaanbieders en /verzekeraars hebben hierin eigen taken; fusies - vooral tussen beiden - wordt aan banden gelegd. De rol van de patiënt wordt versterkt; de dagelijkse zorg wordt zo veel mogelijk dicht bij huis en op maat ingericht, zodat naast professionals ook mantelzorgers een belangrijke taak krijgen.

Integrale zorg

De programmatische aanpak toont een combinatie van disease-management en ketenzorg, twee vormen van “integrale zorg” (Vrijhoef & Steuten, 2006). Met ‘integrale zorg’ wordt bedoeld op: “zorg gericht op de individuele behoeften van de patiënt, waarbij professionals al dan niet uit verschillende sectoren of van verschillende organisaties hun activiteiten zo veel mogelijk op elkaar afstemmen zodat er een samenhangend aanbod rond de patiënt of cliënt is”.⁷

Belkadi (2006) noemt als gemeenschappelijke kenmerken van de verschillende vormen van integrale zorg de multidisciplinaire samenwerking, het belang van kennisoverdracht tussen zorgverleners, richtlijnen en protocollen. Daarnaast heeft een gespecialiseerd verpleegkundige vaak een centrale plaats in het zorgproces en deze besteedt structureel aandacht aan educatie van patiënten.

Het concept diseasemanagement is afkomstig uit de Verenigde Staten (Vrijhoef & Steuten, 2005), waar organisaties, zogenaamde diseasemanagement companies, programma’s aanbieden voor patiënten met een chronische aandoening zonder tussenkomst van een zorgaanbieder. Het doel van een disease management programma is patiënten met een veel voorko-

mende, chronische aandoening te identificeren en met hen te communiceren, opdat ze adequaat met hun aandoening leren om te gaan en zelfzorgactiviteiten te verrichten. Volgens de DMAA, the care continuum alliance, zijn er in een diseasemanagement programma zes componenten: processen ter identificatie van de patiëntenpopulatie; evidence-based richtlijnen; samenwerkingsmodellen die alle betrokken zorgaanbieders omvatten; educatie van patiënten in zelfmanagement; het meten, evalueren en managen van processen en uitkomsten; routinematige rapportage/feedback.⁸

In Nederland ligt de uitvoering van diseasemanagement in handen van zorgprofessionals. Zij kiezen hun eigen invulling. Schrijvers et al. (2005) geeft als omschrijving van ‘diseasemanagement’:

“de programmatische en systematische aanpak van specifieke ziekten en gezondheidsproblemen door middel van het gebruik van managementinstrumenten, met als doel de kwaliteit en doelmatigheid te bevorderen.” In deze aanpak gaat het om een zoveel mogelijk sluitende keten van vroegtijdige onderkenning, individuele preventie, zelfmanagement en goede zorg.

Centraal staat de informatieoverdracht aan en door patiënten om gedragsverandering bij hen te bewerkstelligen. Het aangrijpingspunt van zorgvernieuwing is de zorgvrager of patiënt. Door samenhang aan te brengen tussen preventie, eerste en tweedelijns wil men de hele zorgketen innoveren en de kwaliteit optimaliseren (Donkers et al., 2005). Methodische educatie en bevorderen van zelfmanagement bij patiënten en hun familie nemen een prominente plaats in. Er is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van huisartsen, medisch specialisten, paramedici en patiënten zelf, waarbij de zorg zo veel mogelijk wordt uitgevoerd door gespecialiseerde verpleegkundigen (taakherschikking). Er is een centrale aansturing van zowel proces als inhoud. Er wordt gewerkt met een geïntegreerde aanpak rondom één specifieke aandoening, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. De aanpak is bedrijfsmatig: adequaat managen van processen, een scherper kostenbewustzijn, het meten van uitkomsten en het voortdurend bewaken van de kwaliteit op basis van feedback over de uitkomsten. Dit vergt grootschaligheid en een robuuste organisatiestructuur met passende ICT- en managementinformatiesystemen.

Bij ketenzorg is de zorgverlener het aangrijpingspunt voor zorgvernieuwing (Vrijhoef & Steuten, 2006). De RVZ omschrijft 'ketenzorg' in 1998 als: "een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen, gericht op een specifieke patiëntencategorie en in de tijd gefaseerd." Het is een sluitende keten van diagnostiek, behandeling en begeleiding van en zorg voor mensen met een specifieke aandoening, waarin ziekenhuisopname altijd deel uitmaakt van het zorgproces (Verhoef et al., 2006). Coördinatie of afstemming van de onderdelen van de keten is de kern van dit concept.

Een stap verder gaat het concept van 'integrated care'. De letterlijke vertaling hiervan is 'geïntegreerde' of 'integrale' zorg, termen die door elkaar worden gebruikt, maar net iets anders betekenen. Door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) is een werkdefinitie voor 'integrated care' opgesteld:⁹ "een concept dat de input, de levering, het management en de organisatie van diensten, nodig voor diagnostiek, behandeling, zorg, rehabilitatie en gezondheidsbevordering bij elkaar brengt. Integratie is een middel ter verbetering van diensten in relatie tot toegang, kwaliteit, gebruikertevredenheid, en efficiëntie."

Er kan sprake zijn van horizontale of verticale integratie. Verticale integratie is een situatie waarin componenten van een keten van voorzieningen in één organisatie worden samengebracht. In de gezondheidszorg gaat het dan meestal om het samengaan van zorgaanbieders uit verschillende echelons in het zorgproces of het samengaan van financier (verzekeraar) en aanbieder(s) in één organisatie. Van horizontale integratie is sprake als gelijkwaardige niveaus van zorg worden gecombineerd.

Integrated care is een ver doorgevoerde vorm van 'integrale zorg'. In de integrale zorg kent de integratie verschillende gradaties (Leutz, 1999): van linkage of het leggen van verbanden tussen onderdelen van zorg, via coördinatie of afstemming, naar integratie van zorg.

Essentieel in 'integrated care' is het combineren van delen tot één samenhangend geheel, volledige integratie, terwijl het bij ketenzorg, gaat om de afstemming of coördinatie van delen (de keten). Waar bij coördinatie de keten rondom één aandoening wordt afgestemd, kan bij 'integrated care' de zorg voor meer dan één aandoening als één samenhangend geheel worden geleverd (Vrijhoef & Steuten, 2005). Integrated care grijpt in op het gehele

spectrum van dienstverlening in de zorg inclusief gezondheidsbevordering, maar overschrijdt niet de grenzen van de gezondheidssector. Managementstrategieën, organisatiestructuren en beheerssystemen worden vaak naast elkaar ingezet ter realisatie van integrated care. In een volledig geïntegreerd zorgsysteem vindt zowel operationele als financiële integratie plaats zodat de continuïteit in het primaire proces gegarandeerd kan worden. Om tot volledige integratie te komen moet er sprake zijn van zes elementen van integratie (Ramsay, 2008):

- Klinische integratie (op het microniveau): de patiëntenzorg is geïntegreerd in één proces, bijvoorbeeld via een zorgstandaard.
- Service integratie: integratie van verschillende klinische diensten op het organisatorisch niveau.
- Organisatorische integratie in de vorm van fusies of netwerkvorming tussen instellingen.
- Functionele integratie: het samengaan van niet-klinische ondersteuning en functies van de backoffice.
- Normatieve integratie: gedeelde waarden bij de coördinatie in het zorgaanbod en het veilig stellen van de samenwerking.
- Systeemintegratie: samenhang in regels en beleid op alle niveaus van de organisatie.

Vooraf klinische integratie is essentieel. Professionele, organisatorische en functionele integratie vormen de randvoorwaarden waaronder klinische integratie kan plaatsvinden. Klinische integratie speelt zich namelijk af binnen de financiële en wettelijke kaders, na besluitvorming over de verdeling en inrichting van het zorgaanbod en in de organisatie en uitvoering van het werk (Shotell et al., 2000).

1.4 Vraagstelling en leeswijzer

In de recent uitgekomen strategische zorgagenda 'Perspectief op gezondheid 20/20' (2010) van de RVZ wordt gepleit voor een accentverschuiving van 'ziekte en zorg' naar 'gezondheid en gedrag'. Een bruikbare benadering voor de organisatie van de zorg voor mensen met een chronische aandoening ziet de Raad in het Chronic Care Model (CCM), een voorbeeld van 'integrated care'. Het Chronic Care Model (CCM) beoogt de klinische uitkomsten van zorg te optimaliseren en biedt een handvat voor integratie van de organisatorische en inhoudelijke zorgverlening aan chronisch zieken. Het CCM wil een bijdrage leveren aan verbetering van de gezondheid van patiënten, de tevredenheid van

professionals en het terugdringen van de zorgkosten. De eerste lijn speelt daarbij een sleutelrol.

Aanpassing van het zorgsysteem op basis van dit model betekent veranderingen voor zowel de vraag- als de aanbodzijde van zorg en heeft consequenties voor alle betrokkenen. In deze studie, behorend bij het advies over innovatie van beroepen en opleidingen in de zorg 'Bekwaam is bevoegd', ga ik in op de vraag wat het voor de praktijk betekent als ervoor zou worden gekozen om in het Nederlandse zorgsysteem de zorg volgens het Chronic Care Model vorm te geven.

Vraagstelling

Concreet worden in deze achtergrondstudie de volgende vragen beantwoord:

- Wat houdt het Chronic Care Model (CCM) in?
- Wat zegt het model over de functies van professionals, die in de zorg voor chronisch zieken werkzaam zijn?
- Welke beleidsontwikkelingen vinden momenteel in de eerstelijnszorg voor chronisch zieken in Nederland plaats?
- Waar zitten de verschilpunten tussen de programmatische aanpak en de het Chronic Care Model?
- Wat zijn de consequenties voor de functies van zorgprofessionals als we in Nederland volgens het Chronic Care Model zouden werken?

Omdat het Chronic Care Model centraal wordt gesteld, zal het daarbij vooral gaan om de gevolgen voor de beroepsgroepen die werkzaam zijn in de eerste lijn.

Om de vraagstelling te beantwoorden is literatuuronderzoek uitgevoerd. Daarnaast wordt soms gerefereerd aan de themabijeenkomsten, die in het kader van de adviesvoorbereiding van het advies over veranderingen in functies en beroepen werden gehouden.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 staat het Chronic Care Model centraal. De verschillende niveaus in het model, de elementen en de functies of rollen van professionals komen achtereenvolgens aan bod. Het hoofdstuk sluit af met een bespreking van de veranderstrategie die op teamniveau moet worden ingezet en een beschrijving van enkele uitgebreidere varianten op het Chronic Care Model.

Hoofdstuk 3 beschrijft de beleidsontwikkelingen op het terrein van zorg voor chronisch zieken in Nederland. De focus ligt daarbij vooral op de eerste lijn. Het sluit af met een bespreking van de beroepsprofielen van zorgverleners in de huisartsenpraktijk en in organisaties op het terrein van zorg en welzijn. Het laatste hoofdstuk laat zien welke veranderingen in de zorgverlening nodig zijn als het Chronic Care Model het ordeningsprincipe wordt. In dat hoofdstuk gaat het om de verschilpunten tussen Chronic Care Model en de programmatische aanpak. Extra aandacht wordt besteed aan de consequenties voor professionals.

2 Chronic Care Model

2.1 Inleiding

Het Chronic Care Model (CCM) is ontwikkeld als een correctie op het bestaande zorgsysteem in de Verenigde Staten. Dat is nodig, want van het totale budget dat aan zorg wordt besteed, gaat ruim 80% naar de zorg voor chronisch zieken in de meest brede betekenis. Was het systeem vooral ingericht om acute gezondheidsproblemen te bestrijden, nu is behoefte aan een systeem met meer aandacht voor de preventie en bestrijding van chronische aandoeningen (Wagner et al., 1996). Kwaliteitsverbetering van preventie en zorg en verschuiving van verantwoordelijkheid van zorgverlener naar patiënten kunnen volgens Wagner helpen de kosten van zorg te verminderen en zijn nodig om ook in de toekomst adequate zorg te kunnen blijven bieden.

Na uitgebreide literatuurstudie constateerden Wagner en zijn collega's (1996), dat de zorg voor chronisch zieken te veel gericht is op symptoombestrijding en klachtafhandeling. Ze gaan er vanuit dat deze zorg door verschillende oorzaken suboptimaal scoort. Zo is er gebrek aan planning en taakdelegatie van de arts; de patiëntendossiers zijn vaak onoverzichtelijk en minder gebruiksvriendelijk. Onregelmatig of incompleet onderzoek bij de patiënt en inadequate controles leiden tot vertraging in de herkenning van gezondheidsproblemen. Ontoereikend onderzoek, gebrek aan educatie, motivatie en feedback aan patiënten heeft het gevolg dat patiënten passief en onwetend zijn en daardoor niet in staat zijn hun ziekte en de risicofactoren te managen. Tenslotte geven ze aan dat de kwaliteit verder wordt verslechterd door het weglaten van effectieve interventies of het toepassen van ineffectieve maatregelen en het verzuim om psychosociale stress bij patiënten te herkennen en te behandelen. Ze onderkennen de volgende barrières om de zorg te verbeteren.

- De zorg wordt rondom het reguliere bezoek van de patiënt aan de arts georganiseerd. Dit bemoeilijkt de voortdurende aandacht voor de complexe problematiek van mensen met een chronische aandoening.
- De opleiding van zorgprofessionals schiet tekort: professionals ontberen de vaardigheden om patiënten te bege-

leiden, de zorg te organiseren en de informatie adequaat te verzamelen en gebruiken.

- Gebrek aan financiële middelen en waardering voor verantwoorde zorg voor patiënten met een chronische aandoening.

In gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken (RCT's) en programma's voor chronisch zieken in verschillende zorgsystemen is gekeken naar de organisatie en uitkomsten van zorg voor patiënten met verschillende aandoeningen. De gemene deler in alle effectief gebleken interventies werd de basis van het Chronic Care Model (Wagner, 1998). Ook werd gebruik gemaakt van de noties uit de Cochrane studies (Renders et al., 2001). In 2001 publiceerden de 'National Coalition on Health Care' en de 'Institute for Healthcare Improvement' samen een rapport onder de titel 'Curing the System', waarin vernieuwende initiatieven in geïntegreerde zorg werden opgenomen (IOM, 2001). Hieruit blijkt dat simpele aanpassingen in onderdelen van het zorgsysteem ontoereikend zijn om structurele verbeteringen in de zorg voor chronisch zieken te realiseren; er zijn daarentegen veranderingen in het totale zorgsysteem noodzakelijk. Op basis hiervan is het Chronic Care Model verder uitgewerkt aan het MacColl Institute for Healthcare Innovation aan het Center for Health Studies, Seattle, USA (Wagner et al., 2001A). Het model is een synthese van bekende onderzoeksgegevens, een flexibel kader, dat op basis van nieuwe informatie kan worden aangepast. Er zijn dan ook al vele studies in de Verenigde Staten (en daarbuiten) uitgevoerd naar de effectiviteit van het werken volgens het model, beginnend bij de Breakthrough Series (BTS) die door het Institute for Healthcare Improvement (IHI)¹⁰ werden ondersteund (Wagner et al., 2001B). Nu vindt het model brede toepassing in British Columbia in Canada (Minkman, 2006). en is het via de WHO internationaal verder verbreid.

Elementen

Het model beschrijft de zorgverlening aan chronisch zieken binnen een bredere maatschappelijke en beleidsmatige context. Er worden vier niveaus onderscheiden: community (gemeenschap), organisatie, zorgteam of praktijk en patiënt. In het model krijgt de patiënt met één (of meer) chronische aandoening(en) een centrale rol in het zorgproces en daarmee verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid. De zorgverlener is er niet alleen voor behandeling en verpleging, maar heeft een ondersteunende taak. Die on-

dersteuning is niet alleen gericht op de lichamelijke en/of psychische effecten van de aandoening of ermee samenhangende beperking(en), maar ook op de sociale gevolgen van de aandoening. Daarbij heeft hij oog voor de omgeving van de patiënt en maakt gebruik van daar aanwezige hulpbronnen. De vier niveaus worden in omgekeerde volgorde in de volgende paragraaf besproken.

Verder worden in het CCM zes gebieden onderscheiden die er samen voor zorgen dat chronische ziekten op een kwalitatief hoogwaardige wijze worden gemanaged. Dit zijn de bouwstenen van een goede organisatie van de zorg (Wagner et al., 2001A) en tevens elementen van het model:

1. selfmanagement support;
2. delivery system design;
3. decision support ;
4. clinical information systems: een uniform en adequaat klinisch informatiesysteem;
5. health care organisation;
6. community resources.

In paragraaf 2.3 worden de eerste vier elementen verder uitgewerkt. De twee laatste elementen zijn gelijk aan de niveaus Organisatie en community en worden in paragraaf 2.2 besproken.

Het zorgteam heeft een zestal functies of rollen richting patiënt.¹¹ Deze komen in paragraaf 2.4 aan de orde, als de aandacht verschuift naar de consequenties van het werken volgens het Chronic Care Model voor de professionals. Het team levert geplande, georganiseerde zorg, biedt zelfmanagementondersteuning, helpt bij medicatiemanagement en doet aan populatiemanagement, caremanagement en zorgcoördinatie.

Paragraaf 2.5 beschrijft kort de veranderstrategieën die worden voorgesteld bij de invoering van het model. In paragraaf 2.6 ten slotte volgen in het kort enkele verder uitgewerkte versies van het model, zoals door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) worden toegepast.

2.2 Niveaus

Patiënt als manager

In het Chronic Care Model staat de patiënt centraal. Een patiënt doorloopt verschillende fasen in zijn ziekteproces (Gerads, 2010). Het begint bij het voorkomen van gezondheidsschade en -risico's; daarna is er de fase, waarin klachten of gezondheidsproblemen

ontstaan en worden gemeld; er wordt onderzoek verricht. Dan volgt de fase waarin een diagnose wordt gesteld en aan de patiënt medegedeeld; op basis hiervan wordt beslist welke behandeling passend is. De volgende fase is die, waarin de gekozen behandeling wordt ingezet; dat kan een kortdurende of langlopende periode beslaan. na deze fase - of soms al tijdens - vindt er nazorg plaats: de patiënt moet (leren) omgaan met de eventuele gevolgen van de behandeling of gezondheidsproblemen in het dagelijks leven of hij gaat zich voorbereiden op het levenseinde. Een chronisch zieke patiënt kan zo'n cyclus van fasen in het ziekteproces meerdere malen doorlopen.

Wagner benadrukt in veel van zijn artikelen over de zorg voor mensen met een chronische aandoening het belang van de fase, waarin hij dagelijks bezig is zijn chronische aandoening in het leven van alledag in te passen, zijn leefstijl aan te passen om ziektebelasting te voorkomen en om te gaan met de eventuele gezondheidsgevolgen van een ziekte. De zorgverlener is bij die activiteiten maar zijdelings en relatief kortstondig betrokken. Deze kan de patiënt slechts instrumenten aanreiken om gedurende zijn leven beter met zijn ziekte om te gaan. Patiënt en zijn directe naasten zijn aan zet.

In het CCM wordt benadrukt dat elke patiënt anders in dit proces staat. De mogelijkheden en motivatie van de patiënt, de aard van de aandoening, de fase van het ziekteproces, zijn ziektebeleving en de mogelijkheden voor ondersteuning thuis zijn van invloed op zijn draagkracht en belastbaarheid. Daarnaast spelen in verschillende fasen ook emoties als angst, onzekerheid, schaamte of boosheid een belangrijke rol. Al deze factoren beïnvloeden de positie van de patiënt in het zorgproces. Daarom is in het Chronic Care Model de zorg patiëntgericht. De patiënt moet op maat worden bediend.

Bij het bepalen van de zorgvraag van de patiënt wordt uitgegaan van zijn behoeften. Zo heeft een chronisch zieke behoefte aan tijd met zijn zorgverleners, regelmatige controle op zowel klinische als gedragsmatige en psychische aspecten en directe toegang tot andere zorgaanbieders (apotheek, voedingsadvies, maatschappelijk werk enz.). In zijn artikelen over het CCM duidt Wagner deze behoeften aan met de term 'needs', hetgeen verwijst naar geobjectiveerde behoeften, dat wil zeggen de behoefte aan zorg volgens de opvattingen van deskundigen, zoals van professionele zorgver-

leners (RVZ, 1998). Om patiëntgericht te kunnen werken wordt aandacht gevraagd voor facilitering van zorgverlening die op dit principe is gebaseerd (vraagsturing).

In het CCM is de patiënt de manager van zijn eigen gezondheid. De patiënt krijgt naast de regie over zijn leven ook een centrale rol bij de behandeling. De patiënt participeert zelf in het zorgproces: hij beslist mee over behandeldoelen en kiest zelf uit het (educatie)aanbod. Zelfmanagement is een integraal onderdeel van het model. In het CCM wordt onder ZELFMANAGEMENT verstaan:¹² “het individuele vermogen om goed om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en leefstijlveranderingen inherent aan leven met een chronische aandoening”.

Wagner (1996) noemt vier categorieën van taken die volgens Clark et al. (1991) binnen zelfmanagement kunnen worden onderscheiden. Dit zijn:

- activiteiten die gericht zijn op gezondheidsbevordering en het opbouwen van weerstand;
- omgaan met zorgaanbieders en therapietrouw;
- monitoren van de eigen gezondheidstoestand en op basis van symptomen en signalen beslissingen nemen;
- omgaan met de gevolgen van de ziekte voor het dagelijks functioneren (in de verschillende rollen, op gevoelens en eigenwaarde en in de contacten met anderen).

Wil de patiënt in staat zijn zijn zelf regie te nemen in het zorgproces en aan zelfmanagement toe komen, dan moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Patiënten moeten

- weten hoe de ziekte zich manifesteert en welke impact de ziekte heeft op omgeving en het eigen leven (ervaringenkennis);
- de ziekte kunnen inpassen in het persoonlijke leven en omgaan met de beperkingen die de ziekte of de zorg soms oplegt, en de consequenties voor het dagelijks functioneren (in werk, school, gezin of vrije tijd) accepteren. Dit vereist vaardigheden zoals het stellen van beperkte doelen voor het omgaan met de ziekte, het herkennen van de belemmeringen die bij het bereiken van de doelen kunnen optreden en het ontwikkelen van een plan om deze belemmeringen te slechten;
- zelf de verschijnselen van de ziekte kunnen monitoren, beoordelen en behandelen (eigen aandeel in de zorg);

- in staat zijn sociale contacten en emotionele steun te mobiliseren en behouden;
- een samenwerkingsrelatie met zorgverleners kunnen aangaan en onderhouden;
- het vermogen beschikbare zorg en hulpbronnen te vinden en te benutten.

Zorgteam

In het model wordt er vanuit gegaan dat iedere chronisch zieke een team heeft, dat de zorg coördineert en organiseert. Het team levert zorg op maat en is daarbij eenduidig in behandeling en begeleiding, toegankelijk en flexibel. Zo'n team is gesitueerd in de eerste lijn. Daarbij wordt uitgegaan van de context in de Verenigde Staten, waar een dergelijk team in een veelheid van settings werkzaam kan zijn.

Het Institute of Medicine (IOM) definieerde in 1996 de 'eerstelijnszorg' of 'primary care' als volgt:
 "Primary care is the provision of integrated, accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with patients, and practising in the context of family and community."

Dit is een beperktere definitie dan die door de World Health Organisation (WHO) wordt gegeven van eerstelijns gezondheidszorg of 'primary health care'. Het IOM ziet de eerstelijnszorg als een onderdeel van de individuele gezondheidszorg en laat de populatiegeoriënteerde openbare gezondheidszorg buiten beschouwing.

In de eerste lijn gaat het om diensten die door zorgprofessionals of onder hun leiding (lees: sturing) worden uitgevoerd met het doel de gezondheid te bevorderen, behouden of herstellen. Deze diensten kunnen op verschillende plaatsen worden aangeboden, onder meer in ziekenhuizen, verzorgingshuizen, huisartspraktijken of op scholen. Er dient sprake te zijn van veelomvattendheid en continuïteit van diensten (integratie). Dit betekent dat diensten gecoördineerd worden aangeboden, hetgeen wil zeggen dat zij tegemoet dienen te komen aan de geobjectiveerde behoeften van de patiënt. De patiënt is degene die bij de zorgprofessional aanklopt in verband met een aandoening of met het doel van gezondheidsbevordering of ziektepreventie.

De patiënt woont niet in een instelling. Zijn behoeften kunnen liggen op het lichamelijke, mentale, emotionele of sociale vlak en hebben gevolgen voor het persoonlijk functioneren.

De diensten worden geleverd door professionals die gebruik maken van erkende wetenschappelijke kennis en de bevoegdheid hebben het individuele zorgaanbod aan de patiënt te sturen. De verantwoordelijkheid van de zorgprofessional in de eerste lijn strekt zich uit tot de kwaliteit van zorg, patiënttevredenheid, het efficiënt gebruik van middelen en het ethisch gedrag. Hij is verantwoording verschuldigd voor:

1. Het oppakken van alle zorgvragen van patiënten, waarbij hij de juiste training heeft gehad om de meerderheid van deze problemen te diagnosticeren en te managen of - indien nodig - andere professionals te betrekken bij de beoordeling en behandeling van de klachten.
2. Het met de patiënt ontwikkelen van een langdurige relatie waarin wordt gewerkt op basis van wederzijds vertrouwen, respect en verantwoordelijkheid.
3. Het beoefenen van het vak waarbij begrip is van de leefomstandigheden van de patiënt, de processen in het gezin en zijn culturele achtergrond, maar ook van de community of de gemeenschap die hem omringt.

Volgens het CCM kan het zorgteam bestaan uit één of meerdere zorgverleners. Om in staat te zijn de uitkomsten per patiënt te optimaliseren richt het team zich op zowel passend medisch handelen als competent zelfmanagement. Het team moet beschikken over expertise op het terrein van klinische therapie en ziektemanagement, over relevante informatie voor de patiënt, maar ook over tijd en middelen. De diversiteit aan thema's maakt de aanwezigheid van verschillende disciplines en kwaliteiten in het team welhaast noodzakelijk. De aanwezigheid van zowel artsen als verpleegkundigen en administratieve medewerkers kan het team sterker maken. In dergelijke heterogeen samengestelde teams zijn respect voor elkaar en samenwerking op basis van gelijkwaardigheid cruciaal voor de effectiviteit. De onderlinge taak-, rol- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgverleners moet duidelijk zijn zowel in het team als naar buiten toe. Tenslotte dient er een duidelijke scheiding in werkzaamheden plaats te vinden. De zorg voor acute gezondheidsproblemen is vooral een taak voor artsen. De geplande controle van chronische aandoeningen, de ondersteuning en begeleiding van chronisch zieken daarentegen,

is een taak van verpleegkundigen en assistenten (Bodenheimer et al. 2002A).

Organisatie

Het CCM kan in zowel kleine (eenmans)praktijken als in grotere organisaties worden toegepast (Wagner et al., 2004). De omvang van de organisatie is niet bepalend voor het succes, maar wel voor het soort drempels dat moet worden overwonnen om de gewenste veranderingen door te voeren. Zo zal een kleine huisartspraktijk moeite hebben te voldoen aan de vereisten van multidisciplinair werken en het invoeren van informatiesystemen. Een kleine organisatie kan echter sneller de gewenste veranderingen realiseren; hij moet meer investeren in de organisatie van een netwerk dat kan helpen alle functies richting patiënt te vervullen. Als het gaat om een kleine, zelfstandige praktijk, bestaat er niet de context van een overkoepelende organisatie die gaat over de middelen, of waaraan verantwoording verschuldigd is. Zo'n kleine praktijk heeft wat dat betreft alleen te maken met de andere spelers in het zorgsysteem, zoals de verzekeraars of - in het geval van een samenwerkingsverband van meerdere praktijken - de andere samenwerkingspartners.

Als het zorgteam niet een eigenstandige praktijk, maar deel van een grotere organisatie is, dan heeft de organisatie direct dan wel indirect invloed op de planning van de werkzaamheden of de besteding van de middelen. Wil een team veranderen, dan zal het daartoe de ruimte moeten krijgen. Een zorgteam is immers een deel van een groter geheel en daarmee is het ook afhankelijk van dat geheel. De inbedding in de organisatie is van invloed op de effectiviteit van een team bij het ontwikkelen van een cultuur, de organisatie en de mechanismen die gericht zijn op samenhangende, veilige en kwalitatief hoogwaardige zorg (Shortell, 2004). De organisatiedoelen, de cultuur binnen de organisatie, de geldende procedures en afspraken zorgen voor het al dan niet slagen van het streven van een team (Bodenheimer et al., 2002A).

Een team heeft de steun van het management van de overkoepelende organisatie nodig om deze ontwikkeling op effectieve wijze te kunnen uitvoeren. Essentieel bij kwaliteitsverbetering is de zichtbaarheid en betrokkenheid van het management (Wagner, 2004). Goed, ondersteunend management is resultaatgericht en heeft oog voor de patiënt, de medewerkers en hun omgeving. De leiding is verantwoordelijk voor de aanwezigheid en het gebruik

van protocollen en zorgplannen, de interne taakverdeling en de opleiding van beroepsbeoefenaren, de beschikbaarheid van informatiesystemen, beslissingsondersteuning, monitoring en benchmarking. Zij onderhandelt met de verzekeraars over prijs en kwaliteit. In instellingen moeten bestuurders het werk ondersteunen en de acties gericht op verbetering in langdurige en preventieve zorg vertalen in doelen die terugkomen in beleid, procedures, het businessplan en de financiële planning. In het CCM wordt de voor de organisatie en werkwijze passende regelgeving en financiering uitdrukkelijk betrokken.

Community

Organisatie, zorgprofessional en patiënt samen vormen geen wereld op zich. Ze maken deel uit van de ‘community’ of ‘gemeenschap’. Voor een deel zijn zij er zelfs afhankelijk van, want niet alle zorg kan door professionals uit de sector worden geleverd. Veel aanvullende middelen en diensten kunnen en moeten in de directe omgeving worden gezocht en geleverd. Het gaat om hulpmiddelen om beperkingen te compenseren en het dagelijks functioneren mogelijk te maken of om het begeleiden bij het realiseren van de gestelde doelen. Bij begeleiding valt te denken aan educatie, voorlichting en advies; aan ondersteuning bij preventieve maatregelen als lichamelijke activiteit, ontspanning, het stoppen met roken of het minderen van alcoholgebruik; aan het helpen bij de acceptatie van beperking of aandoening en ondanks deze toch deel te nemen aan sociale activiteiten; enz.

Anderzijds is de ziekte en de zorg die de patiënt daarvoor nodig heeft, meestal maar een klein onderdeel van het leven van de patiënt. Een groot deel van de tijd brengt de patiënt door als deel van het gezin of familie; als bewoner van een wijk, buurt, dorp of stad; als scholier of student; als werknemer in een organisatie of als zelfstandig werkende in de maatschappij; als artiest, toerist, sporter of vrijwilliger. Al deze rollen houden niet allemaal plotse-ling op te bestaan als iemand ziek wordt. De zorg heeft ook als doel dat de patiënt zo veel mogelijk van de rollen die hij voorheen in de maatschappij vervulde, weer op zich kan nemen, met of zonder een chronische aandoening en eventuele, bijbehorende beperkingen.

De patiënt is bij het omgaan met zijn ziekte niet alleen afhankelijk van zijn eigen inventiviteit en flexibiliteit en de ondersteuning van de professional. Ook zijn directe omgeving kan de patiënt onder-

steunen bieden bij zelfmanagement of hem helpen de effecten van de aandoening en de daaruit voortvloeiende beperkingen op het dagelijks functioneren te verminderen. Dit vereist inbedding van de zorg en de organisatie die dit levert in de maatschappij, de community. Die inbedding en samenwerking vereist inzet, zowel vanuit de zorgaanbieder, de patiënt, als vanuit de gemeenschap. De overheid kan helpen om de randvoorwaarden hiervoor te creëren.

2.3 Het functioneren van het zorgteam

Zelfmanagementondersteuning

Het realiseren van competent zelfmanagement bij de patiënt vereist ondersteuning. Blanson Henkemans et al. (2010) zien als doel van zelfmanagementbegeleiding het ontwikkelen en bestendigen van zelfmanagementgewoonten bij de patiënt. Om dit te realiseren noemen zij vijf begeleidingsaspecten:

1. bieden van inzage in gezondheidsgegevens en aanbieden van methoden om eigen gegevens te beheren;
2. bieden van informatie die is afgestemd op de patiënt op een wijze dat de patiënt ondersteund wordt bij het structureren en waarderen van persoonlijke gezondheidskeuzes;
3. coachen van activiteiten waarbij de nadruk ligt op het vergroten van de zelfredzaamheid van de patiënt;
4. bieden van handvatten om relevante partijen in de omgeving te lokaliseren en te mobiliseren, die kunnen bijdragen aan zelfmanagement (wegwijsfunctie);
5. de patiënt te leren omgaan met reacties vanuit de sociale omgeving.

De zorgverlener besteedt aandacht aan zowel de rationele als de emotionele behoeften van de patiënt. Voorwaarde voor deze begeleiding zijn monitoring van patiënten, sociale interactie tussen professional en patiënt, waarin de problemen kunnen worden besproken, stimulerend advies en empathische begeleiding, waarbij zelfvertrouwen en zelfredzaamheid worden vergroot.

In het CCM wordt de term zelfmanagement breder gedefinieerd en daarmee verandert ook de rol van de zorgverlener (Wagner et al., 2001). In het CCM gaat men ervan uit, dat de klinische resultaten van de zorg voor chronisch zieken beter worden, als de patiënt actief deelneemt aan zijn zorgproces. In het CCM werkt men dan ook vanuit het idee van gedeelde zorg of ‘collaborative care’: een dynamisch proces tussen patiënt en zorgverlener (Bodenhei-

mer et al., 2002C). In het samenspel tussen zorgvrager en zorgverlener(s) zijn communicatie, partnerschap, vertrouwen en respect cruciaal. Overleg tussen patiënt en zorgverlener is onontbeerlijk; zorgverlener en zorgvrager zoeken gezamenlijk naar de balans tussen enerzijds de eisen die de aandoening stelt (belasting) en anderzijds de hoeveelheid eigen regie en verantwoordelijkheid die de patiënt wil en kan nemen (belastbaarheid). De arts levert generieke informatie, de patiënt specifieke; beiden zijn nodig voor het stellen van doelen, het plannen van de zorg, het oplossen van problemen en het nemen van beslissingen in het algemeen. Het gaat om shared decisionmaking en samenwerking op basis van gelijkwaardigheid.

Zelfmanagementondersteuning is nodig om een goede samenwerking tussen patiënt en zorgverlener te realiseren. Want wil de patiënt gebruik kunnen maken van zijn contacten met het zorgteam, dan moet hij beschikken over voldoende informatie, vaardigheden, zelfvertrouwen en het vermogen tot zelfontplooiing. Zelfmanagement is een zaak van de patiënt en diens naasten in samenspel met de eerst verantwoordelijke zorgverlener en het hele team van zorgverleners dat de patiënt begeleidt.

Voorgesteld wordt dan ook een shift van patiënt-educatie naar bemoediging en ondersteuning. Zoals ook Blanson Henkemans et al. (2010) aangaven, zal er behalve aan taakgerichte communicatie - in de vorm van educatie, voorlichting en motivatie - ook aandacht moeten worden besteed aan emotioneel georiënteerde communicatie, bestaande uit faciliteren, empathie tonen, meevoe-len en ondersteunen. Het CCM geeft de emotioneel georiënteerde communicatie een extra accent en voegt als sluitstuk het aanbieden van gedragsinterventies toe. Gedragsinterventies worden gerealiseerd door zelfregulatie en proactieve coping. Zelfregulatie is de wijze waarop mensen hun eigen acties richting geven en controleren op grond van de doelen die zij nastreven. Proactieve coping staat voor de wijze waarop mensen reageren en omgaan met hun situatie en bovenal waarop zij anticiperen op situaties die bedreigend zijn voor het realiseren van hun doel. De technieken van 'Proactieve coping' die de patiënt moet leren, bestaan uit drie elementen: (1) doelen stellen, (2) een strategie bepalen en een plan maken, (3) omgaan met emoties en frustraties die toekomstige plannen kunnen oproepen en deze dwarsbomen.

Wagner (1996, 2001) onderscheidt vier essentiële elementen in effectieve ondersteuningsprogramma's:

1. gezamenlijk bepalen van de klinische en educatieve problemen die moeten worden aangepakt;
2. samen stellen van prioriteiten en doelen en komen tot een gezamenlijk zorgplan;
3. een voortdurend aanbod van training en ondersteuningsdiensten. Het gaat om vaardigheden in het omgaan met ziekte, instrumenten voor gedragsverandering en handvatten om aan de emotionele eisen van de ziekte tegemoet te kunnen komen;
4. actieve en regelmatige vervolgesprekken en nazorg.

Het beste resultaat wordt bereikt als eerst met onderzoek wordt nagegaan waar de patiënt behoefte aan heeft. Daarna wordt de inzet van wetenschappelijk onderbouwde technieken aangeraden, die gericht zijn op activatie of empowerment van de patiënt en vaardigheden in het gezamenlijk stellen van doelen en het oplossen van problemen. Daarbij dient rekening te worden gehouden met de achtergrond van de patiënt. Het optimum van zelfmanagement is niet wat de patiënt wenst, maar wat voor hem het maximaal haalbare is op dat moment. Daarbij is er sprake van motivatie- en preferentieconstructie.

Herontwerp van het zorgaanbod

In het CCM streeft men naar kwalitatief hoogwaardige zorg. Volgens het Institute of Medicine (2001) wordt met kwalitatief hoogwaardige zorg bedoeld op zorg die veilig, effectief, tijdig en efficiënt is en de patiënt centraal stelt. Feedback wordt gebruikt voor kwaliteitsverbetering.

Kwalitatief hoogwaardige zorg vereist planning en coördinatie van acties van verschillende zorgverleners. De planning omvat de organisatie van de praktijk, de verdeling van taken, het beheer van de afspraken met de patiënt en de inzet van andere zorgprofessionals.

Vaak wordt zorg voor chronisch zieken geleverd door specialisten, maar Wagner stelt in 1998 ter discussie of een apart systeem voor de structurele zorg aan chronisch zieken daadwerkelijk leidt tot verbetering in de zorg. Hij laat zien dat generalistische eerstelijnszorg, mits goed voorbereid op haar taak, deze zorg kan leveren. De organisatie van de praktijk en het zorgproces hebben daarbij een grote impact op patiëntuitkomsten. Ook is goede afstemming van generalisten en specialisten noodzakelijk.

In het CCM is het zorgteam het eerste aanspreekpunt voor de chronisch zieke (Wagner et al., 2001). Idealiter werkt het team samen met patiënt en mantelzorgers. In de zorg staan de patiënt, zijn behoeften en ervaring centraal. Er wordt gewerkt met een gestructureerd zorgplan, dat in onderling overleg wordt opgesteld. In het kader van dit individuele zorgplan wordt de patiënt ondersteund om zijn gezondheidsdoelen te formuleren, effectieve strategieën te bedenken en deze uit te voeren, waarbij wordt gewerkt aan het bieden van weerstand aan frustraties en ten slotte het bijstellen van de doelen, als de strategieën niet blijken te werken.

Tijdens de contacten met de patiënt

- wordt informatie met betrekking tot de perspectieven van de patiënt over het beloop en de aanpak van de aandoening(en) verzameld en beoordeeld;
- krijgen patiënten ondersteuning bij het stellen van doelen en het oplossen van problemen om te komen tot beter zelfmanagement;
- worden klinische- en gedragsinterventies toegepast gericht op het voorkomen van complicaties en het optimaliseren van de gezondheid van de patiënt en
- worden afspraken gemaakt over voortdurende 'follow-up'.

Een chronisch zieke patiënt is gebaat bij continuïteit in de zorg. De onderdelen van het zorgproces (identificatie, onderzoek/diagnostiek, behandeling en follow-up) worden door bij voorkeur één persoon als centrale hulpverlener gecoördineerd. Deze persoon fungeert als aanspreekpunt voor de patiënt: hij moet direct bereikbaar en toegankelijk zijn en aanvullende hulp van specialisten, paramedici of maatschappelijk werkers coördineren. Wagner (1996) bepleit de invoering van regelmatige teambesprekingen en het toepassen van instrumenten van kwaliteitsmanagement uit het bedrijfsleven.

De gezondheidstoestand van de patiënt moet regelmatig en constant worden gevolgd en met de patiënt besproken. Indien daartoe aanleiding is moeten acties worden genomen om de behandeling aan te passen. De zorg is niet reactief, maar proactief: er is niet pas aandacht voor de patiënt bij acute problemen of plotse vragen, maar continu en structureel. Innovaties in de planning en organisatie van de contacten tussen zorgverlener en patiënt zijn dan ook belangrijk. De interacties kunnen bestaan uit face-to-face-contacten (persoonlijk of in groepsverband), maar

ook uit telefonische gesprekken, uitwisseling via de mail of het internet. Vooral als het gaat om contacten waarin de begeleiding bij zelfmanagement centraal staat, zijn groepsbijeenkomsten een effectieve vorm van communicatie. Via deze geplande, georganiseerde contacten krijgen patiënten veilige medicatietherapie, effectieve zelfmanagementondersteuning, regelmatige preventieve maatregelen, evidence-based monitoring op maat en gecoördineerde zorg.

Ondersteuning in het besluitvormingsproces

De basis van het model is het werken met zorgstandaarden, richtlijnen en protocollen die wetenschappelijk onderbouwd en effectief gebleken zijn. De richtlijnen en protocollen moeten worden ingebed in het primaire proces en de organisatie, waar het team deel van uit maakt. De organisatie zet zich in om deze in de dagelijkse praktijk van de zorgverleners te integreren. Dit kan door middel van opleiding van zorgverleners en patiënten in het gebruik van zorgstandaarden en -richtlijnen, reminders, het betrekken van specialisten in de praktijk en andere besluitvormingsondersteunende maatregelen. Er moet voor worden gezorgd dat huisartsen ook na verwijzing van een patiënt naar een specialist betrokken en geïnformeerd blijven.

In het CCM wordt herhaaldelijk gewezen op het belang van het ontwikkelen van kennis en vaardigheden van professionals. Opleiding van zorgprofessionals is belangrijk om de kloof tussen kennis en praktijk te overbruggen. Professionals dienen niet alleen op de hoogte te blijven van de laatste stand van zaken op hun vakgebied, maar ze moeten ook in staat zijn om patiënten informatie te geven die aansluit bij hun kennisniveau en culturele achtergrond. Ook de educatie van patiënten moet plaatsvinden op basis van effectieve methodieken, zodat de zorg zal aansluiten bij de voorkeuren en behoeften van patiënten.

Klinisch informatiesysteem

Het perspectief van het CCM is het werken met populaties van patiënten. Efficiency wordt bereikt door de zorg te plannen op basis van gegevens over groepen of populaties van patiënten met vergelijkbare gezondheidsproblemen. Monitoring van de gezondheid van patiënten gebeurt aan de hand van klinische gegevens, die regelmatig worden verzameld. Daartoe moet de informatie helder worden geregistreerd en voor iedereen in het team toegankelijk zijn. Belangrijk is dat zorgverleners de informatie delen, met

elkaar en met de patiënt. Een team heeft daarbij gestandaardiseerde en georganiseerde systemen nodig om informatie over individuele patiënten of populaties te verzamelen, samen te vatten en te reviewen. Een digitaal patiëntregister werkt daarvoor het beste.

Op basis van gelijkaardige omstandigheden worden subpopulaties van patiënten afgebakend. Vervolgens worden doelstellingen geformuleerd, de zorg gepland en de voortgang bewaakt. Op basis van de juiste informatie kan een team een patiënt met specifieke behoeften oproepen, geplande zorg leveren, feedback ontvangen en remindersystemen implementeren.

Informatiesystemen geven ook toegang tot de gegevens over de status van de individuele patiënt, de behandeling van de aandoening(en) en de effecten daarvan. Zo kan zorg op maat worden aangeboden. Het moet gemakkelijk zijn om in acute situaties snel een overzicht te genereren. Informatiesystemen worden tevens gebruikt om tijdig reminders af te geven aan zorgverleners én patiënten. Herinneringen dienen als waarborg voor het aanbieden of afnemen van de vereiste zorg. Informatiesystemen bieden de mogelijkheid om na te gaan of gemaakte afspraken zijn nageleefd en om, indien nodig, nieuwe afspraken en/of verwijzingen in te plannen. Ook kan worden nagegaan of de ervaringen van zowel de patiënt als het behandelteam, die worden geregistreerd in het informatiesysteem, in overeenstemming zijn met de gestelde doelen. Deze feedback kan worden gegeven op individueel niveau en, mits geanonimiseerd, ook door de prestaties van een patiënt af te zetten tegen die van vergelijkbare patiënten.

Op groepsniveau geven informatiesystemen zicht op patiënten die aanvullende zorg nodig hebben. Geaggregeerde data faciliteren de mogelijkheid om na te gaan in welke mate de zorg voldoet aan de kwaliteitsindicatoren. Op basis daarvan kan worden besloten welke aanvullende activiteiten nodig zijn. Daarnaast kunnen de resultaten op patiënt- en populatieniveau worden beoordeeld en vergeleken.

2.4 Functies van professionals

Zelfmanagementondersteuning

Ondersteuning van Zelfmanagement is niet een aparte taak, maar een onderdeel van iedere interactie met de patiënt. Het vereist specifieke kennis, vaardigheden en attituden van de zorgprofessi-

onal. Wil dit een structureel deel van de zorg worden, dan is training van alle zorgprofessionals in zelfmanagementondersteuning en counseling noodzakelijk, want het CCM vraagt van elke zorgverlener:

- onderzoekende houding. Allereerst moet de professional redeneren vanuit de vraag van de patiënt en aansluiten bij de leefwereld van de patiënt. De diagnostiek mag zich meer richten op het functioneren van de patiënt in zijn dagelijks leven: het gezin, het werk/de school, de woon-omgeving;
- benadering gericht op kwaliteit van leven: niet alleen de lichamelijke klachten staan centraal; er moet juist aandacht zijn voor het exploreren van de restcapaciteit en de effecten van het eigen gedrag van de patiënt hierop;
- coachende rol: niet de eigen expertise van de professional is uitgangspunt, maar de begeleiding en sturing van de patiënt;
- patiënt benaderen als medebehandelaar. Dit betekent gebruik maken van zijn ervaring en kennis en het zorgplan laten aansluiten bij zijn keuzes.

Naar aanleiding van het CCM noemt Vaarwerk et al. (2010) een aantal elementen van zelfmanagement, waaraan zorgprofessionals en de zorgorganisatie rond de patiënt moeten voldoen om de positieve effecten van zelfmanagement te realiseren.

- Ondersteuning: de ondersteuning moet zich richten op het bevorderen van het zelfsturend vermogen. Van de zorgverlener vergt dit ondermeer de overdracht van kennis en vaardigheden, het stimuleren en motiveren tot gedragsverandering, het accepteren van de opvattingen van de patiënt en hem daarin te coachen.
- Patiëntenvoorlichting en -educatie: de zorgverlener moet de patiënt helpen kennis en vaardigheden op medisch-technisch gebied op te doen.
- Motivatie: de zorgverlener moet een situatie helpen creëren, waarin de chronisch zieke zich veilig voelt, zodanig dat de patiënt dat doet wat hij daadwerkelijk aan kan. Interventiemethodieken en zelfzorghulpmiddelen zoals via zorg op afstand kunnen helpen.
- Individueel zorgplan met persoonlijke behandeldoelen: Alle zorg komt samen in het zorgplan, er kan geen sprake zijn van versnippering of verkokering. In het indivi-

dule zorgplan is het zorgaanbod altijd afgestemd op de zorgvraag.

- Digitale infrastructuur en patiëntenportaal. Het individuele zorgplan vindt zijn digitale vertaling in dit persoonlijke gezondheidsdossier.

Bij de aanpassing van het zorgproces volgens het CCM wordt aangeraden taken op het terrein van het ondersteunen van zelfmanagement en ziektecontrole te delegeren van de arts naar een andere zorgprofessional zoals een verpleegkundige, die daartoe beter geëquipeerd is, of de praktijkassistent, die de tijd krijgt om regelmatige contacten in te plannen. Het contact tussen zorgverlener en patiënt kan op initiatief van zowel de patiënt als een professional worden georganiseerd. Niet altijd zijn face-to-face contacten noodzakelijk; ook telefoon of internet kunnen worden ingezet.

Geplande, gestructureerde zorg

Per patiënt wordt de zorg vooraf gepland en op maat geleverd. Dit gebeurt op basis van populatiegegevens, protocollen en richtlijnen en specifieke informatie over de behoeften van patiënten. Daarvoor moet gebruik gemaakt kunnen worden van populatiegegevens, het dossier van de individuele patiënt, richtlijnen, die wetenschappelijk onderbouwd zijn, en instrumenten die kunnen helpen bij de besluitvorming.

Het team wordt zo georganiseerd dat het aan de behoeften van de patiënt tegemoet kan komen. Om de zorg volgens plan te kunnen uitvoeren moet er in het zorgteam één persoon verantwoordelijk zijn voor de zorg voor een specifieke patiënt. Dit is de zorgcoördinator.

- hij is binnen het team van zorgverleners de eerstverantwoordelijke voor de zorg aan een specifieke patiënt;
- hij is aanspreekpunt voor de patiënt;
- hij is aanspreekpunt voor andere zorgverleners;
- hij ziet er op toe dat afspraken aansluiten op de behoeften van de patiënt;
- hij ziet er op toe dat de afspraken, zoals vastgelegd in het zorgplan, worden nageleefd.

Casemanagement kan in complexe situaties aangewezen zijn, maar Wagner (1998) stelt er ook vraagtekens bij.

Een 'casemanager' is volgens Verhoef (2005):

“een individu of een team dat verantwoordelijk is voor het wegwijzen van een patiënt (de case) in het complexe proces van zorg op de meest effectieve, efficiënte en acceptabele manier.”

De casemanager kan naast deze functie ook verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening aan de patiënt. Het is zelfs mogelijk dat de patiënt als casemanager fungeert en daarbij (op afstand) wordt begeleid door een professional. Binnen casemanagement worden de patiënten geïdentificeerd, hun gezondheidstoestand vastgesteld, een individueel gezondheidsplan ontwikkeld en geïmplementeerd en de uitkomsten gemonitord.

Populatiemanagement

Voor populatiemanagement moet een elektronisch register worden bijgehouden van patiënten in de praktijk. Belangrijk is het registreren van gegevens van patiënten, zodanig, dat ze voor het individuele zorgproces gebruikt kunnen worden, maar ook voor de verbetering van de zorg voor groepen patiënten. De informatie moet dan ook in het team dat aan een patiënt zorg verleent, worden gedeeld. Elke zorgverlener moet in staat zijn de gegevens te registreren en op te vragen. De verwerking en analyse van de beschikbare gegevens is echter een vak apart. De instrumenten die nodig zijn om een ieder die betrokken is in het zorgproces te informeren over de resultaten ervan, vergt inzicht in analyse-instrumenten en ervaring in de vertaling van de informatievraag naar een leesbare rapportage. Voor deze functie en ook de inrichting, beveiliging en het onderhoud van het informatiesysteem is veelal ondersteuning van gespecialiseerde mensen nodig.

Medicatiemanagement

Bij medicatiemanagement gaat het om de veiligheid bij het gebruik van de medicatie én om de effectiviteit van het medicijngebruik. Voor het voorschrijven van medicatie verdient het aanbeveling gebruik te maken van richtlijnen die wetenschappelijk onderbouwd zijn, boven geïndividualiseerde behandeling. Het is de taak van de zorgverlener de patiënt duidelijk te maken wat het doel en het nu van de medicatie is. Als ook de patiënt instemt met de voorgestelde (hoeveelheid en combinatie van) medicijnen, heeft de zorgverlener de taak uit te leggen hoe de medicijnen moeten worden gebruikt, wat de gewenste en wat de te verwachten effecten zijn, welke bijwerkingen moeten worden gemeld enz. Vervolgens is van belang dat de zorgverlener volgt of de patiënt de medicijnen volgens afspraak blijft gebruiken en of ze de gewenste effecten sorteren. Het geleidelijk opbouwen van de dosis of het

niet volgen van de effecten van de medicatie kan tot gezondheidschade leiden. Een controleschema wordt opgesteld per individu, waarbij rekening wordt gehouden met het risicoprofiel, de (co)morbiditeit en de persoonlijke wensen van de patiënt en hetgeen bepaald is in de multidisciplinaire richtlijn of zorgstandaard. Hiervoor kunnen controleafspraken en nader onderzoek gewenst zijn.

Voorheen werden al deze taken in de Verenigde Staten uitgevoerd door de arts, hetgeen kon leiden tot vertraging in het bijstellen van de behandeling en daardoor tot extra, onnodige risico's. Voorgesteld wordt in het CCM voor elk van de genoemde clusters van taken een zorgverlener met een ander specialisme verantwoordelijk te stellen. Zo kan bijvoorbeeld een arts in overleg met de patiënt een medicatieregime opstellen. De informatie over de medicatie kan door een apotheker (of zijn assistent) worden verstrekt, terwijl een verpleegkundige op basis van evidence-based protocollen en eventueel met hulp van zelfmonitoring door de patiënt de medicamenteuze behandeling en het beloop van de aandoening en eventuele klachten volgt. Als medicatie niet tot verbetering leidt, kunnen zij nieuwe afspraken maken met de patiënt of op basis van evidence-based protocollen de medicatie aanpassen. Een dergelijke taakverdeling kan ook op basis van de functie worden doorgevoerd. Dit betekent dat een arts minder tijd met een patiënt doorbrengt en dat de registratie van gegevens en het uitwisselen van informatie belangrijker wordt. Voor de patiënt betekent het dat hij meer zorgverleners ziet, maar dat de afstemming flexibeler en simpeler wordt.

Zorgmanagement

Zorgmanagement is met name van belang voor patiënten met een hoog risicoprofiel. Het speelt vaak als er sprake is van multimorbiditeit. Het is een vorm van speciale zorg met intensievere controle, klinisch management en ondersteuning van zelfmanagement. De combinatie van deze factoren is bepalend voor de effectiviteit en veiligheid van de zorg. Zorgmanagement kan zo bijdragen aan kostenreductie op langere termijn. Zorgmanagement is het meest effectief als de zorgverlener, die dit voor zijn rekening neemt, lid is van het team, zelf de medicatie kan aanpassen en wordt ondersteund door relevante specialisten.

Zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie is aan de orde bij transities tussen verschillende vormen van zorg of na verwijzing naar een andere zorgaanbieder. Elke overgang van eerste lijn naar gespecialiseerde tweede lijn, van intramuraal naar extramuraal of omgekeerd betekent dat informatie moet worden uitgewisseld tussen zorgverleners, dat financiële regelingen moeten worden getroffen en dat patiënten op de veranderingen moeten worden voorbereid en tijdens de veranderingen begeleid. Om dit soort transities voor een patiënt vloeiender te laten verlopen is assistentie, ondersteuning of begeleiding nodig vanuit het primaire zorgteam. Bij de overgang naar een verzorgings- of verpleeghuis bijvoorbeeld is koppeling nodig van de klinische zorg met de mogelijkheden die vanuit de omgeving van de patiënt (kunnen) worden geboden.

Zorgcoördinatie vereist specifieke kennis en deskundigheid van de zorgprofessional. De zorgverlener die deze taak op zich neemt, moet veel kennis hebben van andere sectoren dan de eerstelijnszorg. Naast de curatieve en langdurige zorg gaat het ook om sectoren als welzijn, huisvesting, werk, onderwijs en vrijetijdsbesteding (in de vorm van sport, cultuur en ontspanning). De coördinator wijst de patiënt op de mogelijkheden van ondersteuning en aanvullende activiteiten vanuit deze sectoren en helpt bij het leggen van de eerste contacten, het informeren van de omgeving en het zoeken naar gezamenlijke doelen.

2.5 Veranderstrategie

Wil men het Chronic Care Model toepassen, dan is verandering op meerdere niveaus tegelijkertijd nodig. De belangrijkste verandering is echter in de praktijk, het zorgteam, daar waar de interactie tussen patiënt en zorgverlener plaats vindt. De veranderingen hebben betrekking op organisatie en structuur van het team én op de werkprocessen in het team. Het doel van de veranderingen is

- het productief maken van elke interactie met de patiënt, i.e. het produceren van de diensten die patiënten nodig hebben om beter te worden;
- het beter organiseren van de praktijk zodat deze proactieve zorg kan leveren;
- het bieden van de mogelijkheden aan patiënten om beter geïnformeerd te zijn en hun eigen zelfmanagement in te vullen.

Shortell en zijn collega's (2004) laten zien dat teams die zichzelf als effectief beschouwen meer veranderbereidheid tonen. Op basis van literatuurstudie noemen Grumbach en Bodenheimer (2004) vijf elementen die een effectief team in de zorg helpen ontwikkelen. Zij benadrukken het belang van het stellen van heldere doelen, verbeteren van klinische systemen, definiëren en verdelen van taken en rollen, trainen van individuele teamleden in het vervullen van deze rollen en ontwikkelen van duidelijke communicatiestructuren en -processen. Shortell (2004) laat in zijn onderzoek zien dat het centraal stellen van patiënttevredenheid de effectiviteit van het team bevordert. Het betekent onderzoek naar de behoeften en verwachtingen van patiënten en hun klachten en vervolgens aandacht voor het (structureel) oplossen van problemen en voorkomen van ontevredenheid. Ook blijkt een sturende kracht in het team van belang voor de effectiviteit. Er moet iemand in het team zijn, die zich opwerpt als coördinator van het traject, dat op gang moet komen om de aanpassingen in de werkwijze te realiseren. Hij versterkt het veranderproces door motivatie en het verwerven van bronnen en ondersteuning vanuit de overkoepelende organisatie of het zorgsysteem.

De stappen die nodig zijn om het systeem naar de contouren van het CCM te veranderen zijn ontleend aan een handboek voor kwaliteitsverbetering, ontwikkeld door Langley et al. (1996). Een veranderproces start met onderzoek naar de stand van zaken in de zorg voor groepen chronisch zieken. Dit onderzoek kan in een team of in de organisatie worden gedaan. Daarvoor is een vragenlijst opgesteld: de Assessment of Chronic Illness Care (ACIC). De uitkomsten uit dit onderzoek laat zien welke veranderingen nodig zijn om de praktijk te laten aansluiten bij de geschetste situatie van het CCM. Het effect van de toepassing van het model is afhankelijk van de procesinnovatie die wordt toegepast.

De volgende stap is een verbetermodel: het Model for Improvement, dat is ontwikkeld door Associates in Process Improvement.¹³ Dit bestaat uit twee delen. In het eerste deel wordt gevraagd naar de doelstellingen van de verandering, de uitkomstmaten en de veranderideeën. Het team hanteert veranderconcepten of sturingsprincipes voor het sturen van hun verbeteracties. Deze concepten zijn de basis voor het herontwerp van het zorgaanbod en de processen die hiertoe moeten leiden. Het CCM gaat uit van wetenschappelijk onderbouwde sturingsprincipes, die ten grond-

slag liggen aan ieder element in het model. Het tweede deel van model for improvement bestaat uit het uitvoeren van Plan-Do-Study-Act (PDSA) cycli. De cycli bestaan uit het plannen van acties, het uitproberen, het waarnemen van de resultaten en het nemen van vervolgstappen op basis van het geleerde. Op deze manier kan snel duidelijk worden of de gewenste resultaten met de ingezette veranderingen kunnen worden bereikt. Omdat de korte, snelle verandercycli op basis van plan-do-study-act (PDSA cycles) leiden tot concrete resultaten, is deze werkwijze behulpzaam bij de motivatie en sturing van een team.

Langley stelt de volgende stappen in het verbeteringstraject voor:

1. Het team bekend maken met twee strategieën:
 - het Chronic Care Model als doel voor de aanpassing van het huidige systeem van zorgaanbod;
 - het model for improvement, als een kwaliteitsinstrument, bedoeld om het team voor te bereiden op snelle veranderingen in hun werkwijze.¹
2. Toewijzen van gedetailleerde rollen en verantwoordelijkheden in de zorg voor patiënten met een chronische aandoening.
3. Invoeren of toepassen van zorgstandaarden of richtlijnen voor specifieke aandoeningen.
4. Onderzoek naar de zorgbehoeften van de patiëntpopulatie en vervolgens verzamelen van patiëntgegevens in een betrouwbare database, op basis waarvan bezoeken regelmatig en proactief kunnen worden gepland en uitgevoerd en waaruit prestatiegegevens kunnen worden afgeleid.
5. Het definiëren van maten om de voortgang in het verbeteringsproces te meten. Deze zijn gekoppeld aan de prioriteiten die in de richtlijnen zijn opgenomen
6. Het plannen van bezoeken en zorg.
7. Verzorgen van zelfmanagementondersteuning bij ieder bezoek van de patiënt.

Een bepalende factor in het veranderproces -zo blijkt uit onderzoek - is de manier waarop een team wordt geleid. Uit ervaring in de praktijk blijkt, dat stabiel en geëngageerd leiderschap in zowel het team als de organisatie niet alleen invloed heeft op de wijze waarop het veranderingen in werkwijze doorvoert, maar ook op de behaalde resultaten. Sturend leiderschap is nodig om prioriteiten te stellen, beleids- of ondernemingsplannen bij te stellen en de vereiste middelen vrij te maken. Naast leiderschap zijn ook

financiële incentives een belangrijke motivator voor veranderingen (Bodenheimer et al., 2002B). Deze prikkels kunnen vanuit de organisatie, maar ook vanuit het zorgsysteem of de overheid worden verstrekt.

Wagner en zijn collega's doen verslag van verschillende experimenten die met het model als leidraad zijn uitgevoerd (Wagner et al., 2001B). Toch is er nog weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effecten van het model op de prestaties in de zorg. De meeste gegevens komen uit zelfrapportages en niet-gecontroleerde studies met zwakke onderzoeksdesigns (Bodenheimer et al., 2002B). Wel zijn elementen van het model nader onderzocht in interventies gericht op patiënten met diabetes door middel van casestudies met een sterker onderzoeksdesign. Een literatuurreview van Minkman et al. (2007) laat zien dat studies naar de effecten van toepassing van het CCM werden uitgevoerd in settings, variërend van eerstelijnsgezondheidscentra tot ziekenhuizen en klinieken voor extramurale patiënten. Weinig studies richten zich op de continuïteit van het zorgproces, als deze de grens van een organisatie overschrijdt, of op de verbanden met organisaties uit de community, bijvoorbeeld op het terrein van maatschappelijke dienstverlening en welzijn. Daarnaast zijn de meeste studies gericht op één patiëntgroep, zoals patiënten met diabetes, COPD of een cardiovasculair accident. Hoewel de beschikbare data laten zien dat interventies gebaseerd op het CCM veelal leiden tot prestatieverbetering van het zorgteam, is het opvallend dat daarvoor per studie slechts enkele maten worden gehanteerd. Er blijven een aantal vragen onbeantwoord. Zo blijft onduidelijk welke (combinatie van) elementen uit het model deze verbeteringen hebben bewerkstelligd. Ook zijn nagenoeg alle data afkomstig van studies uit de Verenigde Staten. Gezien het belang van de context van het totale gezondheidssysteem en de maatschappelijke en politieke omstandigheden is het dan ook lastig om de resultaten één op één door te vertalen naar de Nederlandse situatie.

2.6 Uithbreiding van het model

Preventie en gezondheidsbevordering

Het CCM richt zich op de klinische praktijk en heeft weinig aandacht voor de diversiteit en complexiteit van preventie en gezondheidsbevordering daarbuiten. De WHO (1996) verstaat onder GEZONDHEIDSBEVORDERING: “the process of

enabling people to increase control over, and to improve, their health". Het model laat maar weinig zien van de ondersteunende rol van de gemeenschap op dit terrein. Barr en anderen (2003) hebben daarom het model verder uitgebreid. Ze beschrijven hoe individuele gezondheidszorg en openbare gezondheidszorg elkaar aan kunnen vullen. Daarvoor is wel een verschuiving nodig van zorg voor aandoeningen en beperkingen vanuit de eerstelijnszorg naar diensten in de gemeenschap met aandacht voor het voorkomen van het ontstaan van ziekten en handicaps. Het nieuwe model laat zien hoe preventieve maatregelen, erkenning van sociale gezondheidsdeterminanten en participatie in de gemeenschap onderdeel kunnen zijn van het werk van zorgteams.

Om gezondheidsbevordering in het CCM op te nemen worden de doelen en actiegebieden van de Ottawa Charter van de WHO geïntegreerd. Deze charter richt zich op het faciliteren van empowerment van zowel individu als gemeenschap en wil ervoor zorgen dat zieken en gezonde mensen een gevoel van controle krijgen over de vele factoren die hun gezondheid beïnvloeden, zoals lichamelijke factoren, sociale, economische en omgevingsfactoren en leefstijl. Daarbij kiest de WHO vijf actiegebieden: ontwikkelen van persoonlijke vaardigheden, herinrichten van gezondheidsdiensten, ontwikkelen van openbaar gezondheidsbeleid, creëren van ondersteunende omgevingen en versterken van actiebereidheid in de gemeenschap.

Het model toont een poreuze grens tussen het gezondheidssysteem en de gemeenschap, die een stroom van ideeën, middelen en mensen mogelijk maakt. Zo ontstaat een verbinding tussen sociale, politieke en medische sectoren, waarbij niet de ziekte maar de gezondheid centraal staat. Zorgprofessionals zouden niet alleen ingezet moeten worden om schade te repareren, maar om gezondheid te bevorderen en dat doen ze in samenwerking met de zorgverleners uit de openbare gezondheidszorg. Daarvoor is kennis nodig over strategieën om gezond te zijn en blijven en informatie over de sociale en economische context waarin zorg en hulp worden verleend. De informatiesystemen moeten toegankelijk worden voor meerdere groepen, zoals gemeenten, welzijnswerkers etc. en een integraal beeld laten zien van zowel klinische en functionele uitkomsten als de resultaten op het terrein van de volksgezondheid.

De variant van de WHO

Ook de World Health Organisation (WHO) heeft in 2002 een aangepaste versie van het Chronic Care Model ontwikkeld. Het heeft de naam “Innovative care for chronic conditions framework” (ICCCF) gekregen. Het laat de verwevenheid van het concept van de integrated care zien en de gerichtheid op uitkomsten op verschillende niveaus van zorgverlening.

Het model stelt een aantal bouwstenen voor, die op verschillende niveaus effectief kunnen zijn: op het niveau van een individuele patiënt, van een populatie of van een gezondheidszorgsysteem als geheel. In het ICCF framework worden 3 niveaus onderscheiden.

- Op het microniveau is er sprake van een driehoek. Deze bestaat uit:
(1) patiënt, mantelzorgers of familie, (2) partners in de gemeenschap en (3) het zorgteam. Voor chronisch zieken kunnen de gewenste resultaten alleen worden bereikt als deze drie partijen betrokken, geïnformeerd, gemotiveerd en goed voorbereid zijn en tenslotte ook in staat zijn tot samenwerken.
- Op het mesoniveau zijn de zorgorganisatie en de gemeenschap actief.
Het gaat hier onder meer om werkers, voorzieningen en informatie. Op dit niveau moet een omgeving worden gecreëerd waarin de driehoek van het microniveau kan functioneren.
- Op het macroniveau gaat het om beleid en financiering.
Dit niveau is nodig om de juiste randvoorwaarden te creëren, waarbinnen zowel preventie als bestrijding van ziekte kunnen plaatsvinden. Het beleid van de overheid is een effectief middel om kaders te stellen. Het bevat waarden, principes en strategieën van overheden om de last van chronische aandoeningen te verminderen.

Ook WHO Europa heeft in 2006 in samenwerking met de deelnemende landen op basis van het ICCFramework een actie gericht beleid ontwikkeld voor de aanpak van chronische ziekten.

3 De eerstelijnszorg voor chronisch zieken in Nederland

3.1 Inleiding

In Nederland bestaat de zorg voor chronisch zieken uit de curatieve zorg (gericht op herstel), de langdurige zorg en de maatschappelijke ondersteuning. Zoals voor elke patiënt geldt, is het eerste contact met een zorgverlener iemand uit de eerste lijn. De zorgfuncties binnen de eerste lijn zijn divers; zij omvatten algemeen medische, paramedische en farmaceutische zorg, verloskundige zorg, mondzorg, verpleging en verzorging, ambulancezorg en andere vormen van acute zorg, niet gespecialiseerde geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg en daaraan gerelateerde preventie en voorlichting.¹⁴ De eerstelijnszorg levert een bijdrage aan het gezond blijven van mensen (lichamelijke psychisch en sociaal), begeleiding bij zwangerschap en bevalling, snel genezen van alledaagse ziekten of het zo goed mogelijk laten functioneren van mensen met een (chronische) ziekte of handicap.¹⁵

Binnen de eerstelijnszorg heeft de huisarts een poortwachtersfunctie. Dat neemt niet weg dat ook een tandarts of mondhygiënist, een oefen- of fysiotherapeut en sinds kort ook een huidtherapeut zonder verwijzing direct toegankelijk is. De eerste lijn is grotendeels samengesteld uit een veelheid van kleinere zelfstandige praktijken of maatschappen, die al dan niet op onderdelen met elkaar samenwerken.¹⁶

In de eerste lijn vinden niet alleen diagnose maar ook behandeling, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie¹⁷ en controle plaats. Bij twijfel over de diagnose of voor verdere behandeling kan worden doorverwezen naar een andere professional uit de eerste lijn of een specialist uit de tweedelijns. Deze vervolgstap is voor de meeste chronisch zieken aangewezen. De tweede lijn bestaat uit grotere instellingen - zoals ziekenhuizen en private klinieken, waar onderzoek, behandeling en genezing wordt geboden. Gedurende het proces dat dan volgt, wordt idealiter de huisarts op de hoogte gehouden van de bevindingen en voortgang van de behandeling. Is de gezondheidstoestand weer stabiel, dan nemen de professionals in de eerste lijn de zorg langzaamaan weer over. Deze totale zorgcyclus, die is gericht op genezing (curatie)

en op individuele preventie, wordt gefinancierd vanuit de zorgverzekeringswet (Zvw).

Een deel van de mensen met één chronische aandoening ervaart ook enige beperking in het functioneren. Deze mensen hebben soms ondersteuning nodig; een aantal van hen langdurige zorg. De ondersteuning kan op meerdere vlakken liggen. Sommigen hebben aanpassingen of begeleiding nodig om deel te kunnen nemen aan het onderwijs of in een betaalde baan. Ontbreekt een inkomen, dan is er een uitkering. Ondersteuning, als onderdeel van de zorg, wordt geregeld in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De Wmo richt zich vooral op bevordering van zelfredzaamheid en participatie. De verantwoordelijkheid voor de ondersteuning van kwetsbare mensen bij het voeren van een huishouden of het leggen van contacten, bij het voorkomen van terugval in schadelijke gewoonten of bij de opvoeding van hun kinderen wordt bij gemeenten gelegd. De sector die deze ondersteuning biedt, wordt de welzijnssector genoemd. De welzijnssector omvat zowel gemeentelijke organisaties als (ideële) organisaties uit het zogenaamde maatschappelijke middenveld. Dit kunnen kleinere organisaties zijn die in een bepaalde gemeente werken of grotere organisaties met een regionaal of landelijk bereik, zoals Humanitas en het Leger des Heils. In de welzijnssector zijn naast betaalde professionals ook veel vrijwilligers werkzaam. Daarnaast is de gemeente verantwoordelijk voor collectieve preventie, onderdelen van de jeugdzorg en ouderenzorg en de afstemming tussen preventie en curatie op basis van de Wet publieke gezondheid (Wpg).

Langdurige zorg op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is er alleen voor mensen met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of voor mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap. Zij verblijven intramuraal in psychiatrische instellingen, instellingen voor jeugdigen of gehandicapten, verzorgings- of verpleeghuizen of wonen extramuraal in woongroepen; anderen wonen zelfstandig en krijgen hulp via de thuiszorg. De AWBZ-zorg bestaat momenteel uit de functies persoonlijke verzorging, begeleiding, verpleging, behandeling, verblijf en kortdurend verblijf. Andere aanspraken op basis van het Besluit Zorgaanspraken AWBZ zijn onder meer vervoer, doventolkzorg, prenatale hielprik, enkele vaccinaties en voortgezet verblijf.¹⁸ De AWBZ-aanspraken worden gehonoreerd naargelang de ernst van de be-

perkingen in het dagelijks functioneren, bepaald op basis van een indicatie. Het aantal aanspraken wordt geleidelijk overgeheveld naar Zvw of Wmo. De zorg kan in natura worden geleverd of op basis van een persoonsgebonden budget (pgb), waarmee patiënten hun zorg op maat inkopen.

Elk onderdeel van de zorgsector kent niet alleen zijn eigen wetgeving, maar daarmee ook zijn eigen financieringsstructuur, zijn eigen doelstellingen en werkmethoden en zijn eigen organisaties. Er werken vaak professionals die specifiek zijn opgeleid. Dit leidt tot versnippering in de zorg en het afschuiven van verantwoordelijkheden. Er ontstaan schotten die de samenwerking tussen zorgverleners bemoeilijken en extra administratieve rompslomp veroorzaken.

Dit hoofdstuk vormt de opmaat voor het afsluitende hoofdstuk van deze studie over de leerpunten van het Chronic Care Model voor de Nederlandse zorg voor chronisch zieken. In de volgende paragraaf ga ik in op de ontwikkelingen in het beleid gericht op de eerstelijnszorg voor chronisch zieken. Daarin staat de programmatische aanpak centraal. De laatste paragrafen van dit hoofdstuk zijn gewijd aan de beroepen en functies die in de eerste lijn worden onderkend. De onderlinge verhouding tussen beroepen en functies is van groot belang voor het zorgproces en de uitkomsten van de zorg. Een aanvulling is te vinden in de bijlage; daar worden de taken en competenties van de verschillende beroepsgroepen samengevat.

3.2 De programmatische aanpak

Hoewel diseasemanagement al enige tijd werd gepropageerd, kwam het niet goed van de grond. Belkadi (2006) concludeert na evaluatie van 121 projecten dat hiervoor verschillende redenen zijn:

- er is gebrek aan kennis over diseasemanagement. Dit leidt tot onderschatting van de complexiteit van het opzetten van projecten en de daarvoor vereiste innovatieve kracht en tot overspannen verwachtingen van de kosteneffectiviteit;
- er is te veel concurrentie tussen spelers binnen een zorgketen of zorggroep. De professionele autonomie staat voorop. Er is dan ook gebrek aan openheid bij deelnemende partijen (domeindenken en competentiestrijd);

- het management schiet te kort; passende financierings-systemen en een adequate ICT-infrastructuur ontbreken;
- er is te veel aandacht voor de inhoud en te weinig voor evaluatie. Er ontbreekt dan ook gecontroleerd onderzoek met behulp van een alom geaccepteerde set van methoden en standaarden om uitkomsten valide te meten.

De programmatische aanpak van chronische ziekten die sinds 2008 wordt voorgesteld, moet een deel van deze belemmeringen wegnemen. De aanpak betekent een cultuuromslag naar meer proactieve, patiëntgerichte en integrale chronische zorg.¹⁹ De vier speerpunten die zijn geïdentificeerd, worden achtereenvolgens in de volgende paragrafen besproken. Dit zijn²⁰ samenhang tussen preventie en curatie, zelfmanagement, zorgstandaarden en functionele bekostiging.

Samenhang tussen preventie en curatie

Het eerste speerpunt is het verbeteren van de samenhang tussen preventie en curatie. Preventie moet een meer vanzelfsprekend onderdeel worden van alle onderdelen van de reguliere zorgverlening.²¹ Gemeenten hebben daarin een cruciale rol gekregen. De gemeente heeft namelijk een aantal preventieve taken op het terrein van de gezondheid op basis van de Wmo en de Wpg. Op basis van de Wpg hebben gemeenten onder meer de opdracht te zorgen voor een goede afstemming tussen preventie en curatie. De gemeente wordt aangespoord samenhangend, integraal gezondheidsbeleid te voeren; het huidige kabinet wil dat actief wordt ingezet op een gezonde omgeving en voldoende voorzieningen in wijken. De rijksoverheid wil betere samenwerking en afstemming tussen enerzijds de GGD, als uitvoerder van een groot deel van de gemeentelijke taken op het terrein van de publieke gezondheidszorg, en anderzijds de eerste lijn en de bedrijfsgezondheidszorg. Dit moet helpen om mensen meer bewust te maken van de mogelijkheden om door veranderingen in hun gedrag de eigen gezondheid te verbeteren, ziekteverzuim te voorkomen en arbeidsreïntegratie mogelijk te maken. Het huidige kabinet legt de verantwoordelijkheid bij ieder individu en wil voorlichtingscampagnes en prikkels tot een minimum beperken.

Volgens het kabinet Balkenende IV zou de eerste lijn hét laagdrempelig aanspreekpunt moeten zijn, dat dicht bij huis beschik-

baar is voor alle zorgvragen. Een integrale en op preventie gerichte aanpak van patiëntenproblemen is aangewezen. Naast de gemeente krijgt ook de eerste lijn bij het verbinden van preventie en curatie een belangrijke rol. De reden hiervoor is dat een groot deel van de mensen jaarlijks één van de zorgverleners in de eerste lijn bezoekt. Dit is een belangrijke voorwaarde om vroegtijdig mensen met een bepaald risicoprofiel te signaleren, die in aanmerking (moeten) komen voor preventieve maatregelen. Daarnaast staat de eerste lijn dicht bij de mensen, die gevoelig blijken voor gezondheidsadviezen van de werkers in de eerste lijn, zoals huisartsen en verpleegkundigen. In de huisartsenpraktijk worden vooral casuïstische en programmatische preventie toegepast. Casuïstische preventie vindt plaats op grond van risico-inschatting in een individuele hulpverleningssituatie: alleen wanneer de patiënt op het spreekuur van de huisarts komt, zou een interventie kunnen worden voorgesteld. Programmatische preventie is gericht op een omschreven (doel)groep patiënten: zij worden gericht uitgenodigd voor een preventieve interventie.

Voor de ondersteuning van de eerstelijnsgezondheidszorg is een landelijk dekkend netwerk van regionale ondersteuningsstructuren (ROS-en) beschikbaar. ROS-en bieden informatie, advies en ondersteuning bij de omslag naar de geïntegreerde, populatiegerichte eerste lijn. Dit wordt gefinancierd uit collectieve middelen en is gratis voor zorgverleners. Daarnaast vervullen ze op basis van projectfinanciering of tegen betaling aanvullende taken. ROS-preventiemedewerkers bieden ondersteuning bij de uitvoering van de programmatische preventie en scholing; op verzoek begeleidt de preventiemedewerker bij het organiseren en uitvoeren van preventie-activiteiten in de praktijk. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) zorgt voor de inhoudelijke ondersteuning; de landelijke coördinatie is in handen van de Landelijke Vereniging voor Georganiseerde eerstelijns (LVG).

De eerste lijn is de verbindende schakel met zowel tweedelijns curatieve zorg, de langdurige zorg als maatschappelijke ondersteuning. Naast de poortwachters- en verwijfsfunctie zou de eerste lijn dan ook een wegwijsfunctie voor de patiënt en een coördinatiefunctie in het medisch-inhoudelijk zorgproces moeten hebben.²² De ontwikkeling van een goed georganiseerde en geïntegreerde eerste lijn wordt tevens gezien als absolute voorwaarde voor verbeteringen op het terrein van diseasesmanagement en

ketenzorg. Het kabinet wil dat op lokaal en regionaal niveau wordt gewerkt aan:²³

- meer samenhang in de zorg met aandacht voor coördinatie en continuïteit. Er wordt gestreefd naar ketenzorg rondom een patiënt. Eén professional zal in de keten verantwoordelijk moeten zijn voor het volledige overzicht van een patiënt in een bepaald zorgproces. Diegene die de coördinatiefunctie vervult, moet zorgen voor een sluitend zorgproces rondom een patiënt, ook als de zorg door verschillende professionals wordt geleverd. Het wetsvoorstel cliënt en kwaliteit van zorg (WCKZ) bevat onder meer het recht dat de patiënt ieder van zijn zorgverleners kan aanspreken op afstemming met andere zorgverleners;
- dynamische zorg in de zin van vraag- en klantgericht, innoverend, ondernemend en investerend. De zorg moet laagdrempelig, bereikbaar, toegankelijk zijn. De generalistische zorgverleners ontwikkelen tevens – naargelang de wijkgerichte behoefte – meer aanvullende expertise op diverse zorgterreinen. Dit kan worden gesteund door inkoopbeleid van de zorgverzekeraar, dat samenwerking en innovatie stimuleert;
- functiegerichte benadering, waarbij diagnostiek, zorg, preventie en doorverwijzing achter ‘een voor patiënten herkenbare voordeur’ worden georganiseerd. De eerste lijn is het eerste contact met het zorgsysteem: hier wordt de meest effectieve, kwalitatief verantwoorde, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling aangeboden, die mogelijk is, gezien de aard en de ernst van de problematiek;
- grotere transparantie, betere kwaliteit en vanzelfsprekende veiligheid. Er wordt gewerkt aan kwaliteitsindicatoren, die de prestaties van zorgaanbieders onderling vergelijkbaar maken en patiënten kunnen helpen bij het kiezen van de juiste zorgaanbieder. Verder ondersteunt de rijksoverheid de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen, protocollen voor samenwerking in de eerste lijnszorg en zorgstandaarden.

Daarnaast is ingezet op verbetering van de organisatie en bereikbaarheid van de acute zorg.

Zelfmanagement

Het tweede speerpunt is het beter gebruik maken van de mogelijkheden van de patiënt, de chronisch zieke, zelf. Zelfmanagement is erop gericht de patiënt te helpen regie te houden over het leven met een ziekte. De basis ligt in de wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO). Volgens deze wet moeten behandelaar en patiënt het eens zijn over de zorg die de patiënt krijgt. Onderdeel van de (behandel)overeenkomst is het individuele behandel- of zorgplan, dat in overleg tussen de patiënt en de centrale zorgverlener wordt opgesteld. Het zorgplan moet de spil zijn van het individuele vraaggestuurde zorgproces, waarin de patiënt centraal staat. Idealiter zouden in het individuele zorgplan ook aspecten moeten worden opgenomen die betrekking hebben op arbeid, gezin, lokale mogelijkheden en dergelijke). De bedoeling is, dat het individuele zorgplan zich zal ontwikkelen tot een overeenkomst met wederzijdse toezeggingen en verplichtingen.

In het rapport Gezondheid 2.0 van de RVZ (2010) is kernachtig de ontwikkeling in de relatie tussen arts en patiënt beschreven. Er heeft zich een geleidelijke verschuiving voorgedaan van paternalistische zorg (de arts vertelt wat de zorgvrager moet doen), via informed consent (de arts informeert de zorgvrager over waarom een bepaalde behandeling het beste is voor de patiënt) naar shared-decision (de arts en zorgvrager bepalen samen wat de beste behandeling is voor de patiënt). In Nederland is nu nog vaak sprake van de tweede fase in deze ontwikkeling. Blanson Henkemans et al. (2010) beschrijft zelfmanagement meer als een vorm van zelfzorg of zelfregulering. Hij definieert 'zelfmanagement' als: "Activiteiten die individuen uitoefenen en beslissingen die zij nemen samen met hun omgeving, inclusief partner, vrienden, familie, gemeenschappen en zorgverleners, om met hun aandoening om te gaan en progressie en gevolgen ervan te minimaliseren." Hij noemt als bouwstenen van zelfmanagement:

1. verkrijgen van inzicht in de eigen gezondheid;
2. op basis van informatie (op maat) beslissingen nemen over zelfmanagement;
3. zelfmanagement inpassen in het dagelijkse leven en zelfmanagementgewoonten ontwikkelen;
4. de omgeving betrekken bij zelfmanagement.

Deze activiteiten en beslissingen hebben niet betrekking op de behandeling van de ziekte, maar op het proces van zelfmanagement (het omgaan met de ziekte).

Langzamerhand verschuift echter het accent naar shared-decisionmaking en wordt meer belang gehecht aan de rol van de patiënt. Dit wordt ook gesteund door het huidige kabinet. Een voorbeeld is een zelfmanagementprogramma, dat sinds 2009 loopt en zich vooral richt op patiëntenorganisaties en zorgprofessionals. Dit programma wordt in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en zeven categorale patiëntenorganisaties gecoördineerd en uitgevoerd door het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (centraal begeleidingsorgaan). Het Zelfmanagement Programma wil bevorderen, dat chronisch zieken hun ziekte zo goed mogelijk kunnen inpassen in hun leven. Dat vraagt niet alleen om het ontwikkelen van de juiste instrumenten voor patiënten, maar ook om voldoende ondersteuning van zorgprofessionals en een solide basis voor zorgstructuren en kennisnetwerken.²⁴ In het programma ligt het accent op wat wel kan (in plaats van wat niet kan), op actie (in plaats van studie), op gezondheid (in plaats van ziekte) en op het delen van kennis. Zelfmanagement bestaat hier uit een aantal activiteiten van de patiënt en wordt gedefinieerd als:

“het zodanig omgaan met de chronische aandoening (symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven.”

Met zelfmanagementondersteuning wordt in het programma bedoeld op activiteiten die de zorgaanbieder uitvoert, gericht op het aanmoedigen van chronisch zieke patiënten in het nemen van dagelijkse beslissingen, die gezondheidsgerelateerd gedrag en klinische uitkomsten verbeteren. Net als in het Chronic Care Model wordt zelfmanagementondersteuning gezien als een verzameling technieken en instrumenten die de patiënt helpt voor gezond gedrag te kiezen en tegelijkertijd een verandering in de relatie tussen de patiënt en zorgverlener tot een samenwerkingsverband. Daarbij wordt uitgegaan van de kracht van de patiënt: de patiënt neemt een actieve rol waar hij/zij dat wil én kan!

Zorgstandaard

Het derde speerpunt is de ontwikkeling en implementatie van zorgstandaarden door zorgaanbieders en patiënten, mede vastgesteld door zorgverzekeraars. De ‘zorgstandaard’ beschrijft waar goede zorg voor een specifieke aandoening minimaal aan moet voldoen, gezien vanuit het patiëntenperspectief (Vaar-

werk & Formsma, 2010). Het is de minimum norm voor goede zorg.

Vaarwerk & Formsma (2010) beschrijven wat een zorgstandaard zou moeten zijn en welke centrale onderdelen een zorgstandaard zou moeten bevatten.

Een zorgstandaard geeft vanuit het patiëntenperspectief een functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie en zorg voor een bepaalde chronische ziekte gedurende het complete zorgcontinuüm. De functionele beschrijving daarvan moet gebaseerd zijn op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten, zoals medisch inhoudelijke richtlijnen en protocollen. De richtlijn beschrijft in detail de inhoud van de zorg en is voor de zorgprofessional een richtinggevend hulpmiddel bij beslissingsondersteuning (CBO, 2004).

Onderdelen van het model zorgstandaard zijn:

1. Het ziektespecifieke deel. Dit omvat de vier onderscheiden fasen van het complete zorgcontinuüm van een individuele patiënt met een bepaalde chronische ziekte. De zorgvraag, en dus de inhoud van het zorgproces, verschilt per fase van een chronische aandoening.
 - a. vroege onderkenning en preventie;
 - b. diagnostiek van de betreffende chronische ziekte;
 - c. opmaken van het individuele zorgplan en instellen van de behandeling en
 - d. begeleiding, revalidatie, arbeidsreïntegratie, maatschappelijke participatie en relapspreventie
2. Generieke zorg.

Hierin staan de modules die op meer dan één ziekte van toepassing zijn en de bijbehorende ziektespecifieke adenda. Een zorgmodule beschrijft vanuit het patiëntenperspectief de zorg betreffende een zorgvraag die voor meer dan één chronische ziekte relevant is. Er is in ieder geval aandacht voor behandeling, begeleiding en de kwaliteitsindicatoren.
3.
 - a. Organisatiestructuur van het zorgproces en kwaliteitsbeleid.

Zorgstandaard-afhankelijke kenmerken: beschrijving van de aspecten van de ketenorganisatie die speciaal van toepassing zijn op de ziekte van de betreffende zorgstandaard.
 - b. Algemene (zorgstandaard-onafhankelijke) kenmerken: beschrijving van algemeen geldende aspecten van de ketenorganisatie, zoals het individuele zorgplan, elektronisch patiëntendossier en communicatie, vast aanspreekpunt, ondersteuning van zelfmanagement en samenwerkingsafspraken tussen zorgprofessionals.
 - c. Kwaliteitsbeleid met betrekking tot de organisatie en organisatiestructuur: beschrijving van de beleidscyclus voor de kwaliteitsbewaking en -bevordering van de organisatie(structuur).
 - d. Gegevens ten behoeve van kwaliteitsinformatie betreffende de organisatie(structuur).
4. Kwaliteitsindicatoren.

Het bewaken en bevorderen van kwaliteit vereist een methodische benadering die structureel is ingebed in de organisatie van het zorgproces. Op basis van elektronische data die per fase van het ziekteproces moeten worden vastgelegd, wordt gekeken naar proces-, uitkomst en structuurindicatoren.

Een zorgstandaard heeft als gebruiksdoelen: het opstellen van een individueel behandelplan, de transparante communicatie tussen patiënt en zorgverleners, de informatievoorziening en het voeren van een adequaat kwaliteitsbeleid. Het voornaamste doel is echter het bevorderen van optimale zorg voor mensen met een chronische ziekte. Optimale zorg is gericht op verminderen van ziektelast en verbeteren van de kwaliteit van leven. Het is dus niet de bedoeling dat een zorgstandaard uitmondt in standaardzorg. Hij kan wel worden gebruikt als basis voor een zorgprogramma, een operationalisering van een zorgstandaard door samenwerkende zorgverleners in een bepaalde regio. Als normstellend document is een zorgstandaard het uitgangspunt voor de beschrijving van de te leveren prestatie en daarmee richtinggevend voor de aanspraken en de bekostiging; er is immers alleen een betaaltitel wanneer de prestatie in een NZa-beleidsregel is gedocumenteerd.

Inmiddels worden de zorgstandaarden voor diabetes en cardiovasculair risicomanagement en COPD toegepast. Aan zorgstandaarden voor hartfalen, obesitas en depressie wordt gewerkt. Naar verwachting zullen ook voor andere chronische ziekten en condities zorgstandaarden worden ontwikkeld. Het IGZ gaat toezicht houden op de kwaliteit van deze zorg en ondersteunt de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor de ketenzorg voor diabetes, COPD, hartfalen en cardiovasculair risicomanagement.

In het kader van het programma Diseasemanagement van ZonMw heeft het coördinatieplatform Zorgstandaarden in 2010 een model voor de zorgstandaard opgesteld. Deze ‘standaard voor zorgstandaarden’ - ook wel aangeduid als ‘meta-zorgstandaard’ - heeft alleen betrekking op individuele zorg en - preventie. Nu moeten de bestaande standaarden op elkaar worden afgestemd, passend binnen het model.

Functionele bekostiging

Het vierde speerpunt is de functionele of integrale bekostiging. ‘Integrale bekostiging’ houdt in dat een hoofdcontractant met de verzekeraar een vaste prijs afsprekt en kwaliteitsafspraken maakt op basis van de zorgstandaard voor de gehele behandeling van de populatie patiënten met de betreffende aandoening voor een kalenderjaar. Integrale bekostiging stimuleert zo de zorgverleners om samen te werken.

Tot 2010 was het gebruikelijk dat de zorg op uiteenlopende wijze werd bekostigd en gefinancierd, afhankelijk van het type aanbieder dat zorg levert. In de eerste lijn zijn er hoofdzakelijk tarieven per verrichting of per uur per beroepsgroep. Deze eerstelijnszorgtarieven zijn niet of nauwelijks gerelateerd aan het type zorgvraag.

In 2010 is voorzichtig gestart met de invoering van de ketendbc in de huisartsenpraktijk. Dit is een vorm van functionele bekostiging van chronische zorg, waarbij schotten tussen individuele beroepsbeoefenaren (met elk hun eigen bekostigingsmethodiek) worden doorbroken en de zorg 'patiëntvolgend' wordt gefinancierd.²⁵ Functionele bekostiging gaat uit van de zorgvraag van de patiënt of de aandoening van de patiënt (vraagsturing) en is niet gebaseerd op de hulpverlener of organisatie (aanbodsturing).

Een voorwaarde voor het werken op basis van functionele of integrale bekostiging in de vorm van ketendbc's is de aanwezigheid van een zorgstandaard.²⁶ Vanaf 2010 biedt de beleidsregel Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen van de Nza (beleidsregel CV-7000-5.0.-1) het kader voor de contractering van de vooral eerstelijnszorg rondom chronische aandoeningen diabetes mellitus type 2, vasculair risicomanagement en COPD.

Vanaf 2010 is het mogelijk om tussen een zorgverzekeraar en een groep zorgverleners, verenigd in een zorggroep, af te spreken om op basis van een geldende zorgstandaard één bedrag voor een pakket zorg te ontvangen, in plaats van een bedrag per verrichting. Zo kunnen zorgaanbieders van diverse disciplines de zorgonderdelen uit de geldende zorgstandaard in samenhang en in samenwerking met de betreffende patiënt aan de patiënt leveren. Momenteel gaat het nog alleen om bekostiging van de zorg geleverd door professionals als huisarts, praktijkondersteuner huisartsen (POH), nurse practitioner (NP), verpleegkundig specialist, medisch specialist (consultatie, maar ook bijv. oogonderzoek bij diabetes), diëtist en andere professionals), de organisatiekosten en de kosten van de ICT.

De beleidsregel omvat vooralsnog niet de kosten voor acute zorgvragen in avond, nacht of weekend, geneesmiddelen, diagnostiek en hulpmiddelen en de zorg geleverd op basis van de AWBZ. De bekostiging vindt alleen plaats op basis van een overeenkomst tussen hoofdcontractant, de zorgcoördinator, en zorgverzekeraar. In de overeenkomst kunnen alleen de prestaties worden meegenomen die op dat deel van de zorgstandaard betrekking hebben dat inhoud en levering beschrijft, nadat de diagnose is vastgesteld. De hoofdcontractant ontvangt het gehele bedrag voor het hele behandelpakket en sluit met de zorgverleners in de keten contracten af op basis van onderlinge dienstverlening. Op basis hiervan kunnen deze zorgverleners hun kosten declareren.¹ De tarieven zijn vrij, maar er worden wel twee prestatie componenten onderscheiden, een prestatie component voor de verzekerde zorg en een voor de onverzekerde zorg. Is de overeenkomst afwezig dan gelden de normale tarieven per verrichting. Verzekeraars hebben gezamenlijk met de NPCF een aantal basale randvoorwaarden voor ketencontractanten beschreven die zorgverzekeraars gaan hanteren. Deze hebben betrekking op organisatie, kwaliteit, transparantie en administratie.

Inmiddels is het kabinet Rutte aangetreden. Speerpunt in het beleid van dit kabinet is betrouwbare basiszorg; de eerstelijnszorg moet nabij, toegankelijk en bereikbaar zijn.²⁷ De eerste lijn is aangewezen om zo veel mogelijk zorg bij de patiënt thuis of in de directe omgeving te bieden. Zo wil het kabinet het gebruik van specialistische zorg beperken: snelle signalering en diagnose maakt vroegtijdig ingrijpen mogelijk en voorkomt (blijvende) gezondheidsschade. Om dit te bereiken is passende beloning voor goede vormen van samenwerking en zorgverlening vereist, maar ook meer mogelijkheden om te innoveren, uitbreiding en/of aanpassing van opleidingen en verruiming in bevoegdheden voor mensen in nieuwe beroepen. Tenslotte krijgen het kwaliteitsinstituut en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) de taak om transparantie, kwaliteit, doelmatigheid en veiligheid in samenhang te ontwikkelen; daarbij hebben ook zorgverzekeraars (door middel van zorg-inkoop, informatie en voorlichting richting patiënt) en zorgaanbieders een eigen rol en verantwoordelijkheid.

Aansluitend wordt in het beleid gericht op de langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning vertrouwen gezien als de basis voor zorg. Centraal staat daarin de wederkerigheid in de relatie tussen iemand die afhankelijk is en iemand die zorg en ondersteuning geeft.²⁸ Bij het realiseren van dit vertrouwen is er veel aandacht voor de zorgverlener en de patiënt. Het gaat om zorg op maat, binnen handbereik en passend bij de vraag en in een normaal leven. Beheer en controle moeten plaats maken voor vertrouwen en ruimte, vooral tussen patiënt en zorgprofessional. Belangrijke elementen zijn:

- waardering voor het werk van professionals, het verbeteren van hun weerbaarheid en invloed op de organisatie van het werk krijgen extra aandacht;
- de patiënt krijgt wettelijk vastgelegde rechten, maar wordt ook aangesproken op de eigen verantwoordelijkheid;
- de kracht van de samenleving, zoals blijkt uit een groot aantal vrijwilligers en mantelzorgers, is allereerst aangewezen om de patiënt te ondersteunen;
- de gemeente de poortwachter voor ondersteuning die mensen nodig hebben om te participeren in de maatschappij. Verbinden, integraliteit en maatwerk staan hier voorop.

3.3 Functies in de eerste lijn

De veranderingen, zoals die sinds 2008 zijn voorgesteld, hebben consequenties voor de mensen die in de zorg werkzaam zijn. Zij moeten hun werkwijze aanpassen; er worden andere eisen gesteld aan hun resultaten en aan de communicatie met patiënten, vakgenoten en beroepsbeoefenaren in de zorg met een andere expertise. Daarom wordt in de komende paragrafen een beeld geschetst van de huidige beroepenstructuur in de zorg voor chronisch zieken. Vanwege de reikwijdte van het Chronic Care Model wordt daarbij vooral ingezoomd op de eerste lijn. Uitgangspunt daarbij is de functie-indeling van de eerstelijnszorg, zoals die door Plexus in opdracht van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) in 2008 is gepresenteerd (Quak et al. 2008). Plexus deelt de eerstelijnszorg op in specialismen en functies. De functies verschillen van elkaar soms in niveau, maar altijd in taken, verantwoordelijkheden en competenties (zie onderstaand schema, waarin de acute zorg ontbreekt).

Zo worden in de huisartsgeneeskundige zorg vier expertiseniveaus onderscheiden. Dit zijn de academisch geschoolde huisarts, de verpleegkundig specialist op functieniveau 5, de praktijkverpleegkundige op niveau 4 (HBO) en de praktijkassistent (MBO). Deze indeling is echter in beweging. Nieuw is de functie van nurse practitioner (NP), de functie van wijkverpleegkundige wordt herontdekt en ondersteunende beroepen als praktijkassistent en praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) differentiëren zich. Vanwege de sleutelrol van de huisartsenpraktijk in de eerste lijn wordt in de volgende paragraaf specifiek aandacht besteed aan deze beroepen en functies. In paragraaf 3.5 is een korte beschrijving opgenomen van een aantal functies in zorg en welzijn, die vaak binnen grotere organisatorische verbanden worden vervuld. In bijlage 1 is informatie te vinden over taken en competenties van deze beroepsgroepen. De overige beroepsgroepen en functies in de eerste lijn worden in deze studie niet besproken.

Expertise	Academisch	HBO	MBO
Huisartsengeneeskunde	Huisarts	specialistisch verpleegkundige, NP, praktijkverpleegkundige POH	praktijkassistent
Farmacie	Apotheker	farmakundige	praktijkassistent
Tandheelkunde	Tandarts	mondhygiënist	praktijkassistent
Psychologie	Eerstelijns psycholoog	sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, maatschappelijk werkende	-
Verpleging/verzorging	-	wijkverpleegkundige	verzorgende
Verloskunde	-	verloskundige	kraamverzorgende
Paramedische zorg	-	verschillende soorten therapeuten, diëtist en logopedist	

Begrippenkader

Alvorens echter in te gaan op de beroepen, functies en taken van de beroepsbeoefenaren in de eerste lijn, volgt eerst een korte beschrijving van de begrippen. Daarvoor maak ik gebruik van het begrippenkader dat door het NIZW in 2006 is opgesteld (Vlaar et al. 2006). Daarin wordt een ‘beroep’ gezien als: “een geheel van met elkaar samenhangende beroepsactiviteiten, gemeenschappelijk aanvaarde theoretische en ethische uitgangspunten en methodieken, waarvan de aard en de onderlinge samenhang onafhankelijk zijn van specifieke arbeidsorganisaties.” In de individuele gezondheidszorg zijn beroepen vastgelegd in de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG). De wet deelt verantwoordelijkheden en bevoegdheden toe en stelt voor een aantal beroepen registratie verplicht. De meeste beroepsgroepen hebben hun eigen beroepsvereniging, die het beroepsprofiel en de beroepscode vaststelt. Beroepsprofielen beschrijven wat personen of instanties van een beroepskracht kunnen verwachten en welke rol die beroepskracht heeft in relatie tot aanverwante beroepsgroepen of andere partijen. Het geeft een herkenbare en inzichtelijke omschrijving van taken en competenties van beroepskrachten in de betreffende beroepsgroep.

Per organisatie worden activiteiten ondergebracht in kerntaakgebieden of functies. Een ‘functie’ wordt opgevat als een geheel van beroepsactiviteiten dat in een specifieke arbeidsorganisatie tot de verantwoordelijkheid van een beroepskracht behoort. Daarbij is een verantwoordelijkheid een plicht om rekenschap af te leggen.

NIZW - en later zijn rechtsopvolger MOVISIE - beschrijft een functie aan de hand van kerntaken en kernopgaven. Met 'kerntaken' wordt bedoeld op: "een set van inhoudelijk samenhangende beroepsactiviteiten die door een belangrijk deel van de beroepskrachten in een bepaald beroep of een bepaalde functie worden uitgeoefend en die kenmerkend zijn voor dat beroep of die functie". Onder 'kernopgaven' wordt verstaan: "keuzes, dilemma's, problemen, spanningsvelden en/of kansen waarmee een beroepskracht in zijn beroep of functie regelmatig in aanraking komt, die kenmerkend zijn voor het beroep of de functie en waarbij van de beroepskracht een oplossing en een aanpak worden verwacht".

Om kerntaken en -opgaven uit te voeren moet men beschikken over competenties. Per beroepsgroep zijn competentieprofielen opgesteld. Het NIZW omschrijft 'competenties' als "een geïntegreerd geheel van kennis, inzicht, vaardigheden, attitudes en persoonlijke eigenschappen waarmee op adequate wijze resultaten kunnen worden behaald in een beroepscontext, een leercontext of maatschappelijke context." Er wordt vanuit gegaan dat competenties verder kunnen worden ontwikkeld.

3.4 De huisartsenpraktijk

Huisarts

In 2005 is in het Project Vernieuwing Huisartsenzorg een competentieprofiel afgescheiden voor de huisarts. Startpunt voor het beroepsprofiel van de huisarts is het Canmeds-rapport.²⁹ Dit onderkent zeven rollen in het professionele handelen van de arts: (1) Medical expert/clinical decision maker, (2) communicator, (3) collaborator, (4) scholar, (5) health advocate, (6) manager, (7) professional. Overeenkomstig dit model worden in het beroepsprofiel van de huisarts zeven taakgebieden onderscheiden. Ieder taakgebied vertegenwoordigt een serie competenties op een bepaald terrein van het handelen van de huisarts. Van de specialistische opleidingen wordt verwacht dat zij opleiden volgens de zeven algemene competenties uit het CHVG kaderbesluit 2004 van het Centraal College Medisch Specialismen.³⁰

De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor mensen met vragen of problemen over gezondheid en ziekte. Hij is generalist en levert zowel diagnostische, therapeutische als preventieve medische zorg, gericht op het individu. De communicatie met

de patiënt is daarvoor de basis. Hij bepaalt de urgentie van de zorgvraag, diagnosticeert (inclusief differentiaal diagnostiek) en indiceert voor therapeutische behandeling. Vervolgens kan hij zelf de (niet-)complexe behandeling verzorgen, verwijzen naar de aanvullende eerste- of tweedelijnszorg en/of medicatie voorschrijven. Binnen de huisartsenpraktijk is de huisarts eindverantwoordelijk voor het stellen van een diagnose, het vervolgens formuleren van het behandelbeleid en het verwijzen buiten de voorziening.

Daarnaast begeleidt en adviseert de huisarts mensen tijdens en na hun ziekte. Daarbij werkt hij samen met andere zorgverleners. Hij deelt wetenschappelijke kennis en - waar nodig - patiëntinformatie met collega's en andere zorgverleners. Hij organiseert zijn praktijk en het zorgproces rondom de patiënt. Daarbij zijn effectiviteit, efficiency, continuïteit veiligheid en kwaliteit van zorg kernbegrippen voor hem.

Er dreigt een tekort aan huisartsen. Redenen hiervoor zijn volgens de NFU, Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (Wildeboer, 2010):

- de nadruk ligt op aantallen te behandelen patiënten in plaats van op kwaliteit van zorg;
- taakverzwaring en taakuitbreiding door substitutie vanuit de tweede lijn naar de huisarts;
- in de huisartsenzorg gelden lange werktijden en lage inkomsten (in vergelijking met de specialist);
- voor patiënten zijn er lange wachttijden, met als gevolg ontevredenheid;
- de opleiding levert de huisarts onvoldoende bagage om adequaat op de zorgvragen te reageren;
- veel artsen zullen de komende jaren met pensioen gaan of in deeltijd gaan werken.

Traditioneel voerde elke huisarts een eigen praktijk. Later zijn zij steeds meer in maatschappen gaan werken. Het aantal huisartsen onder hen dat solo werkt, neemt de laatste jaren sterk af en lag in 2007 op 22% van het totaal aantal huisartsen.³¹ Het percentage huisartsen in een groepspraktijk van drie of meer huisartsen is gestegen naar 48%. Slechts ca. 15% werkt als huisarts in dienst van een huisarts. De laatste jaren ontstaan er nieuwe samenwerkingsverbanden, die ertoe leiden dat steeds vaker regionale of lokale centralisering van zorg plaatsvindt.

Zo werken huisartsen samen om buiten kantooruren (avond, nacht, weekend) huisartsenzorg te bieden; veelal doen ze dat vanuit de centrale huisartsenposten (HAP), sommigen vanuit huis. Sinds 2006 werken huisartsen met elkaar samen bij de onderhandelingen met zorgverzekeraars. Dit gebeurt bijvoorbeeld door leden van de LHV in de regionale LHV-kring van circa 300 leden.

Een andere, veel voorkomende losse vorm van horizontale samenwerking tussen huisartsen is die van de zorggroep. Volgens de LVG zijn ‘zorggroepen’: “organisaties (van overwegend eerstelijnszorgaanbieders) die met zorgverzekeraars contracten sluiten om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren met als doelstelling de kwaliteit van zorg te verbeteren.”³² (zie ook het kader bij functionele bekostiging). De zorggroep richt zich op de uitvoering van (keten)zorgprogramma’s. Het zijn organisatorische en juridische entiteiten die de verantwoordelijkheid voor de zorgverlening op het gebied van één of meerdere zorgproblemen op zich nemen. Vrijwel overal bestaan deze groepen niet alleen uit huisartsen met bijzondere interesse in het onderwerp van zorg, maar uit alle huisartsen die binnen een regio werkzaam zijn. De huisartsenmonitor 2008 van de NZA laat zien dat zorggroepen gemiddeld uit 76 tot zo’n 200 huisartsen bestaan. Er zijn zo’n 100 zorggroepen en ca. 80% van de huisartsen behoort tot een zorggroep.

Een derde veel voorkomende samenwerkingsvorm is die van het gezondheidscentrum. Hier gaat het om een multidisciplinaire vorm van samenwerking van eerstelijnszorgverleners op één locatie. Het is een uitwerking van de één-loketbenadering. Zo kan de zorg beter rondom een patiënt worden georganiseerd. Vaak vindt er coördinatie plaats tussen zorgverleners en soms wordt tweedelijnszorg aangeboden. Ook deze samenwerkingsvorm wordt meegenomen in de afspraken met zorgverzekeraars over de bekostiging van de ketenzorg.

Verpleegkundige

De verpleegkundige heeft een beroepsregister (artikel 3 van de Wet BIG) en de beroepstitel is dus beschermd. De beroepsgroep heeft vier hoofdtaken: (1) het bevorderen van gezondheid, (2) het voorkomen van ziekten, (3) het herstellen van gezondheid en (4) het verlichten van het lijden. Artikel 33 Wet BIG omschrijft het deskundigheidsgebied van verpleegkundigen en onderscheidt:

- a. het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging;
- b. het ingevolge een opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.

Verpleegkundigen hebben functionele zelfstandigheid voor bepaalde handelingen en vallen onder de toepassing van het medisch tuchtrecht.

Momenteel kent de verpleegkundige beroepsstructuur drie beroepsniveaus. Voor het beroep verpleegkundige bestaan opleidingen op mbo- en hbo-niveau. De verpleegkundige met een mbo-opleiding bevindt zich op beroepsniveau 3. De achtergrond van de praktijkverpleegkundige (niveau 4) en de verpleegkundig specialist (niveau 5) is hbo. Daarbinnen kunnen verpleegkundigen zich weer verder specialiseren naar patiëntengroep of setting waarin zorg wordt verleend. Volgens het overzicht van Plexus werken in de huisartsenpraktijk uitsluitend niveau 4- en niveau 5-verpleegkundigen. De praktijkverpleegkundige op niveau 4 houdt zich bezig met eenvoudig protocollerebare behandeling, eenvoudige verzorging en het verstrekken van zelfzorgadviezen. De verpleegkundige op niveau 5 richt zich op matig complexe behandeling bij chronische klachten en controles bij chronische ziektebeelden, complexe verzorging, voorschrijven van herhaalmedicatie en verwijzing binnen de eerste lijn.

Het VBOC stelde in 2006 een nieuwe beroepsstructuur voor (Meurs & Rooijen (reds.), 2006). Hierin ging men uit van een verticale en een horizontale indeling. Verticaal zou er in plaats van een driedeling een tweedeling overblijven, bestaande uit de verpleegkundige (mbo) en de verpleegkundig specialist (hbo). Horizontaal zou er een functiegerichte indeling in de deelgebieden preventieve zorg, acute zorg, intensieve zorg en chronische zorg komen. Per deelgebied werd een onderscheid gemaakt naar aard van de aandoening: somatisch aan de ene kant en psychisch en/of gedragsmatig aan de andere. Zo zouden er acht clusters ontstaan.

De HBO-Raad heeft het niveau van hbo-opleidingen in 1999 omschreven. Het komt samengevat neer op:

- Brede professionalisering: het zelfstandig uitoefenen van een beroep;
- (multidisciplinaire) integratie van kennis, inzichten, houdingen en vaardigheden;
- toepassing van relevante (wetenschappelijke) inzichten, theorieën, concepten en onderzoeksresultaten bij vraagstukken waarmee men in de beroepsuitoefening wordt geconfronteerd;
- transfer en inzetbaarheid van kennis, inzichten, e.d. in uiteenlopende situaties;
- omgaan met vraagstukken in de beroepspraktijk, waarvan het probleem niet op voorhand duidelijk is omschreven en waarop standaardprocedures niet van toepassing zijn;
- het op basis van relevante kennis en (theoretische) inzichten zelfstandig definiëren en analyseren van complexe probleemsituaties in de beroepspraktijk;
- het in dit licht ontwikkelen en toepassen van zinvolle (nieuwe) oplossingsstrategieën en het beoordelen van de effectiviteit van deze oplossingsstrategieën;
- het stellen van realistische doelen, het plannen c.q. planmatig aanpakken van werkzaamheden;
- het reflecteren op het (beroepsmatig) handelen, op basis van het verzamelen en analyseren van relevante informatie;
- communiceren en samenwerken met anderen zodat wordt voldaan aan de eisen die participatie in een arbeidsorganisatie stelt;
- eenvoudige leidinggevende taken kunnen uitvoeren.

In de themabijeenkomsten werd erop gewezen dat er behoefte is aan hbo-geschoolde verpleegkundigen met analytische en persoonsgerichte vaardigheden. Er moet in de opleiding specifiek aandacht zijn voor probleemanalyse en het in overleg zoeken naar alternatieve oplossingen.

De voorgestelde indeling is nog niet helemaal de praktijk. Wel heeft de verpleegkundig specialist³³, waaronder ook de nurse practitioner wordt gerekend, zijn officiële intrede gedaan (artikel 14 van de wet BIG). De verpleegkundig specialist is professional master en werkt inmiddels in vijf sectoren: preventieve, acute, intensieve, chronische en geestelijke gezondheidszorg. Afhankelijk van het werkgebied is het juridisch kader voor de verpleegkundig specialist onder meer de wet BIG, de WGBO, de Kwaliteitswet zorginstellingen en de BOPZ. Naast de verpleegkundige kerntaken richt een verpleegkundig specialist zich op de ziekte zelf. Hij geeft zelfstandig vorm aan het zorgproces en gaat binnen het eigen deskundigheidsgebied een zelfstandige behandelovereenkomst aan. Hij beslist binnen het eigen deskundigheidsgebied zelfstandig over de uit te voeren interventies, verwijst waar nodig de patiënt door en beschikt over de bevoegdheid tot het zelfstandig indiceren. Hij is expert op een deelgebied van de verpleegkundige beroepsuitoefening en maakt daarbij gebruik van inzichten uit andere deskundigheidsgebieden. De verpleegkundig specialist is verantwoordelijk voor de werkzaamheden binnen zijn behandelrelatie, binnen het eigen deskundigheidsgebied. Het verschil in wettelijke bevoegdheden tussen de verpleegkundige ex art. 3 en verpleegkundig specialist ex art. 14 zit met name in de bevoegdheid tot het zelfstandig indiceren en uitvoeren van een aantal voorbehouden handelingen, zoals heelkundige handelingen, catheterisaties, injecties, puncties, electieve cardioversie, defibrillatie en het uitschrijven van geneesmiddelen op recept.

Praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH)

Praktijkondersteuners functioneren op HBO-niveau en kunnen behalve in de huisartsenzorg ook werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidszorg of het asielzoekerscentrum. De functie wordt vervuld door praktijkverpleegkundigen of praktijkassistenten met een aanvullende opleiding. Praktijkondersteuners hebben als zodanig geen BIG-registratie. De functie praktijkondersteuner is vrij nieuw. In 2000 deed de praktijkondersteuner in de huisartsenzorg zijn intrede. Praktijkondersteuners huisartsen (POH) worden ingezet om de (ervaren) werkdruk van huisartsen te verminderen, de samenwerking tussen huisartsen te bevorderen en de kwaliteit van de huisartsenzorg te verbeteren. Momenteel is in 80% van de huisartsenpraktijken een praktijkondersteuner actief (Glimmerveen & Gunst, 2010).

Praktijkondersteuners huisartsenzorg (POH) werken vaak voor meerdere huisartsen in dezelfde regio. De POH verleent gedele-

geerde medisch-inhoudelijke huisartsgeneeskundige zorg. Hij begeleidt mensen met een chronische ziekte (bijvoorbeeld diabetes, hoge bloeddruk) of is casemanager. Net als de huisarts heeft de POH het beroepsgeheim; hij werkt eveneens volgens voor de beroepsgroep gebruikelijke richtlijnen (zoals NHG-standaarden). De praktijkondersteuner als casemanager wordt vooral ingezet als er sprake is van multimorbiditeit. Deze praktijkondersteuner werkt wel in opdracht van de huisarts, maar éénmaal ingeschakeld neemt hij een flink stuk van de regie over het zorgplan in handen. Hoewel deze ondersteuner vaak onder weg is en regelmatig ‘achter de voordeur’ van patiënten kijkt, werkt hij vanuit de praktijk van de huisarts en wordt door hem aangestuurd.

Ook aan het beroepsprofiel voor de praktijkondersteuner, dat dit jaar door de LHV werd uitgebracht, ligt het Canmeds model ten grondslag (Glimmerveen & Gunst, 2010). Centraal staat het vakinhoudelijk handelen. Dit omvat alle zorgactiviteiten die de praktijkondersteuner ontplooit naar aanleiding van klachten, problemen en vragen over ziekte en gezondheid bij patiënten bij wie de diagnose door de huisarts is gesteld. De kern van het handelen bestaat uit patiënteneducatie, begeleiden, controleren van het ziektebeloop en signalering van mogelijk optredende complicaties. De communicatie van de POH met patiënten, andere zorgverleners en praktijkmedewerkers is erop gericht een constructieve dialoog te ontwikkelen dan wel te onderhouden en zorg te dragen voor een zorgvuldige besluitvorming. De praktijkondersteuner participeert in een netwerk van functionele samenwerkingsrelaties, zowel binnen de eigen huisartspraktijk(en) als daarbuiten. Het gaat hierbij om het optimaal gebruik maken van elkaars expertises en het afstemmen van zorg.

De praktijkondersteuner moet de eigen zorgverlening binnen de huisartsenpraktijk(en) doelgericht organiseren en daarbij de beschikbare mensen en middelen efficiënt en effectief inzetten. Hij moet daarbij rekening houden met de belangen van de praktijk en met de taken en activiteiten van andere teamleden, externe zorgverleners en instanties. Verder dient hij zijn functie maatschappelijk verantwoord uit te oefenen en wetenschappelijke kennis en gesystematiseerde ervaringskennis te verwerven, toe te passen en binnen de eigen deskundigheidsgebieden over te dragen. De principes van evidence-based medicine vormen hierbij het uitgangspunt. Tenslotte dient hij de eigen professionele rol in zorgverlening en praktijkvoering te ontwikkelen en onderhouden.

Doktersassistent

NIZW Professionalisering heeft in 2004 in opdracht van de Vereniging voor Doktersassistenten een beroepsprofiel voor de doktersassistent of - misschien meer passend bij de realiteit - de praktijkassistent opgesteld. De belangrijkste typen organisaties waar de doktersassistenten werken, zijn de huisartsenpraktijk, huisartsenpost, polikliniek, sociale gezondheidszorg en de jeugdgezondheidszorg. De doktersassistent werkt in opdracht van de werkgever, vaak de behandelaar, maar kan ook opdrachten ontvangen van de praktijkondersteuner, de verpleegkundige of anderen. De functie van de doktersassistent is te omschrijven als: “Het helder krijgen van de zorgvraag, (zelfstandig) handelen en adviseren conform protocollen en het scheppen van randvoorwaarden zodat de behandelaar efficiënt en effectief de zorgvrager kan helpen/behandelen.” Zijn rollen zijn uitvoerend, ondersteunend en adviserend.

De kerntaken zijn: (1) voeren van de intake, (2) adviseren en voorlichten, (3) uitvoeren van handelingen in het kader van de individuele gezondheidszorg, (4) organiseren van werkprocessen en vastleggen van gegevens. De doktersassistent verzorgt de eerste toegang tot de zorg, doet een eerste urgentiebepaling en eenvoudige ondersteunende behandelingen. Daarnaast zijn er organisatiegebonden taken. Het betreft samenwerken en afstemmen met collega's en andere disciplines. Tenslotte worden de professiegebonden taken genoemd. Deze hebben te maken met de eigen deskundigheidsbevordering, kwaliteitsontwikkeling van het werk en professionalisering en profilering.

De doktersassistent moet een koppeling leggen tussen het eigen handelen en adviseren en het uiteindelijk resultaat dat de zorgvrager wil bereiken. Hij moet de gevolgen van eigen handelen overzien en kunnen afstemmen op het handelen van directe collega's. Aan de handelingen die de doktersassistent uitvoert zijn vaak risico's verbonden voor de zorgvrager of zichzelf. De doktersassistent deelt zelfstandig de eigen werkzaamheden in en moet snel kunnen schakelen tussen verschillende (soorten) werkzaamheden. Hij stelt prioriteiten en moet zelfstandig beslissingen nemen waarbij de overwegingen complex zijn en de mogelijke gevolgen onduidelijk. Hij voert de werkzaamheden uit volgens professionele richtlijnen, protocollen en richtlijnen van de organisatie.

De doktersassistent is verantwoordelijk voor zowel de uitvoering van eigen kerntaken als de afstemming hiervan op zorgverlening door anderen, voor zowel de gang van zaken tijdens de werktijd als voor het waarborgen van de continuïteit in de werkprocessen. Tot de verantwoordelijkheid en deskundigheid behoren ook het uitvoeren van voorbehouden en/of risicovolle handelingen in opdracht van een zelfstandig bevoegde (art. 39 BIG). Hiervoor gelden voorwaarden: de doktersassistent moet bekwaam zijn de handeling uit te voeren en de zelfstandig bevoegde moet — indien redelijkerwijs nodig - aanwijzingen geven, toezicht houden en de mogelijkheid van zijn tussenkomst voldoende verzekeren.

3.5 Functies in eerstelijnsorganisaties

In de vorige paragraaf werd aandacht besteed aan dat deel van de eerstelijnszorg die de behandeling van gezondheidsklachten voor haar rekening neemt. Daarnaast zijn er in de eerste lijn ook organisaties die verpleging en verzorging aanbieden. Deze zorg wordt gefinancierd vanuit de AWBZ of de Wmo. Het kan gaan om kleinere instellingen, maar er zijn ook grotere organisaties, zoals de thuiszorgorganisaties.

Voor de werkers in de sector zorg en welzijn werd in 2005 een beroepenstructuur ontwikkeld. Het gaat om de voornaamste beroepen en functies op hbo- en mbo-niveau uit het primaire proces van de zorg-, hulp- en dienstverlening uit de branches welzijn & maatschappelijke dienstverlening, jeugdzorg, kinderopvang, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg.³⁴ Met deze beroepenstructuur beoogde men een systematische ordening en beschrijving van met elkaar samenhangende beroepen en functies te maken.

Domeinen

In de beroepenstructuur zijn de beroepen in domeinen onderscheiden: het sociaal-agogisch domein, een deel van het verplegende en verzorgende domein en het gedeeld gebied maatschappelijke zorg.

- In het sociaal-agogisch domein gaat het om het bevorderen van welzijn van de patiënt en het patiëntstelsel (een groep mensen, een organisatie of (een deel van) de samenleving. Het methodisch en doelgericht begeleiden en beïnvloeden van een patiëntstelsel staat centraal.

- In het domein Verpleging en verzorging houden beroepskrachten zich bezig met verzorgende, huishoudelijke, ondersteunende en begeleidende, preventieve en curatieve taken. Deze functies komen verderop aan bod.
- In de maatschappelijke zorg, een gedeeld gebied, is het uitgangspunt de totale persoon en alle elementen van de leefsituatie van de betrokkene en de omgeving. In dit gebied ligt het accent op het herwinnen of behouden van een zo optimaal mogelijke manier van functioneren.

Onder deze domeinen vallen clusters van activiteiten op het terrein van pedagogisch werk, maatschappelijke zorg en dienstverlening en sociaal-cultureel werk.

Niveaus

Functies in het primaire proces van de sector zorg en welzijn worden ingedeeld op basis van vier niveaus van beroepsuitoefening. Het niveau wordt bepaald aan de hand van een combinatie van de aspecten: complexiteit, transfer, verantwoordelijkheid en zelfstandigheid. (Hattum & Liefhebber 2004). Er worden vier niveaus onderscheiden:

- a. Assisteren: deze beroepskracht past kennis en vaardigheden toe in de eigen werksituatie, handelt op basis van routine en standaardprocedures en voert opdrachten uit onder verantwoordelijkheid van een beroepskracht op hoger niveau.
- b. Uitvoeren: de beroepskracht past kennis en vaardigheden toe in vergelijkbare werksituaties, bedenkt oplossingen in de eigen werksituatie en is aanspreekbaar op het eigen beroepsmatig handelen.
- c. Ontwerpen en uitvoeren: de beroepskracht past kennis en vaardigheden toe in uiteenlopende situaties, bedenkt creatieve oplossingen binnen en buiten de eigen werksituatie en is aanspreekbaar op het eigen beroepsmatig handelen en de gevolgen daarvan.
- d. Regie voeren: de beroepskracht vertaalt kennis en vaardigheden naar een andere aanpak met andere disciplines, bedenkt oplossingsstrategieën bij meervoudig complexe vragen en is aanspreekbaar op de aanpak, coördinatie, de continuïteit en op het resultaat.

De niveaus laten zien welke kerntaken een beroepskracht heeft, hoe deze worden uitgeoefend en met welke kernopgaven een beroepskracht in het werk te maken krijgt.

Om de kerntaken en kernopgaven te vervullen moet men beschikken over voor de sector geldende kernkwaliteiten, generieke competenties en vakspecifieke competenties. Als kernkwaliteiten worden genoemd betrokkenheid, empathie, assertiviteit, representativiteit en integriteit. De generieke competenties zijn: contactueel en communicatief vaardig, vraag- en oplossingsgericht, doel- en resultaatgericht, ondernemend en innovatief, inzichtelijk en verantwoord, professioneel en kwaliteitsgericht. De specifieke competenties die per vakgebied of functie zijn gedefinieerd, liggen op het terrein van gezondheid en ziekte, de algemene dagelijkse levensverrichtingen, de opvang en pedagogische hulpverlening, psychosociale hulpverlening of ondersteuning van participatie en burgerschap.

Verplegenden

In paragraaf 3.4.3 kwamen de verpleegkundigen aan bod die in huisartsenpraktijken werken. Veel verpleegkundigen met een MBO-opleiding (niveau 3) werken intramuraal vooral in ziekenhuizen, maar ook in verplegings- en verzorgingshuizen, de thuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg. In het beroepsprofiel van Movisie en Vilans (2006) worden voor deze beroepsgroep negen kerntaken onderscheiden (Liefhebber et al., 2006).

1. ondersteunen van de patiënt bij de persoonlijke basiszorg;
2. verpleeg-technisch handelen;
3. begeleiden van de zorgvrager op psychosociaal gebied en zingeving;
4. ondersteunen van de patiënt en mantelzorger bij het voeren van de regie over het eigen leven (zelfmanagement);
5. preventie toepassen door het geven van voorlichting, advies en instructie;
6. organiseren van zorg;
7. bijdragen aan de organisatie en het beheer van de werkeenheden;
8. bijdragen aan de bevordering van kwaliteit van zorg;
9. ontwikkelen en professionaliseren van het beroep.

De wijkverpleegkundige wordt gezien als de spil in de zorg bij mensen thuis. Was de wijkverpleegkundige voorheen vooral werkzaam in de thuiszorg, nu wordt de functie ook ingezet vanuit een regionale zorgorganisatie, een huisartsenpraktijk of een gezondheidscentrum.³⁵ Wijkverpleegkundigen hebben een HBO achtergrond en zijn deskundig in drie domeinen: zorg, organisatie van zorg en beroep. De kern van het beroep wordt

gevormd door de zorg voor zieken, gehandicapten en stervenden, het bieden van individuele en collectieve preventie en het geven van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO). De wijkverpleegkundige verleent daarbij zowel verpleegkundige, medisch-technische, psychosociale palliatieve als terminale zorg. Op het domein organisatie houdt de wijkverpleegkundige zich bezig met de zorg voor de mantelzorger, de zorgprogrammering en het zorgbeleid, werkbegeleiding en kwaliteitszorg. Hij speelt een rol bij de indicatie, zorgt voor integraal zorgaanbod en treedt als coach op richting andere zorgverleners. Hij is voor de patiënt de verbindende schakel tussen zorgaanbieders die vanuit verschillende disciplines betrokken zijn in het zorgproces. En vanuit die functie van groot belang voor chronisch zieken. De wijkverpleegkundige helpt bij de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten en a.i.v.-programma's en draagt bij aan de organisatie waarbinnen hij functioneert. Op het domein beroep gaat het om beroepsinnovatie en professionele beroepsuitoefening. Hier moet hij binnen de code van zijn beroep en op zijn opleidingsniveau functioneren.

Kenmerkend voor de wijkverpleegkundige is dat hij achter de voordeur van de patiënt komt, fysiek in de wijk aanwezig is en daar nauwe banden met relevante spelers kan opbouwen. ZonMw is in 2009 gestart met het programma Zichtbare schakel, dat verbetering beoogt van de integrale aanpak tussen wonen, zorg en welzijn, te beginnen in de 40 aandachtswijken. Dit moet aan het einde van de looptijd in 2012 tot uitdrukking komen door aantoonbaar meer verpleegkundigen in de wijken actief te laten zijn. Het gaat om een wijkverpleegkundige die is opgeleid op kwalificatieniveau 5 (HBO-V). Een aantal functies van deze wijkverpleegkundige zullen worden versterkt.

1. Zorgverlenen en adviseren, verbinden en toeleiden.

Naast diagnose van gezondheidsproblemen en hun gevolgen adviseert hij over wonen, zorg en welzijn en ook bij onderwijs, werk en inkomen kan hij individu en aanbod samenbrengen en de instanties over de casuïstiek informeren.

2. Het vergroten van het bereik van interventies of het 'op

maat' maken van zorg passend bij de doelgroepen en context van de wijk). Het gaat om vraagverheldering

en

aanbod dat zowel individu- als groepsgericht kan zijn. Dit vereist contacten bewoners in de wijk, met de huisartsen, de GGZ verpleegkundige, de

jeugd(gezondheids)-
zorgjeugd(gezondheid)zorg en het maatschappelijk werk.

3. Registeren en volgen van patiënten met behulp van ICT-

toepassingen en domotica, gekoppeld aan patiëntvolgsystemen van andere zorgaanbieders.

4. Monitoren en beleidsgericht signaleren als feedback voor lokaal gezondheidsbeleid.

In huisartsenpraktijken, maar vooral in zorginstellingen en ziekenhuizen heeft de verpleegkundig specialist een vergelijkbare schakelfunctie. Daarnaast hebben sinds kort ook de physician assistants (PA) in ziekenhuizen deze functie. De PA, een nieuwe professional, verleent op hbo-masterniveau medische zorg binnen een deelgebied van de geneeskunde. De Nederlandse Associatie van Physician Assistants (NAPA) heeft in 2007 het beroepsprofiel opgesteld. De taken van de physician assistant omvatten het onderzoeken, behandelen en begeleiden van patiënten met veelvoorkomende aandoeningen binnen een bepaald medisch specialisme. In de dagelijkse praktijk ontvangt de PA supervisie en vakinhoudelijke richtlijnen van een medisch specialist. De PA is daarbij gebonden aan de richtlijnen en protocollen van het betreffende geneeskundig specialisme. Daarnaast houdt de PA zich bezig met het geven van onderwijs, het bijdragen aan wetenschappelijk onderzoek en het (mee)organiseren van de medische zorgketen voor patiënten ter bevordering van kwaliteit en continuïteit van zorg. Juist deze laatste functie is van belang voor de aansluiting tussen tweedelijns- en eerstelijnszorg.

Verzorgenden

Een verzorgende (niveau 3) heeft een opleiding of werkervaring op MBO-niveau. Een verzorgende stimuleert patiënten met een zorgvraag als gevolg van ziekte, stoornis, beperking of na een bevalling, ondersteunt hen of biedt compensatie bij niet-toereikende zelfredzaamheid op lichamelijk en psychosociaal gebied. De werkvelden waar verzorgenden werken, zijn verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg, kraamzorg, geeste-

lijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg, soms ook in ziekenhuizen. Volgens het beroepsprofiel dat Movisie in 2007 opstelde, ligt het werk op drie taakvelden: zorgverlening, organisatie en professionalisering.

Het taakgebied 'zorgverlening' is de kern van het werk. Het gaat erom een optimaal niveau van functionele autonomie en kwaliteit van leven te stimuleren, ondersteunen of behouden. De zorgvraag kan liggen op het gebied van gezondheid, woon-/leefomgeving, participatie en/of mentaal welbevinden. De verzorgende ondersteunt de patiënt bij de persoonlijke basiszorg, het wonen en een huishouden voeren. Daarbij zijn er enkele verpleeg-technische handelingen die verzorgenden mogen uitvoeren. Verder bieden ze ondersteunende begeleiding en geven voorlichting, advies en instructie. In het taakgebied 'organisatie' gaat het om taken die het primaire zorgproces ondersteunen of verbeteren. De verzorgende draagt zorg voor het afstemmen van de zorg rondom de individuele zorgvrager om continuïteit van de zorg te bewerkstelligen en de zorgvrager de zorg als een samenhangend geheel aan te bieden. Verzorgenden werken met andere zorgprofessionals samen en stemmen de zorg conform het met de patiënt overeengekomen zorgplan af, o.a. met de naasten van de patiënt. Ze dragen bij aan het verbeteren van de organisatie van de zorg, het beheer en de kwaliteit. In het taakgebied 'professionalisering' draagt de verzorgende de eigen professionaliteit uit en ontwikkelt deze.

Managers in de sector zorg en welzijn

Er zijn veel verschillende managers in de zorg- en welzijnssector. Gemeenschappelijk hebben ze een zestal kerntaken (Keijzers et al., 1998). Deze kerntaken kennen een strategische component en een tactisch/operationele.

1. Regelen: zorgen voor handhaving van kwaliteit en kwantiteit van het primair dienstverleningsproces (korte termijn).
2. Organiseren: zorgen voor continuïteit in het primaire proces.
3. Sturen: zorgen voor verandering en vernieuwing van het primair proces.
4. Omgevingscondities scheppen voor een vraaggericht dienstenaanbod. Bij het vertalen van de vraag in aanbod is de manager als vertegenwoordiger van een instelling, een onderdeel van de driehoek verzekeraar, zorgvrager en -aanbieder.

5. Waarborgen van zorgvuldig gebruik van middelen. Het gaat om het beheersbaar en efficiënt omgaan met middelen.
6. Resultaten verantwoorden.

Een speciale rol vervult de manager die rechtstreeks leiding geeft aan een of meer teams in het primaire proces. In de competentiewijzer van Puls Consultancy en ActiZ uit 2009 wordt de leidinggevende gekarakteriseerd als iemand die de spelers, het speelveld, de speelruimte en de spelregels kent en als 'spelverdelers' de te leveren zorg met de mogelijkheden verbindt. Lange tijd zorgde deze leidinggevende alleen voor de uitvoering van het elders opgestelde beleid. De coördinatie van het primaire proces en de sociale functie waren de traditionele kerntaken. Na recente veranderingen bevindt de leidinggevende zich niet alleen op het (verticale) snijvlak tussen beleid en uitvoering, maar ook op het (horizontale) snijvlak tussen primaire en ondersteunende processen. De leidinggevende heeft de ideale positie om de link te leggen tussen bedrijfsmatig werken en verantwoorde zorg. Horizontale en verticale afstemming worden belangrijke kerntaken. Verbinden, verken- nen, overtuigen en bekrachtigen zijn de rollen die hierbij ho- ren.

4 Het Chronic Care Model in Nederland?

4.1 Inleiding

Het Chronic care Model (CCM) is een synthese van systeemveranderingen die ertoe moet leiden dat de kwaliteit van zorg voor chronisch zieke patiënten verbetert en tegelijk leidt tot kostenbesparing. Ook de programmatische aanpak wil de kwaliteit van de zorg verbeteren. In zowel het Chronic Care Model als de programmatische aanpak wordt de patiënt centraal gesteld. Hij krijgt een belangrijke rol als zorgvrager maar ook als manager van zijn eigen gezondheid en zorg. Vervolgens wordt in beide benaderingen gekeken hoe deze ontwikkeling vanuit de zorgsector kan worden gestuurd en hoe een kwalitatief hoogwaardige zorgverlening met minder middelen en meer resultaten kan worden gerealiseerd. Beide benaderingen propageren daartoe integrale zorg. In beide benaderingen zijn de afspraken tussen zorgverlener en patiënt, het zorgplan, het gebruik van evidence-based richtlijnen en zorgstandaarden bij de zorgverlening en de ontwikkeling van digitale patiëntendossiers belangrijke randvoorwaarden. Doelstelling en de aanpak vertonen dus overeenkomsten.

In dit hoofdstuk ligt de focus op de verschillen tussen beide benaderingen. Daarnaast wordt gekeken wat het betekent voor de taakverdeling in de zorg als in Nederland volgens de principes van het CCM zou worden gewerkt. De bespreking volgt de indeling in elementen of speerpunten van het Chronic Care Model en gaat vooral over de eerstelijnszorg.

4.2 Ondersteuning bij zelfmanagement

In het CCM wordt zelfmanagement heel breed uitgelegd. Zelfmanagementondersteuning wordt gezien als hulpmiddel om een patiënt regie te geven over zijn leven met inbegrip van zijn ziekte. Elke zorgverlener dient zich ervoor in te zetten om zelfmanagement bij de patiënt mogelijk te maken. De zorgverlener maakt gebruik van educatie en ondersteuning, maar ook van bemoediging, begeleiding en gedragsbeïnvloeding. Het model propageert dat de patiënt leert eigen keuzes te maken, doelen te stellen, problemen op te lossen en om te gaan met tegenslag. Hij wordt begeleid bij het plannen van kleine stappen om de gestelde doelen te bereiken en de progressie te evalueren.

In Nederland is er weliswaar steeds meer aandacht voor de rol van de patiënt en de ondersteuning van diens zelfmanagement, maar de nadruk ligt vooral op het bevorderen van zelfzorg en zelfredzaamheid in het dagelijks leven. Daarbij wordt met name gebruik gemaakt van voorlichting, advisering en instructie. Hoewel er in nagenoeg elk beroepsprofiel van de zorgprofessional aandacht is voor de persoonlijke benadering van de patiënt, krijgt in de praktijk toch meestal maar één zorgverlener of één beroepsgroep de verantwoordelijkheid voor de ondersteuning van zelfmanagement bij een specifieke patiënt. Dit staat de effectiviteit van de ondersteuning in de weg, omdat die professional niet steeds in de spreekkamer aanwezig is of kan zijn.

In de profielen van de beschreven beroepen is dus consequent aandacht voor de communicatie met de patiënt. Diens welbevinden staat voorop. In de beroepsprofielen is er echter weinig aandacht voor de variëteit in de beleving van de patiënt en de diversiteit van patiënten, zo constateert ook het CBOG (Butterman en Vlaskamp, 2010). Patiënten hebben een eigen visie op leven, gezondheid en zorg en ze vragen dan ook een eigen benadering.

Een zorgbenadering die niet past bij de oriëntatie van de patiënt kan de zorg complexer, duurder en ineffectiever maken en de gezondheid schaden. Motivaction onderkent naar aanleiding van haar onderzoek naar het mentalitymodel een achttal sociale milieus. Elk milieu kent eigen levensinstelling en persoonlijke waarden die tot uiting komen in concreet gedrag en attitude richting zorg en gezondheid (Berkhout, 2009). Onderscheiden worden in de zorg: volgzame patiënten, eigenzinnige patiënten of patiënten gericht op consumptie, gemak, luxe, resultaat of kwaliteit.

De diversiteit zit ook in de bagage van de patiënt. Een groot percentage zorggebruikers is anderstalig, analfabeet of zeer laag opgeleid. Zij maken minder gebruik van informatietechnologie en zijn met schriftelijk informatiemateriaal slecht bereikbaar. Een aantal van hen heeft weinig tot geen basiskennis van lichaam en geest, van gezondheidsbedreigende en -bevorderende omstandigheden in het dagelijks leven, van de effecten van bepaalde voeding of gedragingen. Wil ondersteu-

ning effectief zijn, dan moet deze op hun kennis en vaardigheden worden toegesneden.

Diversiteit heeft ook te maken met etniciteit en godsdienst of levensbeschouwing. Enerzijds constateert het RIVM (2010) opnieuw dat er een relatie is tussen etniciteit en sociaaleconomische status. Allochtonen blijken relatief minder gezonde levensjaren te hebben dan autochtonen. De wisselwerking ligt onder meer in een gebrekkige opleiding, onbekendheid met de Nederlandse taal, laag inkomen en slechte huisvesting. Al deze factoren dragen niet bij aan een goede gezondheid. Ook kan de genetische aanleg van invloed zijn op de incidentie van sommige chronische aandoeningen en de gevoeligheid voor bepaalde behandelingen. Tenslotte zijn normen en waarden, leefgewoonten en overtuigingen die voortkomen uit cultuur en religie, soms van invloed op de zorgvraag, het beloop van aandoeningen, de ervaren gezondheid en de acceptatie van beperkingen. Gebrek aan aandacht voor dit thema, kan leiden tot verkeerde diagnose en behandeling of tot inadequate zelfmanagementondersteuning met gezondheidsschade en hoge zorgkosten tot gevolg.

In een aantal beroepsprofielen wordt ook nauwelijks aandacht besteed aan de omgeving van de patiënt. Toch vormt juist de directe omgeving van de patiënt een belangrijke schakel in het welbevinden van de patiënt en diens dagelijks functioneren. Mantelzorgers, familie, vrienden en kennissen kunnen zorg overnemen; belangrijker nog is dat zij een patiënt beter dan de professional kunnen ondersteunen bij zelfmanagement of het oppakken van een eigen rol in de samenleving. Met name de professionals in de huisartsenpraktijk lijken weinig aandacht te hebben voor de rol van de omgeving in het zorgproces en hoe zij daarbij betrokken dient te worden. In de beroepsprofielen van verpleegkundigen, verzorgenden en werkenden in de welzijnssector is er wel aandacht voor mantelzorgers, de familie en vrienden. De wijkverpleegkundigen en welzijnswerkers besteden zelfs expliciete aandacht aan de bredere omgeving waarin de patiënt participeert.

In het programma Diseasesmanagement hebben Engels et al. (2010) onderzoek gedaan naar de belemmeringen bij het invoeren van zelfmanagement in Nederland.

- Er is nog geen visie op zelfmanagement; ook zijn de voorwaarden voor zelfmanagement nog niet helder.
- Er is nog geen kwaliteitskeurmerk voor zelfmanagement, noch een instrument voor tevredenheidsonderzoek of voor vergelijking van organisaties (benchmark).
- Er zijn nog weinig effectief gebleken methoden voor het bevorderen van zelfmanagement.
- Professionals zijn niet opgeleid voor ondersteuning van zelfmanagement. Ze hebben niet altijd inzicht in patiëntervaringen en wensen van patiënten en beschikken niet over de vereiste gesprekstechnieken. Het is dan lastig om na te gaan welke patiënt aan zelfmanagement kan doen en in welke mate.
- Zelfmanagement moet ingebed zijn in een zorgstandaard. Deze zorgstandaard komt vervolgens tot uitdrukking in een protocol. Dit is vaak nog niet gerealiseerd. Daarnaast is er nog geen duidelijkheid over de term Zorgplan: is dit een dossier voor patiënten of voor professionals?
- Bij comorbiditeit heeft zelfmanagement weinig prioriteit.
- De bestaande cultuur binnen organisaties en opleidingen maakt de rolverandering van professionals lastig. Zo is het gevoelen, dat gedeelde verantwoordelijkheid tussen professional en patiënt kan leiden tot het onverantwoordelijk voelen van de professional.
- Randvoorwaarden zijn ongunstig. Vaak ontbreekt de tijd om met patiënten te overleggen. De financiering voor (het uitproberen van) zelfmanagement is niet beschikbaar of onvoldoende flexibel.
- Er is nog onvoldoende ondersteuning voor empowerment van patiënten.

Om zelfmanagement-ondersteuning daadwerkelijk te integreren in de zorg stellen zij de volgende veranderingen in de organisatie voor:

1. meer flexibiliteit in de organisatie waaronder een brede mensvisie, en meer flexibiliteit in frequentie, duur en vorm van een consult;
2. inzet van het individueel zorgplan (mogelijk in de vorm van een digitaal zelfzorgdossier voor patiënten);
3. beschikbaarheid van ICT voorzieningen.

4.3 Herontwerp van het zorgaanbod

Bij de zorg voor mensen met chronische aandoeningen is er een veelheid aan taken. +De complexiteit van het zorgproces neemt alleen maar toe naarmate mensen meer gezondheidsproblemen of beperkingen ervaren. Samenwerking tussen professionals en coördinatie van het zorgproces zijn dus belangrijke voorwaarden voor continuïteit en kwaliteit in de zorg.

Het CCM gaat dan ook uit van multidisciplinaire praktijken in de eerste lijn en professionals die interdisciplinair samenwerken. De teams zijn heterogeen van samenstelling en zijn vaak onderdeel van een groter organisatorisch geheel. In Nederland bestaat de eerstelijnszorg vooral nog uit aparte, kleine praktijken. In de praktijken zijn weinig verschillende disciplines vertegenwoordigd. Er wordt gestreefd naar afstemming van zorg, maar vooral binnen de eigen discipline. De laatste jaren zijn weliswaar steeds meer samenwerkingsverbanden ontstaan, maar ook deze zijn vaak los van karakter (zorggroep). De samenwerking bestaat veelal uit directe verwijzing van patiënten, soms uit onderlinge afspraken over de praktijkvoering en soms uit incidenteel overleg over patiënten, echter zelden uit daadwerkelijke coördinatie, afstemming en organisatie van zorg rondom de patiënt.

In het CCM wordt de afstand van patiënt tot zorgverlener verkleind door een vaste zorgcoördinator per patiënt aan te wijzen en regelmatig contact te onderhouden face-to-face, per telefoon, de computer of andere ICT-toepassingen. Op gezette tijden worden follow-up afspraken gemaakt. Daarnaast wordt voor voorlichting, informatieoverdracht en onderlinge hulp geadviseerd te werken met groepsbijeenkomsten. Een dergelijk samenhangend regime ontbreekt nu vaak nog in de Nederlandse huisartsenpraktijk. Hoewel huisartsen streven naar het volgen van patiënten is het nog vaak zo, dat het aan de patiënt wordt overgelaten om het initiatief te nemen voor een afspraak en aan te geven wanneer hij aanvullende hulp of zorg nodig heeft; alleen in noodsituaties wordt deze hulp of zorg dan vanuit de eerste lijn zelf geïnitieerd. Dit speelt eens te meer als ook specialistische zorg aan de orde is.

Het CCM laat zien dat een arts niet de aangewezen persoon is om alle taken in het zorgproces voor chronisch zieken zelf uit te voeren. De rol van de arts is meer die van regisseur en specialist. De arts moet dus taken overdragen op het terrein van planning,

coördinatie en management van zorgprocessen. Juist hier krijgen in het CCM niet-medisch geschoolde medewerkers, assistenten en verpleegkundigen belangrijke taken.

In Almere wordt deze werkwijze al enige tijd uitgetoetst. Over het algemeen echter komt in Nederland taakherschikking moeizaam van de grond. De huisarts heeft hier een poortwachtersfunctie en ziet de coördinatie van de zorg nog steeds als zijn taak. De praktijk leert echter dat hij als spin in het web niet altijd goed functioneert: hij kan onvoldoende tijd besteden aan het volgen van de patiënten en is vaak onvoldoende op de hoogte van de aanvullende behandelingen en onderzoeken die elders plaatsvinden. Hij beschikt niet altijd over de kennis en de specifieke ervaring om de bruggebouwer te zijn die de patiënt nodig heeft voor een continu zorgproces.

Functies als zorgcoördinatie, medicatie- en zorgmanagement worden soms helemaal niet, soms door verschillende functionarissen versnipperd ingevuld. Zo ontbreekt nog al eens een schakel tussen de verschillende zorgverleners binnen één echelon, tussen echelons en buiten de eigen sector. Die functies kunnen de praktijkondersteuner en/of verpleegkundigen beter vervullen. Zij zijn opgeleid voor het onderzoeken van de mogelijkheden van zelfmanagement bij de patiënt, het ondersteunen van zelfmanagement, het uitvoeren van ziektecontrole en het coördineren van de zorg. Ze kunnen tijdens de nazorg de effectiviteit van de behandeling inschatten en de behandeling op basis van protocollen aanpassen. De praktijkassistenten zijn uitstekend in staat om afspraken te plannen, follow-up gesprekken te voeren en tussentijdse checks te organiseren.

Er zijn in Nederland enkele voorbeelden van door het Chronic Care Model geïnspireerde werkmodellen. Het Platform Vitale Vaten, een initiatief van de Hart&Vaatgroep en Diabetesvereniging Nederland, hanteert een op het CCM gebaseerd driefasenmodel.

1. Het initiatief voor een afspraak kan zowel bij het team als bij de patiënt liggen. Voorafgaand aan het bezoek van de patiënt worden klinische gegevens en patiëntervaringen bijeengebracht en doorgenomen. In een overleg tussen de betrokken zorgverleners worden patiëntgegevens en richtlijnen geïntegreerd en op basis hiervan de stappen doorgenomen die nodig zijn om de vooraf gestelde doelen te realiseren.
2. Tijdens het bezoek van de patiënt wordt informatie gedeeld. De informatie moet toegesneden zijn op de patiënt en aanknopingspunten bieden voor toepassing in de praktijk. Bij het in overleg opstellen of aanpassen van het zorg- of behandelplan kan het wenselijk zijn mantelzorgers te betrekken en beslisondersteunende hulpmiddelen te gebruiken. De teamondersteuning heeft een coachende en motiverende functie, maar kan ook educatie voor de patiënt geven.
3. Als follow-up - na het bezoek - moet regelmatig contact zijn met de patiënt. Ook lotgenoten, mantelzorgers of andere organisaties kunnen een rol spelen bij leefstijlverandering, empowerment en hulp.

4.4 Ondersteuning in het besluitvormingsproces

In het CCM staat continuïteit in de zorg centraal: de chronisch zieke patiënt wordt steeds gevolgd. Door middel van het patiëntendossier worden reminders gegenereerd, reminders die voor de gehele patiëntenpopulatie met een specifieke aandoening gelden of voor een individuele patiënt. Daarnaast kan de patiënt relevante gegevens over de gezondheidstoestand zelf melden. Al deze gegevens zijn de checks om na te gaan of de gestelde behandeldoelen worden gerealiseerd, de medicatie volgens protocol wordt ingenomen en de zorg volstaat. Hiervoor is een gedigitaliseerd informatiesysteem vereist, dat door alle zorgverleners kan worden benut. In de Nederlandse eerstelijnspraktijken is dit nog in ontwikkeling (zie par. 4.5). Naast de ontwikkeling van dit systeem zal tegelijkertijd moeten worden gewerkt aan de acceptatie en de implementatie van de achterliggende visie. Opleiding en overtuiging zijn nodig, wil de werkwijze daadwerkelijke veranderen en de effectiviteit van de zorg toenemen.

Het CCM propageert het werken volgens wetenschappelijk onderbouwde protocollen, richtlijnen en standaarden. Op het terrein van richtlijnontwikkeling is recent in Nederland wel een behoorlijke slag gemaakt. De zorgstandaarden en het model die zijn ontwikkeld, bieden goede aanknopingspunten om de zorg beter te organiseren en te plannen. Een risico is wel dat de zorg voor patiënten ingewikkeld dreigt te worden als er sprake is van multimorbiditeit. De richtlijnen en standaarden zijn immers vaak gericht op één aandoening, waardoor bij multimorbiditeit overbodige opeenstapeling van zorg kan ontstaan.

Daarbij komt dat het wettelijk kader van Zvw, AWBZ, Wmo en Wpg soms leidt tot versnippering in zowel de financiering, de indicatie als het aanbod van zorg. Zo vereist aanvullende zorg een nieuwe indicatie, een andere zorgverlener en/of contactpersoon uit een andere organisatie, een aparte financieringsstroom en een bijbehorend administratief traject voor patiënt en zorgverlener. Onduidelijkheid en extra regelwerk voor de patiënt zijn het gevolg, maar ook afschuiven van verantwoordelijkheid of extra administratieve druk bij professionals in de zorg. Zo kunnen de verpleegkundige handelingen van de wijkverpleegkundige onder verschillende voorwaarden worden gefinancierd door de Zvw, de AWBZ en de Wmo, waardoor de inzet van de wijkverpleegkundige echter eerder bemoeilijkt dan vergemakkelijkt wordt.

Het werken met nieuwe richtlijnen, protocollen en standaarden vereist een andere mindset, benadering en aanpak. Daarom is aandacht voor de implementatie hiervan vereist. Opleiding, coaching, intervisie en zelfs beoordeling van de zorgverlener zijn nodig om veranderingen mogelijk te maken. Dit is een proces van lange adem.

4.5 Het klinische informatiesysteem

In het CCM staat of valt het herontwerp van de zorg met de aanwezigheid en het gebruik van digitale informatiesystemen. Niet alleen voor planning van de zorg en verbetering van de uitkomsten, maar ook voor preventie, opsporing en bestrijding van symptomen of aandoeningen worden de (geaggregeerde) patiëntgegevens ingezet. De vereiste informatiesystemen zijn ook in Nederland in ontwikkeling, maar van een brede toepassing zoals het CCM dat ziet, is nog geen sprake. Hiervoor zijn verschillende oorzaken.

Veel energie is gaan zitten in de landelijke invoering van het elektronische patiëntendossier (EPD). De ontwikkeling is echter gestuit op enerzijds digitaliseringsproblemen en anderzijds (ethische) weerstand. Nu het landelijke EPD niet verder van de grond komt, wordt gebruik gemaakt van meerdere, regionale systemen. Dit bemoeilijkt uitwisseling van informatie buiten de regio. Soms moet de patiënt eerst toestemming geven aan zorgverleners om informatie te delen. Dit maakt het lastiger de gegevens tussen zorgverleners uit te wisselen.

Een andere oorzaak voor het beperkt gebruik van ICT-mogelijkheden in de eerstelijnszorg heeft te maken met bereidheid van zorgprofessionals om de verschillende mogelijkheden van ICT in hun dagelijkse werk toe te passen. Voor veel professionals betekent het werken met nieuwe ICT-toepassingen in eerste instantie extra werkbelasting in plaats van meer effectiviteit of efficiency. Zij hebben nog weinig ervaring met en kennis van de werking ervan en moeten zich dat in de praktijk eigen maken. Ook ervaren veel professionals rechtstreeks contact met de patiënt als een prettig onderdeel en soms als een must in hun werk. In een beperkt aantal grotere eerstelijnspraktijken wordt momenteel geëxperimenteerd met de mogelijkheid om rechtstreeks digitaal met patiënten te communiceren. Datzelfde geldt voor het gebruik

van social media of zorg op afstand in de relatie tussen patiënt en zorgverlener. De bereidheid van veel zorgverleners om gegevens structureel te integreren in de dagelijkse patiëntvolgsystemen, is niet erg groot.

In elke eerstelijnspraktijk is er iemand nodig die de ontwikkeling en implementatie van de informatietechnologie en registratiesystemen voor zijn rekening neemt. Dit kan iemand zijn die in de praktijk werkt of iemand die wordt ingehuurd. Het moet iemand zijn die niet alleen deze systemen werkend en in de lucht kan houden, maar ook iemand die het nut, de noodzaak en het gebruiksgemak ervan aan zorgverleners kan uitdragen.

4.6 De organisatie / het zorgsysteem

In de Verenigde Staten zijn er grote organisatorische verbanden die verschillende functies uit de eerstelijnszorg combineren en vaak ook specialismen uit de tweede lijn in hun pakket meenemen. Veel eerstelijnsvoorzieningen zijn in grotere structuren bijeengebracht, soms direct gelieerd of geïntegreerd met financiering (AMC/UVA, 2001). Het niveau van de organisatie speelt dan een belangrijke rol in het veranderingsproces van het zorgteam. Dit organisatieniveau is in de Nederlandse eerste lijn minder belangrijk, omdat het hier meestal gaat om kleinere praktijken waarin maar één of slechts enkele disciplines vertegenwoordigd zijn. De eerste lijn staat nog steeds op zichzelf en is meestal geen onderdeel van een groter samengesteld geheel met andere functies. Dat maakt het veranderproces minder ingewikkeld. Eenmaal overtuigd van de noodzaak tot verandering, kan het proces in deze kleinere eerstelijnsorganisaties sneller in gang worden gezet en eerder tot resultaten leiden. Tegelijkertijd maakt de Nederlandse structuur van de eerste lijn het lastiger om te komen tot meer geïntegreerde vormen van eerstelijnszorg, vormen, waar het niet alleen gaat om samenwerken, maar om gezamenlijk werken aan dezelfde doelen, waarbij de som der delen een meerwaarde bereikt.

Om alle veranderingen in de zorgverlening te realiseren propageert het CCM een geleidelijke verandering van het totale systeem: beginnend bij kleine stapjes in het zorgproces in een praktijk rond enkele patiënten met eenzelfde aandoening, tot een totale verandering in het team op het niveau van houding, visie en competenties van alle teamleden. Vervolgens moet het verder uitwaaien naar het zorg- en behandeltraject voor patiënten met één of meer

chronische aandoening(en), de organisatie en het totale zorgsysteem, waarin de zorg wordt verleend. Er wordt veel waarde gehecht aan de sturing van dit proces, dat door alle betrokken zorgverleners gezamenlijk wordt vorm gegeven en gedragen. De rol van een goede voorbereiding en incentives wordt benadrukt.

De vormgeving van zo'n veranderproces volgens het Chronic Care Model betekent dat er één persoon moet zijn die zich verantwoordelijk voelt voor de dagelijkse sturing. Hij moet de coördinatie van het veranderproces op zich nemen. Dit zou een manager kunnen zijn, maar ook een verpleegkundig specialist of -afhankelijk van de grootte van de praktijk - een arts kan deze rol op zich nemen. Bij de sturing van het proces gaat het vooral ook om het motiveren van het team en het bijeenbrengen van het team rondom één visie, om het organiseren van middelen, mogelijkheden en samenwerking met de 'buitenwereld' om de doelen te realiseren.

4.7 De maatschappelijke omgeving

Het CCM benadrukt het belang van andere maatschappelijke organisaties zowel bij preventie, gezondheidsbevordering als bij de hulpverlening en begeleiding van patiënten. Logischerwijs gaat het contact uit van de eerstelijnspraktijk die het eerste aanspreekpunt is voor een patiënt met een chronische aandoening. Samenwerking tussen de eerstelijnszorg en organisaties uit de community kunnen chronisch zieken helpen hun plek in de samenleving te behouden, hervinden of verkrijgen. Hoewel in Nederland het belang van samenwerking tussen aan de ene kant de eerstelijnszorg en aan de andere kant de publieke gezondheidszorg en welzijnszorg die veelal door de gemeente worden aangestuurd, is er vooralsnog een behoorlijke kloof. Ook van samenwerking met bedrijfsgezondheidszorg en arbeidsreïntegratie is nog nauwelijks sprake. De schotten op het financiële en beleidsmatige vlak zijn hier debet aan, maar ook verschillen in opleiding en werkwijze van werkenden in de verschillende sectoren bemoeilijken communicatie en afstemming.

De huisarts beschikt nauwelijks nog over tijd en ruimte om patiënten thuis te bezoeken. Hij weet dan ook vaak niet wat er achter de voordeur plaatsvindt. Werkers in de welzijnssector en wijkverpleegkundigen zijn hiertoe, zo blijkt uit hun competentieprofiel, bij uitstek geëquipeerd. Zij zijn opgeleid voor vergaande vormen

van zelfmanagementondersteuning, zoals gedragsbeïnvloeding, of de coördinatie tussen zorg, wonen, werk en welzijn.

4.8 Conclusies

De zorgvraag neemt toe én verandert tegelijkertijd. Vooral de vraag naar zorg voor mensen met één of meer chronische aandoening(en) neemt toe en dit betekent complexe zorg, multidisciplinaire en langdurige zorgprocessen. Bij ongewijzigd beleid leidt dit tot meer gebruik van medicijnen, hulpmiddelen, inkomensvoorzieningen enz.; daarnaast zal een groter beroep worden gedaan op zorgverleners, die echter door de gewijzigde bevolkingssamenstelling in de toekomst niet zo maar beschikbaar zullen zijn. Het betekent ook meer kosten van zorg, kosten die hoger worden naarmate de leeftijd stijgt. In deze achtergrondstudie zijn twee vergelijkbare oplossingsrichtingen tegenover elkaar gezet, die zijn gericht op verbetering van het aanbod van zorg voor chronisch zieken in de eerste lijn, daar waar deze te veel was gericht op zorg voor acute problematiek. Zowel het Chronic Care Model, afkomstig uit de Verenigde Staten, als de programmatische aanpak die in Nederland vanaf 2008 is ingezet, hebben dit als doel.

In dit hoofdstuk is betoogd dat er weliswaar veel overeenkomsten zijn tussen het Chronic Care Model en de ingezette programmatische aanpak, maar ook veel verschilpunten. De keuze voor de ordeningsprincipes van het Chronic Care Model zal betekenen dat er veel moet worden veranderd op het niveau van de eerstelijnszorgpraktijk. Hier moet samenwerking worden omgezet in integrale, interdisciplinaire afstemming van het aanbod op de behoeften van de patiënt. Dat vereist een andere benadering en werkwijze van alle professionals die betrokken zijn bij de zorgverlening aan de patiënt en herinrichting van het zorgproces. De onderlinge taakverdeling moet tegen het licht worden gehouden en professionals moeten worden geëquipeerd om aan deze nieuwe eisen te voldoen.

Functies die in het Chronic Care Model belangrijk zijn en nu nog onvoldoende aandacht krijgen, liggen op het vlak van coördinatie van zorg, toepassing van ICT en het realiseren van proactieve, patiëntgerichte zorg. Deze functies kunnen als taak worden ondergebracht bij meerdere beroepsgroepen, maar

ervaring leert dat het beter werkt wanneer één persoon in een zorgteam daarvoor verantwoordelijk wordt gesteld. Waar de arts nu nog veel van deze taken naar zich toe trekt, zal hij meer dan voorheen moeten kiezen tussen het verlenen van medische zorg of het uitvoeren van organisatorische en management taken.

Werken volgens het Chronic Care Model betekent ook aanpassing van het zorgsysteem als geheel. De huidige financiering en organisatie van de zorg lijkt een sta-in-de-weg om een aantal elementen van het model in de praktijk in te voeren. Zo is er de knip in de financiering van curatieve zorg en zorgverlening in de thuissituatie en zijn er weinig incentives om verpleegkundigen in de eerste lijn in te zetten. Ook de versnippering in de eerste lijn en de gebrekkige samenwerking tussen zorgverleners in sectoren als zorg en welzijn bemoeilijken de ondersteuning van chronisch zieken bij zelfmanagement en participatie in zowel hun zorgproces als de maatschappij. Op termijn speelt ten slotte de vraag of het Chronic Care Model ook geschikt zal blijken te zijn in een situatie met een tekort aan zorgverleners, en - naar het zich laat aan zien - vooral aan verpleegkundigen.

Gezien de ervaringen in de Verenigde Staten is het de vraag welke organisatorische constructie het best tegemoet kan komen aan de behoeften van de chronisch zieke patiënt aan continue en kwalitatief hoogwaardige zorg, die liefst dicht bij huis kan worden geleverd. Waar de eerste lijn bij uitstek geschikt is om de eerste vragen over gezondheid op te vangen en te beantwoorden, is de vraag gerechtvaardigd of dit ook geldt voor de meer complexe problematiek van mensen met een (of meerdere) chronische aandoening(en). Behalve de huisartsenpraktijk zou ook het ziekenhuis, waar elke chronisch zieke immers specialistische zorg ontvangt, de plek kunnen zijn om de totale zorg te coördineren. Momenteel wordt een tussenoplossing uitgeprobeerd, waarbij eerstelijnspraktijken nauw samenwerking met specialisten uit het nabij gelegen ziekenhuis. Huisarts en specialist bespreken regelmatig hun patiënten of patiënten hebben direct contact met de specialist via internet of bezoeken hem op een speciaal spreekuur in het gezondheidscentrum om de hoek.

Bijlage 1

Competenties in zorg en welzijn

Terwille van de vergelijkbaarheid van de competenties van de verschillende beroepsgroepen is onderstaand per beroepsgroep een overzicht van de vereiste competenties gegeven. In deze overzichten is de zorgvrager steeds aangeduid met de term 'patiënt', ook daar waar dat in de originele teksten niet het geval was. Voor de verwijzing naar de beroepskracht zijn steeds mannelijke voornaamwoorden gebruikt; daarmee worden ook vrouwen bedoeld.

Huisarts

In 2002 werd door Meyboom-De Jong (reds.) de positie van de arts van straks in kaart gebracht. De inschatting is dat de zorg steeds aan verandering onderhevig is, zodat de arts van straks zich ook na zijn opleiding moet blijven ontwikkelen. De arts van straks (1) is een bekwaam medicus; (2) is wetenschappelijk opgeleid en georiënteerd; (3) is communicatief en sociaal vaardig; (4) is een teamspeler; (5) kan zijn werk adequaat organiseren; (6) is gemotiveerd om een leven lang te leren en te reflecteren en heeft bovendien nog aanvullende kwaliteiten die afhankelijk zijn van zijn specifieke rollen of taken.

In 2005 is een beroepsprofiel van de huisarts door de LHV gepubliceerd. Het beroepsprofiel volgt het Canmeds-model. In het onderstaande overzicht zijn per vakgebied de taken en competenties beknopt weergegeven, waarbij de competenties zodanig zijn gedefinieerd dat de huisarts geacht mag worden in de praktijk op basis hiervan bekwaam te kunnen handelen.

1. Het taakgebied 'vakinhoudelijk handelen' is het primaire taakgebied. Het omvat alle medische activiteiten die hij ontplooit naar aanleiding van klachten, problemen en vragen over ziekte en gezondheid, die de patiënt presenteert. De kern van de medische handelingen bestaat uit het differentiëren van de klacht naar aard en ernst en het beoordelen van de noodzaak van interventie. De zorg betreft inventarisatie, diagnostiek, advies, behandeling, begeleiding, preventie en verwijzing. Om deze zorg op gestructureerde wijze te kunnen verlenen, moet hij in staat zijn de klacht binnen de context van de patiënt te interpreteren en het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal van het vakgebied doelgericht en evidence-based toe te passen.

2. Het taakgebied ‘arts-patiënt communicatie’ omvat alle verbale en non-verbale communicatie tussen huisarts en patiënt. De zorg is gericht op het individu in zijn of haar context. Zij is gericht op de hulpvragen van de patiënt en de resultante van de gemeenschappelijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt. De huisarts is in staat effectieve behandelrelaties met patiënten op te bouwen. Hij past relevante communicatietechnieken en -middelen doelgericht toe en betreft de patiënt actief bij de besluitvorming.

3. Het taakgebied ‘samenwerking’ omvat alle interpersoonlijke contacten binnen de eigen huisartsenvoorziening (collega-huisartsen, paramedici, praktijkassistenten, praktijkondersteuners, verpleegkundigen e.a.), met andere huisartsen en met zorgverleners buiten de huisartsenvoorziening. De huisarts draagt bij aan effectieve intra- en interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg, past samenwerkingsvaardigheden doelgericht toe en verwijst doelgericht op basis van actueel inzicht in de expertise van andere zorgverleners.

4. Het taakgebied ‘organisatie’ betreft het realiseren van regels en afspraken t.b.v. het functioneren van de huisartsenvoorziening binnen een systeem van kwaliteitseisen. De kwaliteit van de zorg wordt gevolgd aan de hand van relevante indicatoren en gewaarborgd door systematische ervaringskennis en wetenschappelijke onderbouwing. De zorg is gericht op veiligheid: diagnostische en therapeutische winst wordt afgewogen tegen iatrogene schade en individuele belasting. De huisarts realiseert integrale en doelmatige huisartsenzorg die continu en toegankelijk is. Hij is in staat organisatie- en managementprincipes doelgericht toe te passen en kan informatietechnologie voor optimale patiëntenzorg inzetten.

5. Het taakgebied ‘maatschappelijk handelen’ omvat het afwegen van de belangen van de patiënt tegen de belangen van andere hulpvragers en maatschappelijke belangen. Kern is het maatschappelijk verantwoord uitoefenen van het beroep. Bij de zorg voor de patiënt heeft de huisarts de functie van gids in de gezondheidszorg. Hij is in zijn zorg gericht op doeltreffendheid en het voorkomen van medicalisering, op het egaliteitsbeginsel en doelmatigheid. Hij bevordert de gezondheid van individuele patiënten en groepen patiënten en handelt daarbij overeenkomstig de geldende wetgeving voor de huisarts (WGBO, BIG, BOPZ,

KNMG-groene boekje) en behartigt belangen van (toekomstige) patiënten n.a.v. incidenten in de zorg.

6. Het taakgebied ‘wetenschap en onderwijs’ omvat het verwerven, toepassen en overdragen van wetenschappelijke kennis en van gemeenschappelijke en gesystematiseerde ervaringskennis. De principes van evidence-based medicine (EBM) vormen hierbij de kern. De huisarts bevordert ontwikkeling en implementatie van vakkennis en de deskundigheid van studenten, aiOS, collegae en andere zorgverleners. Hij is daarbij in staat de zorg op wetenschappelijk verantwoorde wijze te onderbouwen.

7. Het taakgebied ‘professionaliteit’ omvat het hanteren, bevorderen en onderhouden van de vakbekwaamheid. Reflectie op de eigen competenties is hierbij een essentiële vaardigheid. De huisarts is in staat persoonlijke en professionele rollen in evenwicht te houden. Hij werkt systematisch en doelbewust aan verbetering van zijn beroepsmatig functioneren en gaat binnen het kader van de beroepsethiek bewust om met voorkomende verschillen in normen en waarden.

Doktersassistent

NIZW heeft in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten in 2005 het beroepsprofiel van de doktersassistent beschreven. Het niveau van de beroepsbeoefening wordt uitgedrukt op basis van drie indicatoren: (1) complexiteit, (2) verantwoordelijkheid en (3) zelfstandigheid. De volgende kerntaken heeft de doktersassistent: voeren van de intake, adviseren en voorlichten, uitvoeren van handelingen in het kader van de individuele gezondheidszorg, organiseren van werkprocessen en het vastleggen van gegevens. Daarnaast heeft hij organisatiegebonden taken, die bestaan uit het samenwerken en afstemmen met collega's en andere disciplines. Professiegebonden taken zijn: de eigen deskundigheid bevorderen, kwaliteitsontwikkeling van het werk en professionalisering en profilering.

Op basis hiervan zijn zeven competentiegebieden en in totaal zestien competenties benoemd. Het volgende overzicht bevat een samenvatting van de onderkende competenties.

De doktersassistent

- is in staat om in contact met de zorgvrager verbaal en non-verbaal te signaleren welke behoefte de zorgvra-

- ger heeft en de hulpvraag en de mate van spoedeisendheid op systematische wijze duidelijk te krijgen;
- is in staat om de zorgvrager op een hulpvaardige manier te benaderen zodat de zorgvrager zich op zijn gemak voelt en weet wat hij kan verwachten van de doktersassistent;
- is in staat helder en zorgvuldig te communiceren met de zorgvrager en deze gevraagd en ongevraagd passend advies en voorlichting te geven;
- is in staat om adequaat om te gaan met verschillende en/of tegenstrijdige belangen van de behandelaar en de zorgvrager;
- is in staat te beoordelen of hij bekwaam en bevoegd is om de voorliggende taak uit te voeren;
- is in staat om onder grote druk goed te blijven functioneren en professioneel te handelen bij grensoverschrijdend gedrag van de zorgvrager;
- is in staat om handelingen in het kader van de individuele gezondheidszorg correct uit te voeren;
- is in staat de werkzaamheden op een systematische wijze nauwkeurig uit te voeren en de afspraken voor de behandelaar zorgvuldig en zo volledig mogelijk voor te bereiden;
- is in staat tijdig met de behandelaar te overleggen en helder met collega's en andere disciplines te communiceren over eigen werkzaamheden zodat optimale zorg en goede afstemming plaatsvindt;
- is in staat om professioneel te werken en in eigen handelen het streven naar kwaliteit tot uiting te laten komen.

Praktijkondersteuner Huisartsenzorg (POH)

De LHV heeft in 2010 het beroepsprofiel voor de praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) uitgebracht (Glimmerveen & Van Gunst, 2010). Hierin worden op basis van het Canmeds-model zeven taak- en competentiegebieden onderscheiden. De taken en competenties in deze gebieden worden hieronder samengevat.

1. 'Vakinhoudelijk handelen'.

De POH inventariseert de klachten van de patiënt binnen de context, gaat na welke betekenis ze hebben voor het ziektebe- loop en welke gevolgen voor het functioneren van de patiënt en zijn leefomgeving. Hij bepaalt een prognose en gaat na welke gedragsfactoren dan wel emotionele factoren samenhan-

gen met de klachten. Hij bespreekt adequate interventiemethoden die passend zijn bij de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt en zijn leefomgeving en helpt hem te kiezen. Hij voert op methodische wijze de interventie uit, verantwoordt deze en stemt deze af met die van andere zorgverleners. Hij reageert (pro)actief op psychosociale, economische en biologische factoren die de gezondheid van patiënten beïnvloeden. Hij beschikt over medische basiskennis, zodat hij vroegtijdig aandoeningen kan herkennen en (terug)verwijzen en is in staat de effecten van het eigen handelen te bewaken.

2. 'Communicatie'.

De POH communiceert effectief, creëert vertrouwen en toont betrokkenheid. Hij gebruikt bij de situatie passende communicatietechnieken en middelen, stimuleert de gesprekspartner tot reageren, geeft toelichting en helpt informatie te ordenen. Hij betreft anderen doelgericht bij de besluitvorming en houdt daarbij rekening met referentiekader en belangen van de gesprekspartner. Hij motiveert de patiënt bij gedragsverandering en lost met de patiënt en diens systeem vragen en knelpunten in de communicatie en zorgverlening op. Hij verzorgt de verslaglegging en rapportage in het Huisartsen Informatie Systeem. Tenslotte bewaakt hij de kwaliteit en functionaliteit van voorlichting en educatie.

3. 'Samenwerken'.

De POH ontwikkelt en onderhoudt een functionele samenwerkingsrelatie met de patiënt, binnen het zorgteam en met externe samenwerkingspartners. Hij maakt samenwerkingsafspraken, rekening houdend met deskundigheid en belangen en lost vragen en knelpunten in de samenwerking op. Hij geeft en ontvangt feedback van patiënt en samenwerkingspartners.

4. 'Organiseren'.

De POH plant, organiseert, verricht en evalueert de eigen werkzaamheden. Hij stemt ze ook inhoudelijk en organisatorisch af met die van anderen. Hij verdeelt en draagt op verantwoorde wijze taken over zodanig dat de patiëntveiligheid gewaarborgd is. Hij ontwikkelt en borgt de kwaliteit van de eigen praktijkvoering. Hij ontwikkelt en onderhoudt de sociale kaart in relatie tot de eigen taak.

5. 'Maatschappelijk handelen'.

De POH handelt overeenkomstig de relevante, geldende wet- en regelgeving. Hij kiest voor de minst kostbare optie bij gelijkwaardigheid van alternatieven en voorkomt onnodige verwijzingen. Hij behartigt de belangen van de patiënt en heeft oog voor diens veiligheid. Hij bevordert met visie en vanuit het perspectief van de huisartsenzorg de gezondheid van individuele patiënten en patiëntengroepen. Hij neemt passende maatregelen bij incidenten in de zorg en informeert de patiënt over de geldende klachtenregeling.

6. 'Wetenschap en onderwijs'.

De POH werkt op basis van richtlijnen en kan deze ook kritisch beoordelen op uitvoerbaarheid. Hij verzamelt gestructureerde gegevens ten behoeve van onderzoek en scholing en bevordert de deskundigheid van collega's of studenten.

7. 'Professionaliteit'.

De POH ontwikkelt de eigen professionele rol in zorgverlening en praktijkvoering doelgericht. Hij werkt aan de positionering, profilering en inhoudelijke ontwikkeling van de eigen functie in de huisartsenzorg.

Verpleegkundig specialist

Het CBOG beschrijft in 2008 de taken en competenties van de verpleegkundig specialist. Het competentieprofiel is aanvullend op dat van de verpleegkundige en bestaat uit een generiek deel, gebaseerd op het Canmeds-model, en een profiel per cluster of deelgebied. Het discriminerende verschil tussen de verschillende deelgebieden zit in het eerste taakgebied 'klinisch handelen'. De algemene competenties zijn samengevat:

1. Klinisch handelen.

De verpleegkundig specialist beschikt over de wetenschappelijke kennis, klinische vaardigheden, technische vaardigheden en professionele attitudes die nodig zijn voor patiëntgerichte zorg op expertniveau. De patiëntenzorg is effectief, efficiënt én ethisch verantwoord. Hij beslist zelfstandig en autonoom over uit te voeren evidence-based interventies bestaande uit medische of verpleegkundige methodieken. Vanuit de zorgvraag integreert hij care en cure met als doel de bevordering van de continuïteit en kwaliteit van de verpleegkundige zorg en de medische behandeling. Het

vermogen tot zelfmanagement en de kwaliteit van leven van de patiënt staan hierbij centraal.

2. Communicatie.

De verpleegkundig specialist draagt zorg voor doelmatige communicatie en interactie met patiënten en allen die direct of indirect bij de zorg betrokken zijn. Hij bouwt een samenwerkingsrelatie op met de patiënt, communiceert vanuit het perspectief van de patiënt en interpreteert informatie in de juiste context. Hij informeert de patiënt dusdanig dat deze beschikt over de kennis die nodig is om keuzes te kunnen maken in de verpleegkundige zorg en de medische behandelingen. Hij draagt bij aan de continuïteit van zorg in de keten door (de organisatie van) adequate mondelinge, schriftelijke en/of elektronische overdrachten.

3. Samenwerking.

De verpleegkundig specialist overlegt en brengt zo nodig een overlegstructuur aan met andere betrokkenen zodat er continuïteit van zorg voor de patiënt ontstaat. Hij bevordert de intercollegiale samenwerking en de afstemming tussen de leden van het multidisciplinaire en interdisciplinaire zorgteam zowel op de eigen locatie als daarbuiten. Hij verwijst zo nodig door met in achtname van wet- en regelgeving.

4. Organisatie.

De verpleegkundig specialist stelt prioriteiten en weet een balans te vinden tussen alle aspecten van de functie: patiëntenzorg, organisatie van de zorg, alsook onderwijs en onderzoek. Hij (her)ontwerpt het zorgproces op basis van een zorgvraag met als doel een blijvende verbetering te realiseren in kosteneffectiviteit, continuïteit, kwaliteit, service en snelheid. Hij is op de hoogte van de mogelijkheden van informatie- en communicatie-technologie voor optimale organisatie van het zorgproces en past deze ook toe.

5. Maatschappelijk handelen.

De verpleegkundig specialist signaleert factoren die (specifieke groepen) patiënten bedreigen, doet beleidsvoorstellen op het gebied van preventie en voert deze uit. Hij stimuleert de patiënt om zich als kritische consument op te stellen. Hij draagt bij aan patiëntveiligheid, zowel op niveau van de patiënt als op het niveau van de organisatie en/of zorgketen en concretiseert de kwaliteits-

eisen uit wet- en regelgeving die aan het behandel- en zorgproces worden gesteld.

6. Kennis en wetenschap.

De verpleegkundig specialist beschikt over actuele deskundigheid en is kritisch in de beoordeling van nieuwe kennis, onderzoeksresultaten of nieuwe procedures. Hij bevordert de ontwikkeling en verdieping van wetenschappelijke vakkennis door middel van praktijkonderzoek en innovatieprojecten. Hij geeft zelfstandig en proactief invulling aan zijn of haar deskundigheidsbevordering en ontwikkeling. Hij bevordert de deskundigheid van studenten, collega's, patiënten en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg.

7. Professionaliteit.

De verpleegkundig specialist levert excellente patiëntenzorg, op integere, oprechte en betrokken wijze. Hierbij gaat hij uit van het zelfbeschikkingsrecht van patiënten, bevordert hun autonomie en hanteert als principes 'niet schaden, weldoen en rechtvaardigheid'. Hij vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag en kent de grenzen van de eigen competentie en handelt daar binnen. Hij neemt verantwoordelijkheid voor en is aanspreekbaar op het professioneel handelen.

Beroepen in de sector welzijn en zorg

NIZW ontwikkelde een beroepenstructuur voor de sector welzijn en zorg (Vlaar et al., 2006). De onderstaande competenties zijn de generieke competenties die gelden voor alle medewerkers met een opleiding op hbo- en mbo-niveau die werkzaam zijn in het primaire proces van de zorg-, hulp- en dienstverlening uit de branches welzijn & maatschappelijke dienstverlening, jeugdzorg, kinderopvang, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg.

- Contactueel en communicatief. De beroepskracht is in staat om op een actieve en toegankelijke wijze contact te leggen, te hebben en te onderhouden met de (potentiële) zorg- of hulpvrager, zijn omgeving en andere betrokken organisaties of disciplines.
- Vraag- en oplossingsgericht. De beroepskracht is in staat om in dialoog met de patiënt de situatie en de vraag van de patiënt in beeld te brengen. Hij is in staat te zoeken naar oplossingen die rekening houden met de vraag, de mogelijkheden en de beperkingen van de patiënt, het vermogen van de beroepskracht zelf, de

doelen en de afgesproken taakstelling van de organisatie, zodat de patiënt hulp, ondersteuning en begeleiding ontvangt, die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen, die tevens voldoet aan de professionele grenzen van de beroepskracht en past binnen de vraag van de opdrachtgever of financier.

- Doel- een resultaatgericht: de beroepskracht is in staat om met creatief gebruik van de beschikbare menskracht en middelen, binnen de doelen van de organisatie of opdrachtgever, in dialoog met de patiënt, zijn omgeving en andere betrokken organisaties of disciplines, procesmatig en planmatig toe te werken naar een voor de patiënt doeltreffend resultaat.
- Ondernemend en innovatief: de beroepskracht is in staat in zijn denken en doen open te staan voor ontwikkelingen en weet zich onderzoekend en initiatiefrijk op te stellen naar vernieuwingen die de dienstverlening aan patiënten en de kwaliteit van zijn werk verbeteren. Wanneer de gestelde doelen niet binnen de randvoorwaarden te realiseren zijn, kan hij met beperkte middelen creatieve oplossingen vinden; hij slaat daarbij andere paden in, initieert, stimuleert, experimenteert en implementeert veranderingen in zijn werk en in de organisatie.
- Inzichtelijk en verantwoord: de beroepskracht is in staat om zich op een consistente en betrouwbare wijze te verantwoorden naar verschillende partijen waarmee hij in de uitvoering van zijn werk te maken krijgt, door hun inzicht te bieden in de gekozen doelen, de tijdsplanning, de gebruikte middelen en werkwijze, de bijdragen van de beroepskracht zelf en andere betrokkenen, en de bereikte resultaten, zodat zichtbaar wordt wat de beroepskracht doet, waarom hij welke keuzes heeft gemaakt en wat de resultaten van zijn handelen zijn.
- Professioneel en kwaliteitsgericht: de beroepskracht is in staat om steeds een zo hoog mogelijke kwaliteit van hulp- en/of dienstverlening te realiseren door de eigen deskundigheid optimaal in te zetten, te bevorderen en te onderhouden. Hij weet gebruik te maken van de kennis en infrastructuur van de organisatie en van de partners in het netwerk. Hij is in staat op te komen voor de normen en waarden van zijn professie

en bij te dragen aan de verbetering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de profilering van de beroepsgroep.

Verzorgende (mbo-niveau)

Movisie en Vilans stelden in 2007 een beroepscompetentieprofiel op voor onderwijsexperimenten ten behoeve van deze beroepsgroep (Liefhebber et al., 2007). In het profiel worden vijf competentiegebieden onderscheiden: (1) vraaggericht en oplossingsgericht werken, (2) verzorgen en ondersteunen (3) communicatie, (4) omgaan met grenzen, (5) professionaliteit.

De verzorgende op mbo-niveau

- stelt de behoefte van de zorgvrager centraal;
- signaleert veranderingen in de situatie van de zorgvrager en mantelzorger;
- ondersteunt bij persoonlijke basiszorg, bij wonen en een huishouden voeren en biedt ondersteunende begeleiding;
- ondersteunt en activeert tot zelfstandigheid;
- voert verpleeg-technische handelingen uit;
- neemt besluiten over de zorgverlening en handelt overtuigend bij knelpunten;
- werkt professioneel en accuraat, methodisch, resultaatgericht en efficiënt;
- communiceert adequaat;
- geeft voorlichting, advies en instructie over persoonlijke basiszorg en zelfredzaamheid en brengt informatie en advies op een begrijpelijke manier over;
- werkt samen met andere partijen aan continuïteit van zorgverlening;
- gaat beheerst om met spanningen;
- bepaalt grenzen van bekwaamheid en bewaakt die;
- bewaakt eigen arbeidsomstandigheden en positie;
- begeleidt en ondersteunt nieuwe collega's en studenten;
- neemt nieuwe kennis en vaardigheden in zich op;
- reflecteert op eigen handelen en past ontwikkelingen in het vakgebied toe;

Verpleegkundige (mbo-niveau)

Movisie & Vilans beschrijven in 2007 een beroepscompetentieprofiel van deze beroepsgroep (Liefhebber et al., 2007) Ze onderscheiden zes categorieën competenties. De verpleegkundige

1. wordt geacht bij basiszorg in het dagelijkse leven te ondersteunen, psychosociale begeleiding te bieden en tot zelfstandigheid te stimuleren. Hij denkt vooruit, anticipeert op problemen en voert verpleegtechnische handelingen uit. Hij geeft voorlichting, advies en instructie over behouden of verbeteren van de gezondheidssituatie en creëert passende omgevingscondities en randvoorwaarden. Hij werkt professioneel en accuraat.
2. communiceert adequaat en brengt informatie en advies op een begrijpelijke manier over.
3. werkt methodisch en resultaatgericht, kostenbewust en efficiënt. Hij neemt besluiten over de zorgverlening en draagt samen met betrokkenen bij aan het resultaat.
4. bepaalt de grenzen van de eigen bekwaamheid en bewaakt de eigen arbeidsomstandigheden en positie. Hij gaat regulerend en doelgericht om met grenzen en spanningen.
5. begeleidt en ondersteunt nieuwe studenten en collega's. Hij bedenkt en brengt bij knelpunten innovatieve ideeën met overtuiging in en neemt ideeën, ontwikkelingen, nieuwe kennis en vaardigheden in zich op.
6. werkt vanuit een beroepsvisie en is in staat op het handelen van zichzelf en anderen te reflecteren. Hij zet des kundigheid breed in, ook voor de gemeenschap als geheel.

Zorgmanager

De zorgmanager moet volgens Hoogland et al. (2009) verschillende rollen vervullen en daartussen schakelen. Hij verbindt, verkent, overtuigt en bekrachtigt. Dit vereist van de leidinggevende dat hij proactief en onafhankelijk is, visie en omgevingsbewustzijn heeft, over voldoende relationele vaardigheden en overtuigingskracht beschikt en flexibel is.

Volgens het competentieprofiel van NIZW is de zorgmanager waarlijk een duizendpoot (Keijsers et al., 1998). Een samenvatting levert de volgende beschrijving op:

De zorgmanager heeft kennis van ontwikkelingen in de vraag van patiënten, ontwikkelingen in de markt, de maatschappij en op het vakgebied. Hij heeft kennis van de organisatie op het gebied van: aanbodmogelijkheden, systemen en procedures, interne verhoudingen, het operationele werk, kwaliteit en kwaliteitsnormen, de financiële situatie, strategie, visie en beleid. Hij kent de basisprincipes van beheer, administratie, boekhouding, financiën, personeelszaken, inclusief de belangrijkste wet- en regelgeving. Tenslotte heeft hij kennis van financie-

ringsmethoden en relevante fondsen, de politieke context van te nemen besluiten en de doelen en agenda's van andere partijen.

Hij is besluitvaardig, daadkrachtig, creatief en innovatief. Hij heeft een actieve, ondernemende en tegelijk integere houding. Zijn houding is gericht op korte-termijnresultaat en lange-termijnflexibiliteit. Hij kan reflecteren en consistentie in het eigen handelen aanbrengen. Hij heeft de vaardigheid om onzekerheid/ambiguïteit te hanteren, ook onder druk en te vertrouwen op eigen oordeel.

Hij kan de taken in zijn team plannen en begroten, de werkzaamheden verdelen, organiseren en coördineren. Hij weet het team bijeen te brengen en houden en nieuw beleid te implementeren. Hij heeft de vaardigheid om verantwoording af te leggen, maar ook te vragen. Hij kan realistische en samenhangende doelen stellen. Hij is tevens in staat resultaten meetbaar te maken, processen te evalueren en uit evaluaties verbeteringen te genereren. Hij kan zelf een visie ontwikkelen op de zorgverlening en deze visie overtuigend en met argumenten onderbouwd te presenteren in verschillende situaties. Hij kan over de strategie van de instelling op lange termijn denken, het organisatieverleden helder en inspirerend toelichten en patronen, trends en oorzaak/gevolg-relaties onderkennen door het met elkaar in verband brengen van losstaande informatie. Hij heeft vaardigheid om prioriteiten te verwerken in de inzet en verdeling van middelen.

Op het terrein van de communicatie heeft een zorgmanager kennis van menselijk gedrag en van groepsprocessen. Hij kent de samenstelling van en kwaliteiten en mogelijkheden in het team en weet hoe men samenwerkt en hoe hij de interne communicatie kan bevorderen. Daarnaast heeft hij kennis van managementtheorieën, vooral die over zelfsturing en management van professionals. Hij is beschikbaar voor medewerkers, patiënten en subsidiënten en staat open voor suggesties, argumenten, wensen en klachten of kritiek. Hij is in staat een veilige, open, tolerante doch kritische sfeer te creëren. Hij kan met gesprekspartners van verschillende niveaus gesprekstechnieken hanteren als luisteren, doorvragen, samenvatten, parafraseren en feedback geven. Vaardigheid in het hanteren van conflicten is belangrijk. Hij moet zich kunnen inleven in wat een ander in

de organisatie wil zijn (identiteit) en hoe deze binnen gemeenschappelijke uitgangspunten te ontwikkelen. Tenslotte moet hij samenwerking en probleemoplossing kunnen bevorderen binnen een team en tussen disciplines. Hij heeft de vaardigheid om medewerkers en teams te inspireren, te overtuigen en te motiveren voor het werk en voor veranderingen en mensen aan te zetten tot concrete actie.

Verder kan hij onderhandelen, acquireren, goodwill opbouwen en benutten en draagvlak voor vernieuwing scheppen. Hij heeft vaardigheden in marketing, pr en kan ideeën in cijfers vertalen en andersom. Hij kan een netwerk opbouwen en mobiliseren, structurele externe samenwerking tot stand brengen en externe ondersteuning realiseren. Daarnaast weet hij beslissingsmomenten te timen en problemen op te lossen.

Bijlage 2

Literatuur

Accelerating Change Today (A.C.T.): curing the system: stories of change in chronic illness care. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press, 2002.

Belkadi, H. Disease Management en de chronische ziekenzorg. Een analyse van 121 afgeronde ZonMw projecten. Den Haag: ZonMw, 2006.

Barr, V.J.K., et al. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 1, 2003, no. 7, p. 73-82.

Berkhout, J. Wat werkt bij wie? Een doelgroepbenadering bij innovaties in zorg en preventie. Utrecht: Motivaction en De Praktijk, 2009.

Blanson Henkemans, O.A., et al. Zelfmanagement als Arbeidsbesparende Innovatie in de Zorg. Leiden: TNO, 2010.

Bodenheimer, T., E.H. Wagner en K. Grumbach. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. *JAMA*, 288, 2002, no. 14, p. 1775-1779.

Bodenheimer, T., E.H. Wagner en K. Grumbach. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. *JAMA Part Two*. *JAMA*, 288, 2002; no. 15, p. 1909-1914.

Bodenheimer T, et al. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288, 2002, no. 16, p. 2469-2475.

Butterman, O. en L. Vlaskamp. Eerstelijnszorg in CBOG-perspectief. Utrecht: CBOG, 2010.

CBO. Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.

Clark, N.M., et al. Self-Management of Chronic Disease by Older Adults: A Review and Questions for Research. *Journal of Aging Health*, 3, 1991, no. 3 p. 27.

Donkers, E.C.M.M. en G.J. van Leeuwen. Kwetsbare ketens. Aansturing ketenzorg moet beter worden georganiseerd. *Medisch Contact*, 60, 2005; no. 31132, p. 1273-1275.

Drewe, H.W., et al. Effectiviteit van disease management: een overzicht van de (internationale) literatuur. Bilthoven: RIVM, 2008.

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

Gerads, R.A.E. Komt een patiënt bij zijn coach. Een nieuwe blik op patiëntenbeleid. Den Haag: RVZ, 2010.

Glimmerveen, F. en S. van Gunst. Praktijkondersteuner competentieprofiel en eindtermen. Utrecht: LHP, 2010.

Grumbach, K. en T. Bodenheimer. Can health care teams improve primary care practice? *JAMA*, 291, 2004, no. 124, p. 1251.

Hoeymans, N., J.M. Melse en C.G. Schoemaker (reds.). Gezondheid en determinanten: deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM, 2010.

Hoogland, F., R. Uijterwaal en T. van Sprundel. Competentiewijzer: de leidinggevende als spelverdeler. Nieuw denken, nieuw doen! Houten; Utrecht: Puls Consultancy, ActiZ 2009.

Institute of Medicine. Primary care. America's health in a new era. Washington DC: National Academy Press, 1996.

Keijsers, G., et al. De manager (m/v) in zorg en welzijn. Taak- en competentieprofiel. Utrecht: NIZW, 1998.

Klazinga, N.S. (Red.). Gezondheid, zorg en stelsel: AMC/UvA-achtergrondstudie bij Vraag aan bod. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2001.

Langley, G.J, et al. The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance. San Francisco: Jossey-Bass business & management series, 1996.

Leutz, W.N. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. The Milbank Quarterly, 77. 1999, p. 77-109.

Liefhebber, S., et al. Beroepscompetentieprofiel MBO-verpleegkundige ten behoeve van onderwijsexperimenten. Utrecht: Movisie:Vilans, 2007.

Liefhebber S., et al. Beroepscompetentieprofiel MBO-verzorgende ten behoeve van onderwijsexperimenten. Utrecht: Movisie:Vilans, 2007.

Lucht, F. van der en J.J. Polder. Van Gezond naar Beter: kernrapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Bilthoven: RIVM, 2010.

Meer, F.M. (red.). Verpleging in de eigen omgeving: Zvw en AWBZ. Diemen: CVZ, 2009.

Mast, J. en A. Pool. Competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundigen. Module bij het handboek "In de spiegel kijken": werken aan competenties in de thuiszorg. Utrecht: NIZW, 2005.

Meurs, P. en A.P.N. van Rooijen (reds.). Verpleegkundige toekomst in goede banen?. Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening. Utrecht: VBOC - AVVV, 2006.

Meyboom-de Jong, L.J. Schmit Jongbloed en M.C. Willemsen (reds.). De arts van straks. Een nieuw medisch opleidingscontinuum. Utrecht: 2002.

Minkman, M.M.N. en T. Binkhorst. The chronic care model: bundeling van effectieve interventies. KWALITEIT in beeld, 04, 2006, no. 7, p. 4-7.

Minkman, M, K. Ahaus en R. Huijsman. Performance improvement based on integrated quality management models: what evidence do we have? A systematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care*, 19, 2007, no. 2, p. 90-104.

Project Vernieuwing Huisartsenzorg. Competentieprofiel van de huisarts. Utrecht: LHV, 2005.

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

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezondheid 2.0: U bent aan zet. Den Haag: RVZ, 2010.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Naar een meer vraaggerichte zorg. Zoetermeer, RVZ, 1998.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Perspectief op gezondheid 20/20. Den Haag: RVZ, 2010.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Redesign van de eerste lijn in transmurale perspectief. Zoetermeer: RVZ, 1998.

Ramsay, A. en N. Fulop. The Evidence Base for Integrated Care. London: NIHR King's Patient Safety and Service Quality Research Centre, Kings College, 2008.

Renders, C.M., et al. Interventions to improve the Management of Diabetes Mellitus in Primary Care, Outpatient, and Community Settings. Oxford: Cochrane Database Review, 2001.

Schrijvers, G. en C. Spreeuwenberg. Diseasemanagement in de Nederlandse context. Utrecht: Igitur, 2005.

Shortell, S.M., et al. The role of perceived team effectiveness in improving chronic illness care. *Medical Care*, 42, 2004 p. 1040-1048.

Vaarwerk, M.J.E. te en S.A. Formsma. Zorgstandaarden in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten. Den Haag: ZonMw Diseasemanagement chronische ziekten 2010.

Vlaar, P., et al. Klaar voor de toekomst: Een nieuwe beroepenstructuur voor de branches welzijn en maatschappelijke dienstverlening, gehandicaptenzorg, jeugdzorg en kinderopvang. Utrecht: NIZW Beroepsontwikkeling, 2006.

Vliet, K. van, et al.. Toekomstverkenning ten behoeve van een beroepenstructuur in zorg en welzijn. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2004.

Vrijhoef, H.J.M. en L.M.G. Steuten. Innovatieve zorgconcepten op een rij: disease management (1). Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 83, 2005, no.5, p. 304-306.

Vrijhoef, H.J.M. en L.M.G. Steuten. Innovatieve zorgconcepten op een rij: integrated care (4). Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 83, 2005, no. 8, p. 512-514.

Vrijhoef, H.J.M. en L.M.G. Steuten. Innovatieve zorgconcepten op een rij: ketenzorg (7). Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 86, 2006, no. 3, p. 182-184.

Wagner, E.H., B.T. Austin en M. von Korff. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. Milbank Quarterly, 74, 1996, no. 4, p. 511-544.

Wagner, E.H. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice, 1, 1998, no.1, p. 2-4.

Wagner, E.H., et al. A. Improving Chronic Illness Care: translating evidence into action. Health Affairs (Millwood), 20, 2001, nov/dec no. 6, p. 64-78.

Wagner, E.H., et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. Joint Commission Journal of Quality Improvement, 27, 2001, no.2, p. 63-80.

Wagner, E.H. Effective Teamwork and Quality of Care. Medical Care, 42, 2004, no. 11, p. 1037-1039.

Wildeboer, A. (red.). De medisch specialist van straks. Toekomstscenario's medische vervolgopleidingen. NFU, 2010.

World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1986.

World Health Organisation. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. Geneva: WHO, 2002.

¹ Onder ‘chronische aandoening’ wordt verstaan: “any condition that requires ongoing adjustments by the affected person and interactions with the health care system.”

² In deze studie wordt met de term patiënt ook bedoeld op de cliënt. Met de mannelijke vorm wordt ook verwezen naar vrouwen.

³ Onder ‘kwaliteit van leven’ wordt volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) begrepen: de persoonlijke ervaring van het functioneren op fysiek, psychisch en sociaal gebied, voor zover dat met gezondheid te maken heeft.

⁴ Tweede Kamer 2007-2008, 31 200 XVI nr. 155. Programmatische aanpak voor chronische ziekten.

⁵ Tweede Kamer, 2010-2011, aanhangsel van de handelingen nr. 867. Antwoorden op vragen van de leden Kuiken en Van der Veen (beiden PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de integrale bekostiging van zorg aan chronisch zieken (ingezonden 25 november 2010).

⁶ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, 32 417, nr. 15. Vrijheid en verantwoordelijkheid. Regeerakkoord VVD-CDA.

⁷ <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/integralezorg.htm>

⁸ http://www.dmaa.org/dm_definition.asp

⁹ WHO European Office for Integrated Health Care Services. Integrated Care. Working Definition. 2001.

¹⁰ Institute for Health care Improvement (IHI). Partnering in Self-Management Support: A Toolkit for Clinicians.

¹¹ Presentatie van prof. Wagner tijdens de tweede conferentie IQ Healthcare op 10 september 2010, Nijmegen

¹² <http://www.improvingchroniccare.org>

¹³ http://www.apiweb.org/api_home/

¹⁴ Gezondheidsraad. European primary care. Den Haag: gezondheidsraad, 2004; publicatienummer 2004/20E.

¹⁵ Tweede Kamer 2007-2008, 29 247 XVI nr. 56. Dynamische eerstelijns.

¹⁶ De Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM) brengt de te verwachten vraag naar en aanbod van eerstelijnszorg in beeld. De cijfers worden getoond op basis van de bevolkingskenmerken Op gemeente- of postcodeniveau. De VAAM is ontwikkeld door het NIVEL op initiatief van de NPCF en met subsidie van het ministerie van VWS. Informatie is te vinden op: <http://www.nivel.nol/vaam/>

¹⁷ Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Zorggerelateerde preventie richt zich op individuen met een ziekte of met gezondheidsproblemen.

-
- ¹⁸ De eerste plannen voor functionele bekostiging in de AWBZ werden gemeld in: TK, 2007–2008, 30 597, XVI nr. 15. Zeker van zorg, nu en straks.
- ¹⁹ Tweede Kamer 2007-2008, 31 200 XVI nr. 155. Programmatische aanpak van chronische ziekten.
- ²⁰ Tweede Kamer 2009-2010 32 123 XVI nr. 136. Voortgangsbrief programmatische aanpak van chronische ziekten.
- ²¹ Tweede Kamer 2007-2008, 22 894 XVI nr. 134. Kaderbrief 2007-2011 visie op gezondheid en preventie.
- ²² Tweede Kamer 2007-2008, 29 549 XVI nr. 12. Multimorbiditeit en ouderenzorg.
- ²³ Tweede Kamer 2008-2009, 29 247 XVI nr. 76. Doelstellingsbrief eerstelijnszorg.
- ²⁴ <http://WWW.ZELFMANAGEMENT.COM/>
- ²⁵ Tweede Kamer 2008-2009, 29 247 XVI nr. 84. De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging.
- ²⁶ Tweede Kamer, 2009-2010, 32 123 XVI nr. 136. verzoek voortgangsbrief chronische ziekten.
- ²⁷ Tweede Kamer 2010-2011, 32 620 nr. 1. Zorg die werkt: de beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief van de minister van VWS d.d. 26 januari 2011.
- ²⁸ Tweede Kamer, 2010-2011, 32 620 XVI Nr. 2. Vertrouwen in de zorg: de beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief van de staatssecretaris van VWS d.d. 27 januari 2011.
- ²⁹ 'Skills for the new millennium: report of the societal needs working group.' CanMEDS 2000 project, 1996.
- ³⁰ 'CHVG-kaderbesluit' (Staatscourant 25 november 2004; nr. 228)
- ³¹ L. Hingstman en R.J. Kenens, 2007. Cijfers uit de registratie van huisartsen – peiling 2007. Utrecht, Nivel
- ³² <http://www.lvg.org>
- ³³ Artikel 14 Wet BIG en Opleidings- en registratie-eisen verpleegkundig specialisten, Stb. 2009, nr. 1877.
- ³⁴ Een verkorte versie is te vinden op het competentieweb van Movisie: <http://www.movisie.nl/smartsite.dws?id=COMPETENTIEWEBHOME>
- ³⁵ Tweede Kamer 2009-2010, 30 395 xvi NR. 114. Wijkverpleegkundigen en de AWBZ-functie verpleging.

