

Contouren van de zorgondersteunende beroepen in de huisartsenzorg van straks

Een verkenning

Contouren van de zorgondersteunende beroepen in de huisartsenzorg van straks

Een verkenning

In opdracht van:



Stichting Sociaal Fonds
Huisartsenzorg

Uitgevoerd door:



Colofon

Contouren van de zorgondersteunende beroepen in de huisartsenzorg van straks

Een verkenning

In opdracht van

Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg

Uitgevoerd door

KOH | Kenniscentrum Taakherschikking Eerste Lijn

Auteurs

mw. drs. M.R. van der Burgt

mw. drs. E.W.C.C. Derckx

Contact

KOH | Kenniscentrum Taakherschikking Eerste Lijn

Tilburgseweg-West 100

5652 NP Eindhoven

info@stichtingkoh.nl

Copyright

Alle rechten voorbehouden. Uit deze uitgave kan vrijelijk worden geciteerd, mits met duidelijke bronvermelding. Dit rapport als volgt vermelden: Burgt, M.R. van der, Derckx, E.W.C.C. (2016). *Contouren van de zorgondersteunende beroepen in de huisartsenzorg van straks*. Eindhoven: KOH.

Eindhoven, oktober 2016

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
1 Inleiding	7
2 Begrippenkader	9
2.1 Beroep, functie en beroepenstructuur	9
2.2 Onderwijs	10
2.3 Beroeps-, functie- en competentieprofielen	10
3 Foto van nu	13
3.1 Meest voorkomende zorgondersteunende functies	13
3.2 Beroepen in de Wet BIG	15
3.3 Functies die beroepen zijn	16
3.4 Functies en hun opleidingen	17
3.5 Beroeps- en competentieprofielen	17
3.6 Beschouwing	19
4 Uitgangspunten	21
5 Toekomst ontwikkelingen	23
5.1 Nieuwe visie op zorg en gezondheid	23
5.2 Toekomstige patiënten	24
5.3 ICT en e-health	26
5.4 Preventie	27
5.5 Arbeid en arbeidsmarkt	27
5.6 Zorg, zorgberoepen en organisatie van zorg	28
5.7 Taakherschikking en -delegatie	30
5.8 Initieel en post initieel onderwijs	31
5.8 Beschouwing	33
6 Contouren van straks	35
6.1 Beïnvloedende trends voor contouren van straks	35
6.2 Uitgangspunten bij de contouren van straks	37
6.3 Contouren beroepen van straks	38
6.4 Contouren functies van straks	38
6.4 Beschouwing	39
7 Aanbevelingen	41
Geraadpleegde bronnen	47
Bijlage	51
Bijlage 1: Kenmerken van interprofessioneel en multidisciplinair samen werken	51

Voorwoord

De sterk stijgende en veranderende vraag naar huisartsenzorg kan de huisarts de komende jaren niet alleen opvangen. Hiervoor heeft hij een deskundig team om zich heen nodig; samen kunnen zij medisch generalistische zorg bieden. De afgelopen jaren zijn in de huisartsenzorg nieuwe functies ontstaan zoals de praktijkondersteuner ggz, triagist of physician assistant. Steeds vaker zien we daar varianten op denk aan de praktijkondersteuner ouderenzorg, spreekuurondersteuner of posttriagist. Langzaam aan ontstaat er een functiebos. Zonder een duidelijke ordening leidt dit tot een onoverzichtelijk geheel van competenties en taakhoudens. Welke van die ondersteunende functies hebben we nodig? Hiervoor moeten we vooruitblikken. Kijken naar de zorgvraag die op ons afkomt. Immers de vraag naar medisch generalistische zorg in een wijk, dorp of stad bepaalt welke deskundigheden nodig zijn om een passend aanbod te leveren vanuit de huisartsenvoorziening.

Voor u ligt het rapport 'Contouren van de zorgondersteunende beroepen in de huisartsenzorg van straks' een verkennende studie die Stichting Kwaliteit Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH) ontwikkelde op verzoek van de Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg (SSFH). Deze verkenning probeert inzicht te geven in de belangrijkste ondersteunende beroepen en functies die nodig zijn in 2025. De in dit rapport geschetste contouren kunnen de SSFH en haar partners helpen bij het ontwikkelen van een visie op de beroepen en functies die nodig zijn in de huisartsenvoorziening¹ van straks.

Wij bedanken de heren Bolle (InEen), Mutsaerts (InEen) en Lips (LHV) en de dames De Gelder (InEen) en Schuurmans (LHV) voor hun inbreng en feedback op de door ons geschetste contouren. Hun input zorgde voor verdere aanscherping van dit advies.

Een speciaal woord van dank aan Paulien van der Meulen en Loes van Amsterdam die vanuit de SSFH betrokken waren bij de totstandkoming van dit rapport. Graag willen wij hen bedanken voor het meedenken, de constructieve inbreng, het enthousiasme en kritische reflectie.

KOH | Kenniscentrum Taakherschikking Eerste Lijn
Oktober 2016

¹ De huisartsenzorg is georganiseerd in de vorm van huisartsenvoorzieningen: organisatie-eenheden waarin meerdere huisartsen onderling en met ondersteunend personeel samenwerken. Deze huisartsenvoorzieningen kunnen onderdeel zijn van een groter verband van eerstelijnsvoorzieningen (NHG/LHV, 2003).

1 Inleiding

Door een aantal demografische en maatschappelijke ontwikkelingen komt er de komende jaren een steeds grotere druk te liggen op de huisartsenzorg. Het aantal Nederlanders stijgt met 6,3% tussen 2011 en 2030. Het aandeel 65 plussers neemt toe van 17% naar 25%. We krijgen dus meer ouderen die tegelijkertijd steeds ouder worden. Met stijgen der jaren neemt het aantal gezondheidsproblemen toe. Tussen 2011 en 2030 stijgt het aantal chronisch zieken (16%) maar ook het aantal patiënten dat meerdere aandoeningen tegelijkertijd heeft neemt met bijna 30% toe (Kiwa Prismant, 2012). Daar komt nog bij dat we, door wijzigingen in de financiering en organisatie van de zorg, langer thuis blijven wonen. Voor de huisarts betekent een toenemende en vergrijzende bevolking dat de zorgvraag stijgt en het aantal contacten toeneemt.

Het bieden van 24-uurs medisch generalistische zorg doet de huisarts niet alleen. In zijn praktijk of op de huisartsenpost werkt hij in een team dat bestaat uit verschillende deskundigheden en functies. Buiten de muren van zijn praktijk werkt hij samen met andere zorgverleners in de eerste lijn. Een van de uitgangspunten beschreven in de Toekomstvisie huisartsenzorg 2022 (NHG & LHV, 2012) is gedeelde en afgestemde verantwoordelijkheden van de huisarts met andere zorgverleners. Met als doel dat de verschillende zorgvragen op de juiste tijd, op de juiste plaats door de juiste zorgverlener worden beantwoord.

We zien binnen de huisartsenvoorziening het team rondom de huisarts steeds groter worden. Eerst was daar de doktersassistent die administratieve en later ook steeds meer medische taken ging doen. Eind jaren negentig in de vorige eeuw kwam de praktijkondersteuner somatiek (POH-S) die volgens de NHG-standaarden zorg verleende aan bepaalde groepen chronisch zieken. Van meer recenter datum zijn de praktijkondersteuner ggz (POH-GGZ), de verpleegkundig specialist en physician assistant.

De afgelopen jaren zijn een veelheid aan nieuwe functies en varianten daarop ontstaan met bijbehorende opleidingen. Functies zijn gaan differentiëren en diversiteit is ontstaan. Op de huisartsenpost specialiseert de doktersassistent zich in een taak namelijk triëren van zorgvragen in de avond, nacht en weekenduren. Er ontstaat een nieuwe functienaam, de triagist. Andere doktersassistenten gaan zich meer richten op medische taken en worden spreekuurondersteuner of omloopmedewerker. Ook bij praktijkondersteuners en verpleegkundigen zien we hetzelfde gebeuren. Er komen functionarissen die gespecialiseerd zijn in een aandoening zoals de diabetesverpleegkundige of in een doelgroep denk aan de praktijkondersteuner ouderenzorg of (ggz) jeugd. Vaak kent iedere nieuwe functie weer een eigen opleiding.

Het ontstaan van nieuwe functies en opleidingen is niet uniek voor de huisartsenzorg. De Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen adviseert de ministers van VWS en OCW over de gewenste ontwikkelingen van beroepen en opleidingen in de zorg met het oog op een toekomstgericht zorgstelsel. Zij constateerde in 2012 dat in de gezondheidszorg 2.400 verschillende beroepen en functies en 1.700 verschillende opleidingen zijn. De commissie sloot de eerste fase van haar opdracht in 2015 af met het rapport 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren'. Meer hierover leest u in 5.1. Eind 2016 volgt een advies over het opleidingscontinuüm.

Een onduidelijke ordening van beroepen en functies met bijbehorende taakinhouden en competenties leidt tot een onoverzichtelijk geheel waarbij samenhang en afstemming ontbreekt. Dit heeft weer consequenties voor opleidingen die onvoldoende weten waar het veld behoefte aan heeft en voor welke competenties zij moeten opleiden. Maar het heeft ook gevolgen voor de doorstroom van zittende medewerkers (carrièreperspectief) en de instroom van nieuw personeel uit andere sectoren.

Doel

Het ontwikkelen van een advies voor een beroepenstructuur voor de zorgondersteunende beroepen en functies in de huisartsenzorg inclusief de bijbehorende opleidingen. Het richtpunt is de periode tussen 2020 en

2025. Het eindrapport is het resultaat van een verkennende studie, die dient als discussienotitie voor de opdrachtgever.

Focus en reikwijdte

Dit advies richt zich op de zorgondersteunende beroepen en functies in de huisartsenzorg. De huisarts en andere ondersteunende of faciliterende functies zoals manager of administratief medewerker laten we buiten beschouwing. Dat geldt ook voor bijvoorbeeld de fysiotherapeut, apotheker en maatschappelijk werkende. Deze zorgverleners leveren geen medisch generalistische zorg maar zijn belangrijke samenwerkingspartners waarmee de huisarts en zijn team eerstelijnszorg bieden. Bij de term huisartsenzorg gaan we uit van de medisch generalistische zorg die huisartsen 24/7 bieden in verschillende organisatievormen. Dit kunnen huisartsenpraktijken zijn, geïntegreerde gezondheidscentra, huisartsen- of spoedposten, zorggroepen of andere organisaties.

Inhoudelijke kaders

Op verzoek van de opdrachtgever zijn vier documenten richtinggevend bij het schetsen van de contouren van straks. Als eerste is dat het Zorgakkoord eerste lijn 2014 tot en met 2017, ten tweede de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 van NHG en LHV en het derde is de visie met bijbehorende adviezen van de Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen. Als laatste dienen de contouren van straks te passen in de afspraken die LHV, NHG, InEen, NVvPO, NVDA, FNV Zorg en Welzijn, CNV Zorg & Welzijn, V&VN en de hbo-opleidingen, samengebracht door SSFH, maakten op 5 februari 2016. In dat akkoord staat dat de praktijkondersteuner somatiek onderdeel blijft van het ondersteunende team in de huisartsenzorg.

Werkwijze

We zijn begonnen met het beschrijven van een begrippenkader voor de termen die we in dit rapport gebruiken. Wat is een beroep, wat een functie en wat is het onderscheid tussen beiden. Omdat we ook een advies uitbrengen over de opleidingen van de ondersteunende basisberoepen en –functies hebben we hiervoor gekeken naar bestaande definities. Vervolgens maakten we een inventarisatie van de stand van zaken nu (najaar 2015). We onderzochten welke ondersteunde zorgberoepen en functies er op dit moment bestaan in de huisartsenzorg en wat de voorliggende opleidingen zijn. Om tot een zo compleet mogelijk beeld te komen van bestaande functies toetsten we onze bevindingen bij enkele organisaties in het veld zoals huisartsenposten, gezondheidscentra en zorggroepen. Vervolgens keken we welke beroepen verankerd zijn in de Wet BIG en beschreven staan in de cao's huisartsenzorg en gezondheidscentra. Als laatste werd verkend welke competentie- en functieprofielen er zijn. We maakten als het ware een foto van de huidige situatie. Vervolgens zijn we gaan kijken naar de toekomst. Niet alleen de toekomstige zorgvraag bepaalt het zorgaanbod en de deskundigheid die we nodig hebben maar ook maatschappelijke en demografische ontwikkelingen hebben invloed. Dat zelfde geldt voor veranderingen in de zorg, het (zorg)onderwijs, de arbeidsmarkt of ICT. Op basis van de foto van nu en de belangrijkste toekomst ontwikkelingen is een ontwerp gemaakt voor de beroepen en –functies die nodig zijn in de huisartsenzorg van straks. Dit ontwerp is voorgelegd aan vertegenwoordigers van de werkgeverspartijen LHV en InEen die daarop hun visie hebben gegeven.

Leeswijzer

In hoofdstuk twee beschrijven we het begrippenkader en in hoofdstuk drie de foto van nu. Daarna lichten we de beleidsdocumenten toe die richtinggevend waren bij het schrijven van dit rapport. In hoofdstuk vijf staan toekomst ontwikkelingen die van invloed zijn op de contouren van straks. In het zesde hoofdstuk leest u welke zorgondersteunende beroepen en functies nodig zijn en we sluiten af met een aantal aanbevelingen voor de opdrachtgever.

2 Begrippenkader

Eenheid van taal is belangrijk. Het gebruiken van dezelfde definities vergroot de kans om elkaar te begrijpen. Dat geldt ook voor dit rapport. In 2.1 beschrijven we de definities die wij gebruiken voor de begrippen beroep en functie en we geven aan wat het onderscheid tussen beiden is. Ook binnen het onderwijs en bij opleidingen worden verschillende termen gebruikt denk aan (post)initieel onderwijs, functiegerichte scholing en bedrijfsopleiding. Ook hier maken we een keuze voor dit rapport, dit leest u in 2.2.

2.1 Beroep, functie en beroepenstructuur

De begrippen beroep en functie worden vaak door elkaar gebruikt terwijl er toch een wezenlijk onderscheid is. Onder **beroep** wordt verstaan 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.

Bron: Van de Velden et al., 2013 in opdracht van de Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen; RVZ, 2002

Een **functie** is een geheel van beroepsactiviteiten dat in een specifieke arbeidsorganisatie tot de verantwoordelijkheid van één beroepskracht behoort. In tegenstelling tot beroepen zijn functies altijd gebonden aan een bepaalde organisatie; het zijn specifieke verschijningsvormen van beroepen.

Bron: Van de Velden et al., 2013 in opdracht van de Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen; RVZ 2002

Het beroep staat dus los van de organisatie terwijl de functie juist wordt bepaald door de organisatie. Daarmee is de functie de specifieke invulling die een beroep krijgt binnen een organisatie. Als de organisatie geen specifieke invulling geeft aan het beroep dan vallen functie en beroep samen (Van der Velde et al., 2012).

Onder beroepen kunnen meerdere functiebenamingen vallen. De functies zijn dan niet helemaal gelijk maar hebben wel hetzelfde opleidingsniveau en werksoorten (Van der Velde et al., 2012). Denk aan het beroep doktersassistent daar kan zowel de functie 'praktijkassistent' als 'poli assistent' onder vallen.

Beroepsbeoefenaren met dezelfde beroepsopleiding en beroepsmatige achtergrond kunnen in uiteenlopende functies werken (RVZ, 2002). Een verpleegkundige kan een functie bekleden in een ziekenhuis, bij de thuiszorg of in een verpleeghuis. De doktersassistent kan werken in een huisartsenpraktijk, bij een GGD of in een ziekenhuis. De inhoud van een functie kan per organisatie verschillen. Zo kan een doktersassistent in de ene huisartsenpraktijk uitstrijkjes maken en in een andere praktijk niet.

Andersom geldt ook, beroepsbeoefenaren met verschillende opleidingsniveaus kunnen een zelfde functie invullen (Den Boer et al., 2004). Bijvoorbeeld een verpleegkundige en doktersassistent kunnen beiden werken in de functie van praktijkondersteuner somatiek.

Maar er zijn nog meer punten waarop beroepen en functies van elkaar verschillen. Functies bijvoorbeeld veranderen voortdurend, beroepen daarentegen veel minder. Het is zelfs mogelijk dat functies verdwijnen, voor beroepen geldt dat veel minder (Den Boer et al., 2004). Juridische regelingen en opleidingen (titelbescherming of erkenning specialismen) zijn doorgaans gekoppeld aan beroepen en niet aan functies (RVZ, 2002). Beroepen zijn niet alleen nationaal maar ook internationaal herkenbaar (LHV et al., 2014). Functies vaker alleen nationaal.

Een **beroepenstructuur** is een overzicht van kernberoepen in hun onderlinge samenhang. Een toekomst gerichte beroepenstructuur is afgestemd op de benodigde zorg om mensen in staat te stellen (zelfstandig en in hun eigen leefomgeving) te kunnen functioneren. De structuur is flexibel en dynamisch en wordt regelmatig geactualiseerd om in te kunnen spelen op veranderingen in de zorg die nodig zijn.

Bron: Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 2014

2.2 Onderwijs

Ook als we het hebben over onderwijs worden veel termen door elkaar gebruikt. Voor het beschrijven van de contouren van straks gaan wij uit van initieel en post initieel onderwijs, formeel en non-formeel onderwijs en bekostigd onderwijs.

Initieel onderwijs is het eerste, oorspronkelijke voltijdonderwijs die een persoon volgt vóóordat hij de arbeidsmarkt betreedt. Hiertoe behoren het basisonderwijs, voltijd voortgezet onderwijs en aansluitende vervolgopleidingen (mbo, hbo, wo).

Bron: SER, 2012

Onder **post initieel onderwijs** verstaan we alle vormen van onderwijs die een persoon volgt ná afronding van het voltijd voortgezet onderwijs en aansluitende vervolgopleidingen (mbo, hbo, wo) en ná toetreding tot de arbeidsmarkt. Onder het post initieel onderwijs vallen deeltijdopleidingen en cursussen. Voltijd opleidingen vallen alleen in deze categorie als een persoon in de vijf voorafgaande jaren geen onderwijs heeft gevolgd.

Bron: SER, 2012; CBS, 2014

Met **formeel onderwijs** wordt bedoeld onderwijs dat opleidt voor een door de overheid erkend diploma of certificaat. Bij het **non-formeel onderwijs** is dit niet zo. Het kan wel leiden tot een door branche of beroepsgroep erkend diploma of certificaat.

Bron: SER, 2012

En als laatste **bekostigd onderwijs** dat staat voor onderwijs dat is erkend en wordt gefinancierd door de overheid.

In de praktijk wordt vaak het begrip beroepsonderwijs gebruikt om aan te duiden dat hier gaat om onderwijs als voorbereiding op het uitoefenen van een beroep. De Wet Educatie en Beroepsonderwijs (WEB, 1996) onderschrijft dit maar heeft een belangrijke aanvulling namelijk dat onder het beroepsonderwijs niet wordt verstaan het hoger onderwijs (hbo en wo).

2.3 Beroeps-, functie- en competentieprofielen

Omdat we in het volgende hoofdstuk kijken naar bestaande beroeps-, functie- en competentieprofielen zetten we ook hiervoor een aantal termen op een rij.

Een **beroepsprofiel** is een omschrijving van eisen en kwalificaties waaraan een beroepsbeoefenaar ten minste moet voldoen om als goed beroepsbeoefenaar te worden gekwalificeerd. Het beroepsprofiel dient als uitgangspunt voor de daarop te baseren eindtermen. De sociale partners stellen het profiel op.

Bron: WEB, 1996

In het **functieprofiel** staat een eenduidige beschrijving van het takenpakket van een medewerker(s). Het beschrijft taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden die bij die functie horen. Het ontwikkelen van functieprofielen is een taak de organisatie.

Bron: Wikipedia

Een competentie is een geïntegreerd geheel van kennis, inzicht, vaardigheden en attitudes en persoonlijke eigenschappen waarmee op adequate wijze resultaten worden behaald. Een **competentieprofiel** is een beschrijving van competenties die de basis vormen voor opleidingsprofielen in het onderwijs.

Bron: Movisie

In een functieprofiel staan dus taken, verantwoordelijkheden en resultaten die bij een functie horen. In een competentieprofiel omschrijf je welke kennis, vaardigheden en attitudes een medewerker nodig heeft om de functie goed te vervullen.

Eindtermen zijn omschreven kwaliteiten op het gebied van kennis, inzicht, vaardigheden en in voorkomende gevallen beroepshoudingen waarover degene die opleiding voltooit moet beschikken. Ze geven niet aan op welke manier het onderwijs tot die eindtermen moet komen en evenmin hoe de deelnemer tot dat resultaat komt.

Bron: WEB, 1996

3 Foto van nu

Voordat we de nieuwe contouren voor de zorgondersteunende beroepen en functies schetsen inventariseren we eerst de stand van zaken nu (najaar 2015). We maken als het ware een foto van de huidige situatie. Dat doen we door de beroepen en functies met hun opleidingen in kaart te brengen. We beginnen met het in beeld brengen van de zorgondersteunende functies die nu voorkomen in de huisartsenzorg. Dan beschrijven we welke beroepen wettelijk verankerd zijn in de Wet BIG. De geïnterpreteerde functies en de beroepen uit de Wet BIG vergelijken we met elkaar. We laten zien welke functies beroepen zijn en tonen de bijbehorende (post)initiële opleiding. In 3.5 brengen we in beeld welke beroeps- en competentieprofielen er bestaan. We sluiten af met de meest opvallende bevindingen.

3.1 Meest voorkomende zorgondersteunende functies

Om de meest voorkomende zorg ondersteunde functies in kaart te brengen hebben we de functies zoals beschreven in de FunctieWaardering HuisartsenZorg (FWHZ, 2013) onderdeel van de cao huisartsenzorg (2015-2017) en de cao gezondheidscentra (2013-2014) op een rij gezet. Dit overzicht hebben we toegestuurd aan dertien zorggroepen, gezondheidscentra, huisartsenpraktijken en – posten met het verzoek om het overzicht te controleren en aan te vullen. Dit resulteerde in 47 functies die in de huisartsenzorg voorkomen. Zie ook tabel 1. In het overzicht zijn, omwille van de helderheid, variaties op functies zoveel mogelijk gegroepeerd. Het overzicht is niet volledig omdat we niet alle praktijken, gezondheidscentra, posten en zorggroepen in het land hebben gevraagd. Een aantal organisaties gaf aan geen aanvullingen meer te hebben op de bestaande lijst. Dit betekent dat er sprake is van verzadiging. We gaan er daarom vanuit dat de meest voorkomende zorgondersteunende functies in tabel 1 staan.

De functienamen in zwart komen uit de cao huisartsenzorg (FWHZ), roze uit de cao gezondheidscentra en de namen in grijs zijn toegevoegd door de organisaties die meewerkten aan de inventarisatie. Deze functies staan niet in de cao's.

Zorgondersteunende functies in de huisartsenzorg	
doktersassistent	doktersassistent A huisartsenpraktijk, doktersassistent B huisartsenpraktijk, leidinggevend doktersassistent huisartsenpraktijk, doktersassistent/centrumassistent, coördinerend doktersassistent, doktersassistent met specialisatie (triage, huisartsenpost, bijzondere handelingen), senior assistent GC (POH ondersteuning), coördinerend doktersassistent met leidinggevende taken, coördinerend doktersassistent met managementtaken spreekuurondersteuner, medisch ondersteuner
triagist	triagist A acute zorg, triagist B acute zorg, leidinggevend triagist telefonisch triagist, post triagist, regieassistent, eerst verantwoordelijke triagist, coördinator callcentrum, ggz triagist
apothekersassistent	apothekersassistent huisartsenpraktijk, apothekersassistent zonder aanvullende taken, apothekersassistent met aanvullende taken
praktijkondersteuner	praktijkondersteuner A huisartsenpraktijk, praktijkondersteuner B huisartsenpraktijk, praktijkondersteuner GGZ A huisartsenpraktijk, praktijkondersteuner GGZ B huisartsenpraktijk praktijkondersteuner huisartsenzorg zonder aanvullende taken, praktijkondersteuner huisartsenzorg met managementtaken POH-S en/of POH ouderenzorg, POH-GGZ volwassenen, POH-GGZ jeugd & kind
verpleegkundige	praktijkverpleegkundige, praktijkverpleegkundige ouderenzorg, diabetesverpleegkundige, longverpleegkundige, CVR-verpleegkundige, stafverpleegkundige, kortelijilverpleegkundige, triageverpleegkundige verpleegkundig specialist A acute zorg, verpleegkundig specialist B acute zorg verpleegkundig specialist huisartsenpraktijk, verpleegkundig specialist ggz
anders	physician assistant A acute zorg, physician assistant B acute zorg, physician assistant huisartsenpraktijk

Tabel 1. Meest voorkomende zorgondersteunende functies in de huisartsenzorg (najaar 2015)

We hebben niet gevraagd naar de taakinhoud van de functies. Zeer waarschijnlijk overlappen veel van de functies uit tabel 1 elkaar. Zo lijkt er op het eerste oog weinig verschil te zijn tussen een triagist en een post triagist of een leidinggevend doktersassistent en een coördinerend doktersassistent met leidinggevende taken. Een aantal functies zien we alleen in de acute zorg zoals die van de triagist (en alle varianten daarop) en medisch ondersteuner. Dat zelfde geldt ook voor de zorg binnen kantooruren daar zien we bijvoorbeeld doktersassistenten, praktijkondersteuners somatiek en ggz. De verpleegkundig specialist en physician assistant werken zowel in acute zorg als in de huisartsenpraktijk.

Funcities in aantallen

Alleen van de functies die genoemd staan in tabel 2 weten we bij benadering hoe vaak die voorkomen in de huisartsenzorg. Wat we niet weten is hoeveel kortelijilverpleegkundigen, medisch ondersteuners, spreekuurondersteuners of leidinggevend doktersassistenten er zijn. Ook is niet bekend op hoeveel huisartsenposten kortelijilverpleegkundigen of spreekuurondersteuners werken.

Functie	Aantal
doktersassistent	15.000 ²
triagist	1.850 ³
praktijkondersteuners somatiek en ggz	4.500 ⁴
verpleegkundig specialist	279 ⁵
physician assistant	89 ⁶

Tabel 2. Voorkomen functies in de huisartsenzorg

3.2 Beroepen in de Wet BIG

Om een antwoord te krijgen op de vraag welke beroepen wettelijk verankerd zijn kijken we naar de Wet BIG. Deze wet verdeelt beroepen, die onder deze wet, vallen in drie groepen. Deze groepen staan bekend onder het artikelnummer: artikel 3-, 34- en 36a-beroepen. Wettelijk erkende specialismen vallen onder artikel 14. Het onderscheid tussen de verschillende artikelen leggen we hier onder uit.

Alleen **artikel 3** beroepen staan geregistreerd in het BIG-register en vallen onder het complete tuchtrecht. Ze hebben een wettelijk erkende beroepstitel. Voor vijf beroepen uit artikel 3 bestaan wettelijk erkende specialismen, dat zijn de apotheker, arts, gezondheidszorgpsycholoog, tandarts en verpleegkundige. Dit staat in **artikel 14** van de wet (www.bigregister.nl).

Artikel 3 beroepen	Artikel 14 wettelijk erkende specialismen
apotheker	√
arts	√ waaronder huisarts
fysiotherapeut	
gezondheidszorgpsycholoog	√
psychotherapeut	
tandarts	√
verloskundige	
verpleegkundige	√ verpleegkundig specialist

Tabel 3. Beroepen artikel 3 en wettelijk erkende specialismen uit artikel 14

Van de artikel 3 beroepen zijn de opleidingseisen wettelijk vastgelegd. Deze zorgverleners mogen alleen de beroepstitel voeren als zij de vereiste opleiding hebben afgerond. Zij moeten ingeschreven zijn in het BIG-register. Het is niet toegestaan om een beroepstitel te gebruiken zonder inschrijving in het BIG-register (www.bigregister.nl).

Voor de beroepen die vallen in **artikel 34** geldt dat ze alleen een wettelijk beschermde opleidingstitel hebben. Dat wil zeggen dat alleen degenen die de opleiding hebben afgerond, de opleidingstitel mogen voeren. Zorgverleners met een beschermde opleidingstitel worden niet ingeschreven in het BIG-register en zij kennen geen tuchtrecht (www.bigregister.nl).

² Uit: Versteving infrastructuur arbeidsmarkt in de huisartsenzorg (2014), SSFH

³ Uit: Benchmark (2016), Ineen. Aantal gediplomeerde triagisten op 31 december 2015

⁴ Uit: Versteving infrastructuur arbeidsmarkt in de huisartsenzorg (2014), SSFH

⁵ Uit: Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist (2016), KIWA

⁶ Uit: Alumni van de masteropleiding tot physician assistant (2016), KIWA

Artikel 34 beroepen	
apothekersassistent	oefentherapeut mensendieck
diëtist	optometrist
ergotherapeut	orthoptist
huidtherapeut	podotherapeut
klinisch fysicus	radiodiagnostisch laborant
logopedist	radiotherapeutisch laborant
mondhygiënist	tandprotheticus
oefentherapeut Cesar	verzorgende in de individuele gezondheidszorg

Tabel 4. Beroepen artikel 34

De NVDA diende eind juni 2016 bij het ministerie van VWS een aanvraag in voor opname van de doktersassistent in artikel 34 van de Wet BIG (www.nvda.nl). Bij het schrijven van dit rapport nog niet bekend of de aanvraag is gehonoreerd.

De **artikel 36a** beroepen (verpleegkundig specialist, physician assistant en klinisch technoloog) hebben een wettelijk beschermde opleidingstitel, geen wettelijk register, het tuchtrecht is van kracht maar met beperkte maatregelen. Uitzondering is de verpleegkundig specialist, die heeft wel een wettelijk register en daar is het tuchtrecht in volle omvang van toepassing (www.bigregister.nl). Na het afronden van de opleiding en inschrijving in het Verpleegkundig Specialisten Register mag de verpleegkundig specialist de wettelijke titel voeren. Er zijn vijf beschermde specialistentitels waarin zij zich kan laten registreren: preventieve zorg bij somatische aandoeningen, acute zorg bij somatische aandoeningen, intensieve zorg bij somatische aandoeningen, chronische zorg bij somatische aandoeningen, geestelijke gezondheidszorg (www.vsregister.venvn.nl).

Verpleegkundig specialisten en physician assistants zijn vanaf 2012 voor vijf jaar bevoegd om, onder bepaalde voorwaarden, zelfstandig een aantal voorbehouden handelingen te indiceren, uit te voeren en/of te delegeren. Met de toevoeging van artikel 36a in de wet BIG en het van kracht worden van twee Algemene Maatregelen van Bestuur, is hiervoor de wettelijke basis geregeld. Het gaat om een tijdelijke regeling tot 1 januari 2017. Onderzoek (De Bruijn et al., 2015) toont aan dat het uitvoeren van bepaalde voorbehouden handelingen door verpleegkundig specialisten en physician assistants bijdraagt aan het efficiënter inrichten van de zorg. De minister van VWS gaat een aantal van die handelingen, waaronder het voorschrijven van medicatie, definitief in de Wet BIG regelen.

3.3 Functies die beroepen zijn

Als we de zorgondersteunende functies uit paragraaf 3.1 leggen naast de beroepen uit de artikelen 3-, 34 en 36a in de Wet BIG dan zien we dat de volgende functies ook beroepen zijn: apothekersassistent, verpleegkundige, verpleegkundig specialist en physician assistant. Mogelijk in de toekomst ook de doktersassistent.

In onderstaande tabel staan de zorgondersteunende functies die volgens de Wet BIG een beroep zijn. We vermelden meteen de initiële opleiding.

Initiële opleiding	Beroep	Post initiële opleiding	Specialisme
vmbo, overgang 3 naar 4 havo/vwo, mbo-3	mbo-4 apothekersassistent	apothekersassistent (art 34)	
vmbo, mavo, overgang 3 naar 4 havo/vwo, mbo-3	mbo-4 verpleegkunde inservice opleiding	verpleegkundige (art 3)	
havo, vwo	hbo bachelor verpleegkunde	verpleegkundige (art 3)	hbo master advanced nursing practice verpleegkundig specialist (art 14)
havo, vwo	hbo bachelor <ul style="list-style-type: none"> • fysiotherapie • ergotherapie • verpleegkunde • logopedie • enz. zie toelichting hieronder	fysiotherapeut (art 3) ergotherapeut (art 34) verpleegkundige (art 3) logopedist (art 3)	hbo master physician physician assistant assistant (art 36a)

Tabel 5. Zorgondersteunende functies die Wet BIG beroepen zijn (artikel 3, 34 of 36a) plus opleiding

Waar de verpleegkundig specialist net zoals de huisarts een specialisme is van het basisberoep verpleegkundige of arts, ligt dat bij de physician assistant anders. De physician assistant is een artikel 36a beroep dat geen wettelijk specialisme is. De hbo master tot physician assistant leidt op tot dit beroep. Om toegelaten te worden tot de opleiding moet je een hbo bachelor in de gezondheidszorg hebben afgerond. Dat betekent dat fysiotherapeuten en verpleegkundigen (artikel 3) maar ook bijvoorbeeld diëtisten, logopedisten, huidtherapeuten en radiotherapeutisch laboranten (artikel 34) physician assistant kunnen worden.

Alle opleidingen uit tabel 5 vallen onder het formeel onderwijs; ze leiden op tot een door de overheid erkend diploma of certificaat. Het is bekostigd onderwijs.

3.4 Functies en hun opleidingen

In tabel 1 staan nog diverse andere functies zoals triagist, praktijkondersteuner, spreekuurondersteuner en longverpleegkundige. Het gaat hier om functies die volgens de Wet BIG geen beroepen zijn. Maar deze functies hebben wel altijd een beroep als basis. Zo heeft de triagist eerst een opleiding tot doktersassistent of verpleegkundige afgerond. De praktijkondersteuner ggz is verpleegkundige of psycholoog, de diabetesverpleegkundige volgde eerst verpleegkunde en specialiseerde zich daarna in een ziektebeeld.

Opvallend is dat de opleidingen die leiden tot die functies divers zijn. Wat ze met elkaar gemeen hebben is dat het om niet-formeel, onbekostigd, post initieel onderwijs gaat. Maar ze zijn verschillen qua aanbieder, inhoud en opleidingseisen. Zo volgt een triagist een opleiding bij een gecertificeerde opleidingsinstituut of een huisartsenpost die aan de gestelde eisen voldoet. Praktijkondersteuners worden veelal opgeleid bij hogescholen. Kortelijnerverpleegkundigen en medisch ondersteuners volgen een opleiding die is ontwikkeld door de organisatie waar ze werken. Maar zijn er ook functies die geen aanvullende opleiding lijken te vragen denk bijvoorbeeld aan de functie van eerst verantwoordelijke triagist.

3.5 Beroeps- en competentieprofielen

Zoals beschreven in 2.3 staat in het beroepsprofiel een omschrijving van kwalificaties waar aan een beroepsbeoefenaar tenminste moet voldoen. Het geeft als het ware de essentie van het beroep aan ongeacht het veld waarin de beroepsbeoefenaar werkt. Dus het beroepsprofiel voor de doktersassistent geldt voor assistenten die werken bij de GGD, in het ziekenhuis of in de huisartsenpraktijk.

Voor de zorgondersteunende beroepen in de huisartsenzorg bestaan de volgende profielen:

- Beroepscompetentieprofiel doktersassistent (NVDA, 2013)
- Beroepscompetentieprofiel apothekersassistent (SBA, 2012)
- Beroepsprofiel verpleegkundige (V&VN, 2012)
- Beroepsprofiel verpleegkundig specialist (V&VN, 2012)
- Beroepsprofiel physician assistant (NAPA, 2012)

Het beroepsprofiel kan gebruikt worden als basis om de competenties te beschrijven die een beroepsbeoefenaar aanvullend nodig heeft in de huisartsenzorg. Een voorbeeld daarvan is het Competentie en eindtermen document voor de opleiding tot praktijkverpleegkundige (LHV et al., 2014). Het beroepsprofiel van de verpleegkundige uit 2012 diende als basis en is vervolgens aangevuld met specifieke competenties die nodig zijn voor de huisartsenpraktijk. Bij de praktijkondersteuner ggz is bewust niet gekozen voor een bestaand beroepsprofiel op hbo-niveau. De functie vereist een dermate specifieke expertise die niet te verenigen is met één beroep (LHV et al., 2014). Deze functie kan uitgeoefend worden door diverse beroepen (verpleegkundigen, psychologen, maatschappelijk werkers enz.).

Voor de volgende functies bestaat een competentieprofiel afgestemd op de huisartsenzorg:

- Praktijkondersteuner ggz: functie- en competentieprofiel voor POH-GGZ (LHV et al., 2014)
- Praktijkondersteuner somatiek: Competenties en eindtermen praktijkondersteuners (2004), dat werd vervangen door het Competentieprofiel en eindtermen document voor de POH-S uit 2010 (LHV et al., 2010) dat in 2014 werd vervuld door het Competentie en eindtermendocument voor de opleiding tot praktijkverpleegkundige (LHV et al., 2014).
- Praktijkverpleegkundige: Competentie en eindtermendocument voor de opleiding tot praktijkverpleegkundige (LHV et al., 2014)⁷.

Bij bovenstaande opsomming zijn twee punten van belang. De eerste gaat over de triagist. Deze functie kent geen competentieprofiel maar de competenties staan wel beschreven in de regeling 'diplomering triagist' (InEen, 2016). Het tweede punt betreft de competentieprofielen voor de praktijkondersteuner somatiek en praktijkverpleegkundige. In 2012 tekenden vertegenwoordigers van huisartsen, hogescholen, verpleegkundigen en praktijkondersteuners een convenant om de opleiding te actualiseren zodat deze zou opleiden tot een eenduidige en uniforme generalistische hbo professional (LHV et al., 2014). De praktijkondersteuner somatiek op hbo-niveau zou op termijn plaats maken voor de hbo-opgeleide praktijkverpleegkundige. Daarop werd het competentieprofiel voor de praktijkondersteuner somatiek (2010) in 2014 vervangen door het 'Competentie en eindtermendocument voor de opleiding tot praktijkverpleegkundige'. Dit leidde tot onduidelijkheid in het veld. Praktijkondersteuners somatiek leveren immers al jaren een belangrijke bijdrage aan de zorg voor chronisch zieken. Lang bleef het onduidelijk of de functie zou verdwijnen. Om hier aan een einde te maken besloten partijen⁸ op 5 februari 2016 dat de functie van praktijkondersteuner somatiek blijft bestaan, naast de hbo opgeleide praktijkverpleegkundige. Uitgangspunt voor de praktijkondersteuner somatiek vormt het competentieprofiel uit 2004 (met aanpassingen) en voor de praktijkverpleegkundige het competentie en eindtermendocument uit 2014.

Tabel 6 op de volgende pagina laat zien welk beroep of functie een beroeps- en/of competentieprofiel heeft.

⁷ Er bestaat een tweede profiel voor praktijkverpleegkundigen: Beroepsdeelprofiel en eindtermen praktijkverpleegkundige ouderenzorg (NPV en V&VN, 2010). Dit geldt voor praktijkverpleegkundigen die werken in de ouderenzorg zoals in het verpleeghuis of de huisartsenpraktijk. We laten dit profiel buiten beschouwing omdat de werkgeverspartijen uit de huisartsenzorg niet bij betrokken waren bij de tot standkoming.

⁸ LHV, NHG, InEen, NVvPO, NVDA, FNV Zorg en Welzijn, CNV Zorg & Welzijn, V&VN en de hbo-opleidingen, samengebracht door SSFH

Beroep en/of functie	Beroepsprofiel (algemeen)	Competentieprofiel (voor huisartsenzorg)
doktersassistent	doktersassistent	
triagist		triagist
apothekersassistent	apothekersassistent	
praktijkondersteuner somatiek		POH-S
praktijkondersteuner ggz		POH-GGZ
praktijkverpleegkundige	verpleegkundige	praktijkverpleegkundige
verpleegkundig specialist	verpleegkundig specialist	
physician assistant	physician assistant	

Tabel 6. Overzicht beroeps- en competentieprofielen

In de quick scan van de beroeps- en competentieprofielen vallen op het eerste oog een aantal zaken op. De bestaande profielen zijn opgesteld volgens de CanMEDS systematiek⁹, uitgezonderd die voor de triagist. Verder bestaan er beroepsprofielen voor de dokters- en apothekersassistent, verpleegkundig specialist en physician assistant maar ontbreken competentieprofielen voor deze functies in de huisartsenzorg. Als we inzoomen op vier functies (praktijkondersteuner somatiek, praktijkondersteuner ggz, triagist en praktijkverpleegkundige) die wel een competentieprofiel hebben dan signaleren we een diversiteit in de opbouw. Zo worden bij de praktijkverpleegkundige eindtermen beschreven en bij praktijkondersteuner ggz weer niet. Alleen in het profiel van de praktijkondersteuner ggz staan opleidingseisen. Maar ook de opbouw, vormgeving en naam zijn niet eenduidig. Zo hebben we een 'Functie- en competentieprofiel voor de POH-GGZ', 'Competenties en eindtermen voor de praktijkondersteuner' (2004) en een 'Competentie en eindtermen document voor de opleiding tot praktijkverpleegkundige'.

3.6 Beschouwing

Als we kijken naar de definitie van een beroep (paragraaf 2.1) dan zien we dat de huisartsenvoorziening, het ondersteunende team waarmee de huisarts medisch generalistische zorg biedt, bestaat uit de volgende beroepen: doktersassistent, apothekersassistent en verpleegkundige. Dit zijn beroepen die patiënten kennen en ook internationaal herkenbaar zijn. De Wet BIG gaat alleen uit van de apothekersassistent en verpleegkundige als beroep. Opvallend is dat de Wet BIG twee relatief nieuwe beroepen kent: de verpleegkundig specialist en de physician assistant. Beroepen die ook in andere werkvelden en internationaal voorkomen maar die in de huisartsenzorg en voor patiënten nog vrij onbekend zijn. Als we kijken naar beroepen en functies samen vallen dan geldt dat voor de doktersassistent (alleen nog niet voor de Wet BIG), apothekersassistent, verpleegkundige, verpleegkundig specialist en physician assistant.

We kunnen constateren dat er een diversiteit bestaat in functies. Er zijn beroeps- en functievarianten ontstaan met een eigen naam die verwijzen naar een orgaan (long), aandoening (diabetes mellitus, CVR), doelgroep (ouderen, kind & jeugd), fysieke werkplek (huisartsenpraktijk, huisartsenpost, gezondheidscentrum), specifieke taak (triagist) of verantwoordelijkheid (eerst verantwoordelijk triagist, leidinggevend doktersassistent). Een ander onderscheid dat gemaakt wordt bijvoorbeeld bij de functies van praktijkondersteuner en verpleegkundig specialist is het verschil in somatiek en ggz.

De cao's huisartsenzorg en gezondheidscentra kennen verschillende functies dan wel functienamen. Voor enkele functies wordt een onderscheid gemaakt in acute zorg en huisartsenpraktijk. Zo kent de cao huisartsenzorg wel de functie van physician assistant in de acute zorg maar niet overdag in de huisartsenpraktijk terwijl die daar wel voorkomt. De cao gezondheidscentra noemt de functie zelfs helemaal niet.

⁹ De CanMEDS-systematiek wordt gebruikt om de verschillende rollen (competenties) te beschrijven van zorgprofessionals. De systematiek bestaat uit één centrale rol (de zorgverlener met vakinhoudelijke competenties) en zes rollen die daarmee samenhangen. Samen vormen zij de zeven CanMEDS rollen. Bij elke rol hoort een competentie.

Volgens de definitie worden functies bepaald door de organisatie waarin de beroepskracht werkt. Iedere huisartsenpraktijk, gezondheidscentrum, zorggroep of huisartsenpost is een eigen unieke arbeidsorganisatie. Enerzijds zien we functies die veel organisaties kennen bijvoorbeeld de praktijkondersteuner somatiek of doktersassistent, anderzijds zien we ook functies die minder vaak voorkomen zoals bijvoorbeeld de spreekuurondersteuner of kortelijnverpleegkundige. De functies uit tabel 1 komen in organisaties niet allemaal tegelijkertijd voor.

Voor de doktersassistent, apothekersassistent, verpleegkundig specialist en physician assistant is er een beroepsprofiel maar geen competentieprofiel waar de aanvullende competenties staan die nodig zijn voor de huisartsenzorg. Alleen de functies praktijkondersteuner somatiek, praktijkondersteuner ggz, praktijkverpleegkundige kennen een competentieprofiel. Alleen die van de praktijkverpleegkundige is gebaseerd op een beroepsprofiel. De drie competentieprofielen zijn divers in opbouw en vormgeving waardoor ze moeilijk onderling vergelijkbaar zijn. Bovendien hebben de documenten verschillende namen (functie- en competentieprofiel, competentie en eindtermen).

De beroeps- en competentieprofielen (zie tabel 6) zijn allen beschreven volgens het CanMEDS model met uitzondering van de triagist.

4 Uitgangspunten

Bij het schetsen van de contouren van straks dienen vier documenten als uitgangspunt:

- Zorgakkoord eerste lijn 2014 tot en met 2017 (Ministerie van VWS, LHV, InEen, ZN, 2013)
- Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 (LHV & NHG, 2012)
- Rapport 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren' (Kaljouw & Van Vliet, 2015)
- Akkoord van 5 februari 2016 LHV, NHG, InEen, NVvPO, NVDA, FNV Zorg en Welzijn, CNV Zorg & Welzijn, V&VN en de hbo-opleidingen, samengebracht door SSFH

We gaan in dit hoofdstuk dieper in op de eerste drie documenten en laten zien wat de overeenkomsten en verschillen zijn. Het gaat om drie documenten die verschillende doelstellingen, doelgroepen en stakeholders hebben. Zie tabel 7. In het Zorgakkoord staan afspraken tussen werkgevers, verzekeraars en ministerie van VWS. De Toekomstvisie Huisartsenzorg beschrijft uitgangspunten, ambities en streefpunten voor de huisartsenzorg in 2022. En het rapport 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren' geeft aan welke beroepen we in 2030 nodig hebben in de zorg. Waar dit laatste rapport zich richt op de hele gezondheidszorg gelden het Zorgakkoord en Toekomstvisie Huisartsenzorg voor een onderdeel daarvan, namelijk de huisartsenzorg (eerste lijn).

	Zorgakkoord eerste lijn	Toekomstvisie Huisartsenzorg	Naar nieuwe zorg en zorgberoepen
Horizon	2018	2022	2030
Richt zich op	eerste lijn / huisartsenzorg	huisartsenzorg	gezondheidszorg
Doel of ambitie	versterken en ontwikkelen zorg dichtbij, noodzakelijk om houdbaarheid zorgstelsel te bevorderen met verbetering van de kwaliteit van zorg voor patiënt	borgen kernwaarden huisarts bijdragen aan gezonde mens én samenleving	nieuwe beroepenstructuur voor hele gezondheidszorg en een daarop afgestemd opleidingsaanbod
Betrokken partijen	LHV, InEen (destijds LOK, LVG, VHN), ZN, ministerie van VWS	LHV, NHG in samenwerking met Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde	diverse partijen als patiëntenorganisaties, onderwijs, zorginstellingen, beroepsorganisaties enz. in opdracht van ministerie van VWS en OCW

Tabel 7. Uitgangspunten Zorgakkoord eerste lijn, Toekomstvisie Huisartsenzorg, rapport 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren'

Overeenkomsten

Ondanks de verschillende uitgangspunten hebben de documenten een aantal overeenkomsten. Zo gaan ze alle drie uit van een zorgvraag die verandert omdat Nederland vergriest en ontgroent. Bovendien verwachten ze dat een groot deel van de bevolking over tien jaar meerdere chronische aandoeningen heeft. De rapporten delen de visie dat de houdbaarheid van ons zorgstelsel onder druk staat en dat andere vormen van zorg en nieuwe manieren van organiseren nodig zijn voor een toekomstgerichte gezondheidszorg zonder daarbij de doelmatigheid en kwaliteit van zorg uit het oog te verliezen. Voor allen geldt als uitgangspunt dat zorg dicht bij mensen geleverd moet worden, afgestemd op zijn wensen, mogelijkheden en context. Het streven is dat de burger zolang mogelijk in zijn eigen omgeving kan blijven functioneren en kan participeren in de maatschappij. Hij moet verantwoordelijkheid nemen over zijn eigen gezondheid (regie en zelfmanagement). Alleen wanneer hij zijn gezondheidsproblemen niet meer zelf (of met hulp van zijn omgeving) kan oplossen is professionele zorg nodig. Andere overeenkomsten zijn de rol van preventie, de verwachting dat technologie een grote rol gaat spelen, belang van samenwerken (met andere zorgverleners maar ook met lokale overheden,

welzijnsorganisaties) én ze gaan alle drie uit van generalistische zorg. Dat laatste wil zeggen dat zorgverleners breed geschoold zijn en antwoord kunnen geven op uiteenlopende zorgvragen.

Onderscheid

Maar er zijn ook enkele verschillen, vooral tussen de Toekomstvisie Huisartsenzorg en het rapport 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen'. De belangrijkste hebben we in tabel 8 op een rij gezet.

Toekomstvisie Huisartsenzorg	Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren
aandoening centraal	functioneren centraal
	concept positieve gezondheid
patiënt	burger
gericht op behandeling	gericht op herstel of bevorderen van functioneren met oog voor oplossingen in de leefomgeving (wonen, sport onderwijs)
huisarts als spil in de zorg	burger als spil in de zorg
eerste lijn, tweede lijn, derde lijn	lijnloze zorg dat wil zeggen zorg is georganiseerd rondom de burger i.p.v. dat burger door het systeem wordt geleid
multidisciplinair samenwerken	interprofessioneel samenwerken
huisarts en zijn team werken samen met andere professionals in een beperkte vaste kring. Zorgverleners die elkaar kennen en weten wat ze aan elkaar hebben.	wisselende teams van professionals samengesteld op basis van de zorgvraag. Wisselen van samenstelling en locatie.
samenwerken met andere professionals op basis van richtlijnen en multidisciplinaire afspraken	samenwerken met andere professionals op basis van de zorgvraag van de burger
monodisciplinair opleiden	interprofessioneel opleiden

Tabel 8. Onderscheidende thema's in Toekomstvisie huisartsenzorg en rapport 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren'

De Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen adviseert de ministers van VWS en OCW over een toekomstgerichte beroepenstructuur en een opleidingscontinuüm voor de gezondheidszorg in Nederland. In 2015 bracht de commissie haar eerste adviesrapport uit 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren'. Het gedachtengoed van de Adviescommissie is door de beide ministers omarmd en wordt als uitgangspunt genomen bij toekomstig beleid. Omdat dit advies ook geldt voor de huisartsenzorg zetten we de visie en uitgangspunten van de commissie in 5.1 verder uiteen.

5 Toekomst ontwikkelingen

Om te kunnen inschatten welke basisberoepen en functies in de huisartsenzorg van 2025 nodig zijn moeten we kijken naar de toekomstige zorgvraag en ontwikkelingen die daar van invloed op zijn. De toekomstige samenleving wordt bepaald door de gevolgen van megatrends als mondialisering, digitalisering en individualisering (LHV et al., 2012). Dat heeft zijn weerslag op de zorg. Daarnaast is het van belang om demografische, epidemiologische, maatschappelijke en landelijke ontwikkelingen binnen de zorg, onderwijs, arbeidsmarkt en ICT mee te nemen. Het is niet haalbaar om alle ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op de contouren van straks te beschrijven. We beperken ons tot de meest in het oog springende en de ontwikkelingen die het meeste impact hebben.

We beginnen met de Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen omdat die de komende jaren een belangrijke rol gaat spelen bij het beleid van de overheid. De minister van VWS schrijft in haar brief aan de Tweede Kamer dat zij verwacht dat de zorgsector en het onderwijs met de adviezen van de commissie aan de slag gaan (Schippers, 2015). Vervolgens beschrijven we ontwikkelingen in de demografie en toekomstige zorgvraag, de ICT, op het gebied van preventie, de arbeidsmarkt, in de zorg en het onderwijs. We sluiten af met een aantal kanttekeningen.

5.1 Nieuwe visie op zorg en gezondheid

Het meest opvallende in het rapport 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen', is de keuze voor een andere benadering van ziekte en gezondheid: niet de aandoeningen staan centraal, maar de mogelijkheid om te blijven functioneren. De gezondheidszorg levert een bijdrage aan het bevorderen daarvan. Functioneren houdt in dat mensen in staat zijn om zoveel mogelijk het leven te leiden dat ze willen leiden. Het omvat lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren. De International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) van de WHO beschrijft het functioneren in termen van functies (fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme), activiteiten (onderdelen van iemands handelen) en participatie (deelname aan het maatschappelijk leven). Fysieke en psychische problemen kunnen leiden tot ernstige belemmering en vermindering van de dagelijkse activiteiten. Functioneringsproblemen worden niet alleen bepaald door iemands gezondheidstoestand. Naast verouderingsprocessen en chronische aandoeningen spelen ook persoonlijke en externe factoren een rol, zoals de levensfase waarin iemand verkeert en de levensomstandigheden (wonen, werk, fysieke en sociale omgeving). De zorg dient aan te sluiten bij wat voor iemand persoonlijk belangrijk is om te kunnen functioneren in het dagelijks leven (Kaljouw & Van Vliet, 2015).

Bij het centraal stellen van het functioneren wordt gekozen voor een nieuw, dynamisch concept voor 'gezondheid', dat veerkracht en zelfredzaamheid van mensen als uitgangspunt neemt. Ook wel 'positieve gezondheid' genoemd.

'Gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven' (Huber, 2011).

In dit concept betekent gezond zijn het zich kunnen aanpassen aan verstoringen, veerkracht hebben, een balans weten te handhaven of te hervinden in lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk opzicht. Het is een breed concept, dat impliceert dat het bevorderen van gezondheid niet alleen bij de gezondheidszorg behoort. Tal van maatschappelijke factoren dragen bij aan gezondheid zoals wonen, milieu, onderwijs, arbeid. Volgens de Adviescommissie is het belangrijk om goed af te bakenen wat thuis hoort bij de (professionele) gezondheidszorg en wat bij burgers en in andere domeinen. Veel vragen komen nu onnodig in de gezondheidszorg terecht. Deze hebben meer te maken te hebben met problemen op het werk of op school, in de relatie, in het sociaal netwerk of in de woonomgeving. Veel van wat nu in de gezondheidszorg wordt geboden, kan worden overgeheveld naar het sociale domein en/of in het eigen netwerk of in de buurt geregeld worden.

In de toekomst staat dus niet meer de ziekte of aandoening centraal, maar het functioneren, de veerkracht en de eigen regie van de burger. Daartoe is een omslag in de zorg noodzakelijk. Niet het bestaande aanbod aan zorg, beroepen en opleidingen is het uitgangspunt, maar de toekomstige vraag naar zorg. Daarbij ligt de focus op wat moet en niet op wat kan. Zorgen voor in plaats van zorgen dat. Wat betekent dit voor zorgprofessionals? Zij handelen volgens de Adviescommissie in de toekomst in eerste instantie vanuit de vraag 'Wat is nodig om het functioneren te herstellen, respectievelijk te bevorderen'. Hier ligt de basis van het professioneel handelen. Verder werkt de professional van straks in multidisciplinair samengestelde en samenwerkende teams die samen beschikken over de bekwaamheden die nodig zijn om het functioneren te herstellen of te bevorderen. De burger maakt deel uit van dit team en voert, indien mogelijk, zelf de regie. Burger en team maken samen keuzes en nemen gezamenlijk besluiten (shared decision making). De teams worden samengesteld op basis van de zorgvraag en kunnen dus wisselen van samenstelling en/of locatie.

Aan de zorgprofessional van de toekomst worden andere eisen worden gesteld. Hij moet in staat zijn de zorgvraag vast te stellen vanuit het perspectief van het functioneren van de burger. De zorg die hij levert moet daaraan bijdragen. Iedere zorgprofessional beschikt over een aantal generalistische bekwaamheden. Het gaat hier over netwerkbekwaamheden, technologische bekwaamheden en maatschappelijke en context bekwaamheden. De belangrijkste bekwaamheden zijn het kunnen de-escaleren en het bevorderen van functioneren. De-escaleren betekent dat de na een behandeling, ingreep of tijdelijke overname van functioneren de zorg gericht is op terugkeer van de burger naar de eigen woon- of leefomgeving. Het bevorderen van functioneren wil zeggen dat niet aandoening of de kwaal centraal staat, maar de beperking in het functioneren die dit tot gevolg heeft. Behandeling is dus gericht op het herstel van functioneren of het voorkomen van erger. Dit betekent ook 'niet behandelen' als dit niet bijdraagt tot het functioneren.

De zorgverlener van de toekomst werkt generalistisch. We gaan van professionals die beschikken over deskundigheid per chronische aandoening naar generalisten die kennis hebben van een veel breder gebied. Natuurlijk zijn ook specialistische kennis en bekwaamheden nodig, ernstig en complexe aandoeningen vereisen dat (Kaljouw & Van Vliet, 2015).

5.2 Toekomstige patiënten

De Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen liet een quickscan uitvoeren naar de verwachte zorgvraag in 2030. Daaruit blijkt dat tussen 2011 en 2030 de bevolking groeit met 6,2%. Maar die groei is niet gelijkmatig verdeeld over het land. De regio Flevoland maakt de grootste groei door (ruim 32%) gevolgd door Delft (18,1), Utrecht (14,4) en Den Haag (13,8). In Zuid-Limburg krimpt de bevolking (-9,6%) en ook in Noord-Limburg neemt het aantal inwoners naar verwachting af met 1,2% (Van der Kwartel et al., 2012).

Naast een bevolkingsgroei vergrijst en ontgroent de Nederlandse samenleving. De komende jaren is sprake van dubbele vergrijzing doordat er zowel absoluut als relatief meer ouderen zijn (LHV & NHG, 2012). Als we kijken naar het aandeel 65 plussers dan neemt dit toe van 17% naar 25%. Voor de 75 plussers geldt een toename van 7,7% naar 25% (Van der Kwartel et al., 2012). De vergrijzing doet zich het sterkste voor in Zuid-Limburg waar in 2030 naar verwachting 32,6% van de bevolking ouder is dan 65 jaar en in Noord-Limburg, waar dit ligt op 30,6%. Relatief minder 65 plussers zijn er in Flevoland (19,7%), Amsterdam (20,2%) en Den Haag (20,6%) (Van der Kwartel et al., 2012). De gezonde levensverwachting (het aantal jaren dat mensen in gezondheid leven) neemt minder sterk toe dan de levensverwachting: een deel van de jaren dat mensen langer leven wordt niet in goede gezondheid doorgebracht. Hierdoor gaat de zorgvraag sterk toenemen (LHV & NHG, 2012). Maar onze bevolking vergrijst niet alleen ook het aantal twintig tot zestig jarigen gaat afnemen (van 61% naar 51%). De verhouding van deze groep ten opzichte van de 75 plussers neemt af naar 1 op 4,3 in 2030 is de verwachting (Van der Kwartel et al., 2012). Ook hier geldt weer dat er grote verschillen zijn tussen regio's. In bijvoorbeeld Amsterdam, Delft, Den Haag en Flevoland groeit deze groep met ruim 20%. In andere delen van het land neemt deze leeftijdsgroep af. De sterkste afname is in Zuid-Limburg (-23,5%), gevolgd door

Noord-Limburg (-15,4%). In Friesland, Groningen en Zeeland gaat het om een daling in deze bevolkingsgroep tussen de 10 en 11% (Van der Kwartel et al., 2012).

Meer aandoeningen

Meer dan de helft van de bevolking lijdt over tien jaar aan één of meer chronische ziekten. Er is een toename te verwachten van patiënten met diabetes mellitus, COPD, kanker, osteoporose, hartfalen en dementie. Voor deze laatste aandoening wordt zelfs een groei verwacht tussen 2011 en 2030 van 67% (Van der Kwartel et al., 2012). Het gaat in de zorg voor deze patiënten niet altijd (alleen meer) om genezing, maar ook of vooral om het leren omgaan met de ziekte of de beperking en het voorkomen van verslechtering in de gezondheidstoestand en van een crisis. Het bevorderen van zelfredzaamheid en het perspectief van de kwaliteit van leven zijn voor deze patiënten belangrijke issues (LHV & NHG, 2012).

Niet alleen het aantal mensen met een of meerdere (chronische) aandoeningen gaat toenemen, ook het aantal psychosociale problemen (eenzaamheid, angst, depressiviteit) stijgt. De complexiteit van de maatschappij neemt alsmaar toe en daarmee nemen de eisen die de maatschappij aan haar burgers stelt ook toe. Dit leidt tot een stijging van het aantal mensen met overspannenheid en burn-out (LHV & NHG, 2012). Er wordt ook een stijging voor zien van mensen met een psychische aandoening zoals angststoornissen (Kaljouw et al., 2015).

Diversiteit

De diversiteit in de samenleving neemt toe op verschillende terreinen. Zo is bijvoorbeeld de Nederlandse bevolking steeds gekleurder. Het aandeel niet-westerse allochtonen zal stijgen van 11% naar 14% in 2025 waarvan een groot deel woont in de Randstad (Van der Kwartel et al., 2012). Op het terrein van samenlevingsvormen bestaat een grote diversiteit (gezinnen, eenpersoonshuishoudens, samengestelde- en eenoudergezinnen) en binnen die variëteit treden vaker wisselingen op. Het aantal éénpersoonshuishoudens gaat bijvoorbeeld van 2,7 miljoen naar 3,2 miljoen in 2025. Ook hier zien we weer grote verschillen tussen regio's (Van der Kwartel et al., 2012).

De sociaaleconomische status van mensen heeft grote invloed op hun gezondheid. Mensen met een lage sociaaleconomische status hebben van jongs af aan een achterstand vergeleken met mensen die in maatschappelijk opzicht beter bedeeld zijn. Ze zijn vaker ziek en krijgen in hun leven eerder en meer lichamelijke beperkingen. Deze sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn de eerste tien jaar van deze eeuw groter geworden (LHV & NHG, 2012). Verwacht wordt de verschillen in de sociaal economische status ook de komende jaren blijven bestaan (Kaljouw et al., 2015).

De patiënt verandert

De diversiteit in de samenleving zorgt voor een pluriformiteit in het omgaan met gezondheid en ziekte en verwachtingen ten aanzien van de gezondheidszorg (LHV & NHG, 2012). Patiënten zijn steeds beter geïnformeerd en worden daardoor mondiger. Er is een generatie in aantocht die computergebruik en eHealth vanzelfsprekend vindt. Van de Nederlandse huishoudingen heeft nu al 90 procent een internetaansluiting. Door de toename van het internetgebruik beschikken mensen steeds gemakkelijker over steeds meer gezondheidsinformatie (LHV & NHG, 2012).

De overheid stelt verwachtingen aan haar burgers. Mensen moeten verantwoordelijkheid nemen voor hun gezondheid en gedrag. Alleen wanneer ze niet meer zelf de gezondheidsproblemen kunnen oplossen kunnen ze een beroep doen op professionele zorg en ondersteuning (Zorgakkoord eerste lijn, 2013). We gaan in de toekomst patiënten zien die mee willen denken en beslissen over hun gezondheid en behandeling. Die de regie willen hebben over de zorgverlening en verantwoordelijkheid willen dragen voor de uitvoering daarvan. Maar dit geldt zeker niet voor alle patiënten. Er is ook een groep die niet wil of kan mee denken over zijn eigen gezondheid. Ze willen niet kiezen tussen behandelingen maar een advies krijgen van een zorgverlener dat zij kunnen opvolgen. Kortom, patiënten verschillen in mogelijkheden en verwachtingen.

5.3 ICT en e-health

Op het gebied van ICT, digitalisering en zorgtechnologie mogen we de komende jaren nog het een en ander verwachten. De zorg lijkt te worden overspoeld met technologische innovaties en mogelijkheden. We noemen een aantal belangrijke ontwikkelingen.

Door ontwikkelingen in de computertechnologie, biotechnologie, nanotechnologie, robotica, artificiële intelligentie en 3D-printen zal technologie een grote plaats krijgen in preventie, diagnostiek en behandeling, en zelfmanagement (Kaljouw & Van Vliet, 2015). De mogelijkheden zijn talrijk. Zo kan een 3D-printer nu al botten, kronen en implantaten maken die worden gebruikt in het menselijk lichaam. Er bestaan servicerobots die de zelfstandigheid van ouderen en mensen met een beperking vergroten en ziekenhuizen zetten operatierobots in. Domotica bieden zorg op afstand met behulp van technologische middelen zoals een alarmknop en intelligente systemen die waarnemen of de cliënt afwijkt van zijn normale leef routines (FWG, 2015).

Ook op het gebied van eHealth zetten ontwikkelingen door. Hieronder verstaan we het gebruik van met name internettechnologie die gezondheid en gezondheidszorg ondersteunt of verbetert. Ook hier weer zijn er legio mogelijkheden. Denk aan online informatie op internet zoals thuisarts.nl, herhaal recepten online aanvragen, gezondheid apps en screenende en diagnostische testen die patiënten zelf, zonder aanwezigheid van een professional kunnen uitvoeren. Een andere toepassing zijn de online interventies ter begeleiding van chronische of milde psychische klachten bijvoorbeeld registraties via dagboeken of online vragenlijsten (Beekers et al., 2015). Deze ontwikkelingen sluiten aan het bij het beleid van de minister van VWS die het gebruik van eHealth in de komende vijf jaar wil versnellen (Schippers, 2014).

Veel mensen vinden gezondheidsinformatie over zichzelf interessant en investeren graag in een wearable (klein draagbaar apparaat voorzien van sensoren die lichaamswaarden of –beweging meten) of een gezondheidscheck zonder medische indicatie. Op die manier brengen patiënten steeds vaker nieuwe technologie en informatie mee in de spreekkamer. Maar dit geldt zeker niet voor iedereen. Er zal een tweedeling ontstaan tussen mensen die wel vaardig zijn om met deze nieuwe techniek om te gaan en zij die dat niet hebben (FWG, 2015).

Dankzij de digitalisering maken we steeds meer gebruik van communicatiesystemen via internet. Dat geldt zowel voor burgers, patiënten en professionals. Denk aan e-mail, Skype, YouTube, Whatsapp, videoconferencing. En de mogelijkheid die deze systemen bieden om snel en eenvoudig informatie, ervaringen of gevoelens met elkaar te delen (Van Leeuwen & Poolstra, 2015). Deze toenemende en veranderende mogelijkheden hebben in de toekomst niet alleen invloed op de maatschappij maar ook op de zorg.

In de Toekomstvisie Huisartsenzorg staat dat ICT ondersteuning in de huisartspraktijk een belangrijke bijdrage kan leveren aan de verbetering van de service en de praktijkorganisatie. Voorbeelden die genoemd worden zijn het e-consult (in de toekomst met beeldverbinding en consultvoorbereiding), het online maken van afspraken (e-afspraak), aanvragen van herhaalrecepten en inzien van laboratoriumuitslagen. In de toekomst kan de website van huisartsen zich mogelijk ontwikkelen tot een interactiever medium en uitgroeien tot het gezondheidsportaal voor de eigen praktijk. In deze digitale omgeving kan de patiënt afspraken maken, een e-consult krijgen, zijn individuele zorgplan inzien en zelfmanagementprogramma's vinden. Via beeldtechnologie in het portaal wordt het mogelijk om zorg op afstand vorm te geven, zoals bijvoorbeeld een skype-spreekuur of telezorg van ketenzorgprogramma's.

Ook de digitale ondersteuning van het medisch proces zal zich in de toekomst verder ontwikkelen. Veel van de geprotocolleerde behandeling van chronische ziekten, de zorgstandaarden, zal digitaal op afstand kunnen worden uitgevoerd. Digitale medische besluitvorming, door bijvoorbeeld besliskundige applicaties en algoritmes ingebouwd in het huisartsinformatiesysteem, zal de huisarts steeds meer tijdens het

spreekuur ondersteunen (LHV & NHG, 2012).

Het initiële en post initiële onderwijs heeft een grote rol in het voorbereiden van zorgprofessionals op de nieuwe zorgpraktijk. Een manier om dit te doen is door ook in het onderwijs zelf technologische innovaties in een vroeg stadium te adapteren (FWG, 2015). Dat kan door een elektronische leeromgeving te gebruiken (e-portfolio, e-learning) maar ook door technologie toe te passen in het onderwijs. Zo is het al een aantal jaren mogelijk om virtuele operaties uit te voeren op software gestuurde simulatoren. Daarnaast denken veel deskundigen dat we met smartphone- en tabletapplicaties een nieuw tijdperk van simulatie en serious gaming ingaan (Smarthealth, 2014).

In de afgelopen vijftien jaar gingen de technologische ontwikkelingen snel. De verwachting is dat dit de komende jaren blijft toenemen. Maar er zijn ook kanttekeningen te plaatsen. Technologie zal nooit de enige oplossing zijn. Het maakt niet alles gemakkelijker of beter hoewel het mensen wel autonomer kan maken. Technologie kan ook negatieve gevolgen hebben: apparaten kunnen kapot gaan of kuren vertonen, we gaan doen wat mogelijk is in plaats van wat nodig is. En het werpt nieuwe vraagstukken op: wat doen we met de grote hoeveelheid data die we straks over iedereen tot onze beschikking hebben? Hoe gaan we om met protocollen en het gebruik van apparatuur in de thuissituatie? (FWG, 2015).

Wat zeker is, is dat technologie in de toekomst in beroepen, functies en opleidingen een steeds grotere rol gaat spelen. Burgers kunnen steeds meer zelf regelen, thuis en in de buurt of met zorg op afstand. Mensen ontvangen zorg waar en wanneer zij willen. Tijd en plaats zijn steeds vaker irrelevant waardoor de zorg zich kan verplaatsen van de wachtkamer naar de woonkamer (Miniserie van VWS, 2016). Hierdoor krijgen zorgprofessionals meer een uitvoerende, begeleidende en coördinerende rol. Kortom de inhoud van beroepen en functies gaan veranderen door de opkomst van de zorgtechnologie (FWG, 2015). Of dit kan leiden tot reductie van het aantal specialisaties en beroepsgroepen (Kaljouw & Van Vliet, 2015) of alleen een verandering van functie-inhoud (FWG, 2015) is nog niet duidelijk.

5.4 Preventie

Gezondheidszorg komt in de praktijk nog (te) vaak neer op ziekenzorg. En dat terwijl veel (chronische) aandoeningen het gevolg zijn van een ongezonde levensstijl. Ondanks de toegenomen kennis over gezond gedrag zijn veel Nederlanders de afgelopen jaren ongezonder gaan leven dan voorheen (Idenburg & Van Schaik, 2010). De Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, de Toekomstvisie Huisartsenzorg en het Zorgakkoord eerste lijn schrijven alle drie een belangrijke rol toe aan preventie. De Adviescommissie schrijft daarover: “Gezondheidsbeleid is niet alleen zorgen voor goede en toegankelijke zorg en het voorkómen van ziekte. Het is juist ook het bevorderen van gezond leven door te zorgen voor maatschappelijke contexten waarin mensen weerbaar zijn en zich kunnen aanpassen aan bedreigingen van hun gezondheid, bijvoorbeeld door vaccinatie, goede voorlichting over gezond leven en het bieden van kansen aan iedereen op deelname aan de maatschappij” (Kaljouw & Van Vliet, 2015). In de Toekomstvisie staat dat de huisarts samen met zijn team en andere partijen, bij uitstek geschikt is om aandacht te besteden aan preventie. Dat kan op velerlei manieren bijvoorbeeld door patiënten te verwijzen en/of motiveren voor speciale preventieprogramma's.

5.5 Arbeid en arbeidsmarkt

We lichten twee onderwerpen toe namelijk de manier waarop werken verandert en de wijzigingen op de arbeidsmarkt (toenemende werkgelegenheid in de huisartsenzorg en vergrijzing van het zorgpersoneel).

Arbeid

Door technologische en maatschappelijke ontwikkelingen verandert arbeid. Denk bijvoorbeeld aan het nieuwe werken. Hierdoor kunnen medewerkers onafhankelijk van tijd of locatie inloggen op het informatiesysteem van de werkgever (Van Leeuwen & Poolstra, 2015). We zien steeds meer zorgverleners werken met smartphone en tablet waarop met handige apps snel en eenvoudig toegang gekregen kan worden tot informatie. Maar ook maatschappelijk gezien wordt er anders tegen arbeid aan gekeken. Thuis werken en

flexibele werktijden die goed te combineren zijn met de thuissituatie worden voor steeds meer mensen belangrijk. Maar het nieuwe werken omvat ook alle manieren om werkprocessen efficiënter en effectiever te laten verlopen. Te denken valt aan zelf roosteren via een digitaal programma, overleg via videoconferenties of zorg verlenen op afstand (FWG, 2015).

Organisaties kiezen ervoor om arbeid te flexibiliseren om schommelingen in het werk op te vangen. Het gaat daarbij om flexibele arbeidsrelaties zoals uitzend-, oproep- en invalkrachten en tijdelijke contracten. Ook de opkomst van de zelfstandige zonder personeel (zzp'er) is te beschouwen als een uiting van flexibilisering van de arbeidsmarkt (SER, 2012). Maar organisaties kiezen ook voor andere vormen om het werk te organiseren bijvoorbeeld met zelfsturende teams. Hierbij zijn zorgverleners samen verantwoordelijk voor een breed pakket aan taken. Het team stuurt zichzelf, de hiërarchische managementlaag is verdwenen (FWG, 2013).

Arbeidsmarkt

Op de arbeidsmarkt zijn twee ontwikkelingen van belang. De eerste is de toenemende werkgelegenheid in de huisartsenzorg vanwege een stijgende vraag naar zorg. De tweede ontwikkeling is dat niet alleen de bevolking vergrijst maar ook mensen die nu werken in de huisartsenzorg. We lichten beiden toe.

Waar andere sectoren door de overheidsmaatregelen veranderen of krimpen (ziekenhuis, ggz) zijn in de huisartsenzorg juist meer handen nodig (SSFH, 2014). Door de verschuiving van AWBZ-onderdelen naar de WMO, de nieuwe Wet op de Jeugdzorg en de Zorgverzekeringswet. Maar ook de veranderingen in de GGZ leiden er toe dat er steeds meer werk op het bordje van de huisarts komt (SSFH et al., 2014). Daarnaast zijn in het Zorgakkoord eerste lijn afspraken gemaakt over zorg dichtbij, substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn, multidisciplinaire zorg en preventie. Door deze ontwikkelingen gaat de vraag naar medisch generalistische zorg de komende jaren stijgen. Daar bovenop komt een jaarlijkse autonome toename van de vraag door de steeds complexer wordende zorgvraag vanwege de vergrijzing (LHV & NHG, 2012). Dit geldt niet alleen voor de huisartsenzorg overdag maar ook in de avond-, nacht- en weekenduren. De benchmark van huisartsenposten uit 2015 laat een stijging zien van het aantal telefoontjes en consulten op de huisartsenpost. Ook de visites nemen toe. Huisartsenposten zoeken de verklaring in een veranderende patiëntenpopulatie. Kwetsbare patiëntengroepen zoals ouderen en mensen met psychische klachten wonen langer thuis en doen buiten kantooruren een beroep op de huisartsenpost (InEen, 2016).

Door de vergrijzing loopt het aantal ouderen binnen de beroepsbevolking verder op. Waar in 2006 10,4% van de werknemers in de huisartsenzorg ouder was dan 55 jaar is dit in 2014 al opgelopen tot 18,6% (www.awzinfo.nl). De vergrijzing van het arbeidspotentieel geldt niet alleen voor doktersassistenten en praktijkondersteuners maar ook voor huisartsen. Nu al zien sommige regio's dat de komende jaren grote groepen huisartsen de pensioengerechtigde leeftijd bereiken. In sommige delen van het land leidt dit tot problemen in de opvolging (L1NWS, 30 oktober 2015; NOS op drie, 30 oktober 2015; Officier, R., 2012). Maar er speelt nog een andere ontwikkeling. De afgelopen tien jaar groeide de bevolking van 15 tot 75 jaar, de potentiële beroepsbevolking, met ruim een half miljoen mensen. De komende tien jaar bedraagt deze groei nog maar 130 duizend. Vanaf 2021 zal het aantal 15- tot 75-jarigen afnemen (CBS, 2015). Zowel de toename van ouderen binnen de beroepsbevolking als de afname van het aantal jongeren kunnen leiden tot problemen op de arbeidsmarkt, ook in de huisartsenzorg.

5.6 Zorg, zorgberoepen en organisatie van zorg

Het beschrijven van alle huidige en toekomstige ontwikkelingen in de zorg is een onmogelijke opgave. Onze gezondheidszorg bestaat uit verschillende organisaties, financieringsvormen en beroepsbeoefenaren. De wijze waarop we onze zorg organiseren is afhankelijk van vele factoren zoals het beleid van de overheid, financiering en maatschappelijke ontwikkelingen. Maatschappij en zorg zijn continue in beweging. We beperken ons tot de meest in het oog springende ontwikkelingen en beginnen deze paragraaf met de opkomst van nieuwe organisatievormen en spelers. Vervolgens gaan we dieper in op een belangrijke ontwikkeling binnen de verpleegkundige beroepsgroep. Daar wordt in de toekomst een (wettelijk) onderscheid gemaakt tussen mbo

en hbo verpleegkundigen. Relevant voor de huisartsenzorg omdat veel praktijkondersteuners een verpleegkundige vooropleiding hebben. Als laatste staan we stil bij het begrip generalistische en specialistische zorg.

Nieuwe organisatievormen en spelers

Veranderende omstandigheden vragen om aanpassing. Organisaties doen dit door nieuwe producten of afzetmarkten te ontwikkelen. Maar niet alleen bestaande organisaties spelen in op veranderingen. We gaan de komende jaren steeds vaker nieuwe organisaties, organisatievormen en aanbieders zien zoals private bedrijven en burgerinitiatieven (FWG, 2015). Denk aan zorgcoöperaties die inwoners van een dorp oprichten voor het behoud en ontwikkelen van zorg, diensten en faciliteiten (FWG, 2013). Ook stadpoli's, anderhalvelijns zorg, gespecialiseerde klinieken zijn voorbeelden van nieuwe organisatievormen. Als het gaat om nieuwe spelers op de zorgmarkt dan kunnen we denken aan Buurtzorg.

Onderscheid mbo en hbo verpleegkundige

De stuurgroep 'Verpleging & Verzorging 2020' bracht in 2012 een advies uit over de beroepsprofielen die nodig zijn in 2020. In het rapport staat dat op basis van de nieuwe indeling in niveaus voor de beroepsuitoefening, een aanpassing in de Wet BIG nodig is (Lambregts & Grotendorst red., 2012). In het advies 'Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging' is dit verder uitgewerkt. Het rapport levert een inhoudelijke bijdrage voor de wijziging van de Wet BIG. De Wet BIG kent tot nu toe slechts één verpleegkundige, terwijl beroepsbeoefenaren op twee verschillende niveaus (mbo en hbo) worden opgeleid. Ook in de praktijk kennen de meeste zorgorganisaties maar één verpleegkundige functie. Dit maakt dat mbo verpleegkundigen soms op hun tenen moeten lopen, terwijl de kennis van hbo verpleegkundigen niet optimaal benut wordt. In het advies staan twee nieuwe beroepsprofielen: een voor de hbo en een voor de mbo verpleegkundige (Stuurgroep Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging, 2015). Dit onderscheid vraagt om nieuwe beroepstitels. De stuurgroep doet de suggestie om de hbo'er regieverpleegkundige te noemen en de mbo'er basisverpleegkundige. Of dit ook definitief de nieuwe titels zijn is niet nog niet bekend. De Minister van VWS neemt het advies 'Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging' als basis om de Wet BIG te wijzigen (Schipper, 2016).

Het beroepsprofiel van de hbo verpleegkundige is verzwaard om tegemoet te komen aan de steeds complexer wordende zorg. De hbo verpleegkundige kan scherp analyseren. Dit is belangrijk om te kunnen werken in zorgsituaties die onvoorspelbaar en complex zijn. Ook is de hbo verpleegkundige bij uitstek de regisseur van het hele zorgproces. De basis voor het functioneren van de hbo verpleegkundige ligt in het klinisch redeneren. Een goed ontwikkeld analytisch vermogen stelt de hbo verpleegkundige daarbij in staat passende keuzes te maken, ook in situaties waarin bestaande protocollen onvoldoende houvast bieden en het noodzakelijk is om kennis uit verschillende domeinen te integreren en richtlijnen en protocollen te combineren. Twee punten zijn in het nieuwe beroepsprofiel relevant. Ten eerst krijgt de hbo verpleegkundige de zelfstandige beslissingsbevoegdheid om verpleegkundige zorg te indiceren. En ten tweede krijgt ze een toekomst een zelfstandige bevoegdheid voor het indiceren en uitvoeren van voorbehouden handelingen. Het is nog niet duidelijk om welke voorbehouden handelingen het gaat, voor welke groepen hbo verpleegkundigen (van een bepaald expertisegebied) en onder welke voorwaarden (Stuurgroep Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging, 2015).

De mbo verpleegkundige werkt vooral in situaties met een planbare en voorspelbare zorgvraag. Zij vervult een belangrijke taak in het monitoren van de gezondheidstoestand van de zorgvrager. Hierbij functioneren protocollen en richtlijnen als leidraad. Als de situatie daar naar haar oordeel aanleiding toe geeft, kan de mbo verpleegkundige beargumenteerd afwijken van protocollen en richtlijnen. In sommige contexten kan ze de praktische coördinatie van de zorg voor groepen zorgvragers voor haar rekening nemen, indien er sprake is van zorgsituaties met beperkte complexiteit (Stuurgroep Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging, 2015).

Vanaf 2020 komen de eerste mbo en hbo verpleegkundigen op de arbeidsmarkt die opgeleid zijn volgens de nieuwe beroepsprofielen. Voor hen geldt dat het behaalde diploma bepaalt tot welke beroepsgroep in het BIG-register zij behoren (mbo of hbo). Voor de zittende verpleegkundigen komt er een overgangsregeling. De stuurgroep stelt voor dat deze groep tot 2024 de tijd krijgt om te opteren voor een registratie in het BIG-register als hbo- of mbo-verpleegkundige. De overgangsregeling wordt nog verder uitgewerkt (Stuurgroep Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging, 2015).

Generalist versus specialist

In 2025 gaan we steeds meer generalistische professionals zien die breed zijn opgeleid en een antwoord kunnen geven op een breed scala van gezondheidsvragen en problemen waar de burger mee te kampen krijgt. Het gaat niet alleen om medische hulpvragen maar ook psychische, sociale of maatschappelijke problemen.

Dat betekent niet dat we geen specialisten meer nodig hebben. Er zijn altijd zorgverleners nodig die over een bepaalde aandoening, behandeling of patiëntengroep meer moet weten dan collega's. We krijgen dus verpleegkundigen, huisartsen, praktijkondersteuners of doktersassistenten met aandachtsgebieden. Het gaat om aanvullende specifieke competenties. Het wordt een uitdaging om daarin dezelfde begrippen en inhoud te gebruiken. Huisartsen hebben het over kaderhuisartsen. Zij zijn gespecialiseerd op een bepaald terrein van de huisartsgeneeskunde bijvoorbeeld het bewegingsapparaat, spoedzorg of ouderengeneeskunde. Er bestaat een register voor huisartsen met een bijzonder aanbod zoals oogheelkunde of reizigersadviesgeving. Bij de doktersassistent lijkt er sprake te zijn van specialisaties tot bijvoorbeeld triagist. Na het verkrijgen van het door de branche erkende diploma krijgt de doktersassistent in KABIZ Kwaliteitsregister een 'aantekening'. Het College Geneeskundige Specialismen (CGS) maakt een onderscheid in (wettelijke) specialismen en profielen voor artsen.

Net als binnen de huisartsenzorg bestaat ook binnen de verpleegkundige beroepsgroep een enorme variëteit en wirwar aan functie- en beroepsnamen. Tegenwoordig wordt uit gegaan van expertisegebieden. Het beroepsprofiel beschrijft het vak in competenties die gelden voor iedere verpleegkundige, onafhankelijk van de setting of specialisatie waarin zij werkt. Expertisegebieden beschrijven de aanvullende competenties die de verpleegkundigen nodig hebben wanneer zij in een bepaalde context of met specifieke aandachtsgebieden werken. Deze competenties zijn complementair aan de competenties zoals beschreven in de beroepsprofielen (Lambregts & Grotendorst, 2012). Voorbeelden van expertgebieden zijn ambulanceverpleegkundige of oncologieverpleegkundige (Van Dijk, 2015).

5.7 Taakherschikking en -delegatie

Taakherschikking staat in het Zorgakkoord eerste lijn als een van de punten die de komende jaren inhoudelijk wordt uitgewerkt (LHV et al., 2013). Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken en bijbehorende bevoegdheden en verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen (RVZ, 2002). Bij taakherschikking staat dus het beroep centraal en niet de functie. Het herverdelen van routinematige medische taken van arts naar verpleegkundig specialist of physician assistant is het meeste bekende voorbeeld. De verpleegkundig specialist en physician assistant hebben een hbo master opleiding afgerond, ze worden ook wel de zorgmasters genoemd. De verpleegkundig specialist combineert routinematige medische zorg met hoog complexe verpleegkundige zorg. De physician assistant neemt de routinematige medische taken over. Onderzoek (Van der Burgt et al., 2015; Laurant & Wijers, 2014) laat zien dat de taken van de verpleegkundig specialist en physician assistant in de huisartsenpraktijk dicht bij elkaar liggen. Beiden nemen medische taken van de huisarts over. Ze diagnosticeren en behandelen zelfstandig klachten die vaak voorkomen. We zien dat de verpleegkundig specialist vaker wordt ingezet voor een afgebakend pakket aan klachten terwijl de physician assistant een breder klachtenpalet behandelt. De verpleegkundig specialist daarentegen lijkt een prominenter rol te krijgen in de coördinatie van zorg en in de ouderenzorg (www.stichtingkoh.nl). In ons land werken in verschillende huisartsenpraktijken en –posten verpleegkundig specialisten en physician assistants, zie ook tabel 2.

Taakherschikking en –delegatie worden vaak door elkaar gebruikt. Anders dan bij taakherschikking, waar taken verdeeld worden tussen beroepen is er bij delegatie sprake van een verdeling tussen functies. Een tweede onderscheid is dat herschikking altijd structureel is en delegatie niet (RVZ, 2002). Bij taakherschikking is de professional die de taak krijgt zelf verantwoordelijk voor de uitvoering en het resultaat. Bij taakdelegatie wordt de uitvoering van een taak overgedragen maar houdt degene die delegeert wel zelf de eindverantwoordelijkheid (RVZ, 2002).

Taakdelegatie en –herschikking zijn niet nieuw in de zorg. Al jaren verdelen verschillende beroepsgroepen de taken onderling, vaak op basis van historie en traditie. Zo voeren verpleegkundigen taken uit die vroeger door een arts werden gedaan en verschuiven nu weer taken van de verpleegkundige naar de verzorgende. De verdeling van taken is nooit af, in de praktijk vinden continue verschuivingen plaats. Dit gebeurt niet zomaar. Organisaties, zorgverzekeraars, overheid en beroepsbeoefenaren zoeken naar manieren om problemen op te lossen bijvoorbeeld het verkorten van wachttijden (RVZ, 2002) of om een toenemende en veranderende zorgvraag op te vangen (NHG, 2011). Door het slimmer organiseren van het zorgaanbod en een optimale inzet van deskundigheden, laat je professionals doen waar ze goed in zijn. Uitgangspunt is dat de juiste patiënt op het juiste moment bij de juiste zorgverlener komt (3 j's) (www.stichtingkoh.nl). Taakherschikking en –delegatie kunnen bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg en de toegankelijkheid en betaalbaarheid van ons zorgstelsel.

5.8 Initieel en post initieel onderwijs

Ontwikkelingen in de zorg, arbeidsmarkt, arbeid en ICT vragen om organisaties en zorgverleners die in de toekomst snel kunnen reageren en aanpassen aan veranderende omstandigheden. Het tempo waarin functies en beroepen veranderen, verdwijnen en ontstaan stijgt. De urgentie om nieuwe kennis en vaardigheden te verwerven en bestaande competenties op peil te houden nemen toe (Bussemaker & Asscher, 2014). Leven lang leren is voor het kabinet de komende jaren een speerpunt. In deze paragraaf lichten we dit concept verder toe. Verder staan we stil bij de associate degree. Een relatief nieuwe onderwijsvorm in het hoger onderwijs die mogelijk perspectieven kan bieden. En we besteden aandacht aan het interprofessioneel leren.

Leven lang leren

Op de arbeidsmarkt verdwijnen en ontstaan telkens nieuwe functies en tegelijkertijd veranderen de taken van bestaande beroepen en functies. Meer dan ooit is er behoefte aan voortdurende bij- en omscholing. Deze behoefte zal alleen maar verder toenemen. Het onderwijs leidt immers niet op voor een baan, maar voor een carrière. En hoe belangrijk een goede basis vanuit het onderwijs ook is, het leren en ontwikkelen stopt niet na de afronding van een initiële opleiding (Bussemaker & Asscher, 2014).

Een leven lang leren¹⁰ wordt om twee redenen belangrijk. Ten eerste om te kunnen blijven aansluiten bij veranderingen in de maatschappij, de zorg en de dynamiek op de arbeidsmarkt. Zorgprofessionals dienen mee te bewegen met veranderingen en hun verantwoordelijkheid te nemen als het gaat om scholing en ontwikkeling. Dit begint bij vragen als: 'Hoe komt mijn functie er straks uit te zien?' 'Welke competenties heb ik daarvoor nodig?' 'Wat zijn mijn ontwikkelmogelijkheden?' (FWG, 2015). Dit vraagt om een omslag in het denken van zorgverleners maar ook van werkgevers. Ten tweede vergroot een leven lang leren de mobiliteit op de arbeidsmarkt. Door het op peil houden en aanleren van nieuwe kennis en vaardigheden kunnen werknemers gemakkelijker van baan verwisselen. Ze kunnen dan bijvoorbeeld overstappen van een krimp naar een groei sector zoals de huisartsenzorg (zie 5.5).

¹⁰ Hieronder valt het onder meer het post-initieel onderwijs maar ook het niet-formeel leren (workshop, bedrijfskursus, training-on-the-job) en het informeel leren (Pleijers & De Winden, 2014)

Nieuwe en andere opleidingen

Er zijn meer dan 2.400 verschillende zorg- en zorgverwante beroepen en functies en 1.700 verschillende zorgopleidingen (Van der Velden et al., 2012). Vernieuwingen in beroepen en opleidingen worden vooral bepaald door subsidies, de markt, verdergaande specialisering, taakherschikking, opwaartse druk, eigen identiteit en technologie (Spieker, 2012, 2013). Zoals we schreven in 5.1 verwacht de Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen dat er een grotere vraag naar generalisten ontstaat. In de huidige praktijk zien we gebeuren dat opleidingen daar al op inspelen. Zo combineert de opleiding Medewerker Maatschappelijke Zorg verpleegkundige en sociaal-agogische aspecten. Een ander voorbeeld is de gecombineerde opleiding hbo verpleegkunde en operatiemedewerker (Van der Windt & Bloemendaal, 2015). Kortom, om diverse redenen verandert de inhoud van opleidingen of ontstaan nieuwe opleidingen al dan niet op vraag van het werkveld.

Interprofessioneel opleiden

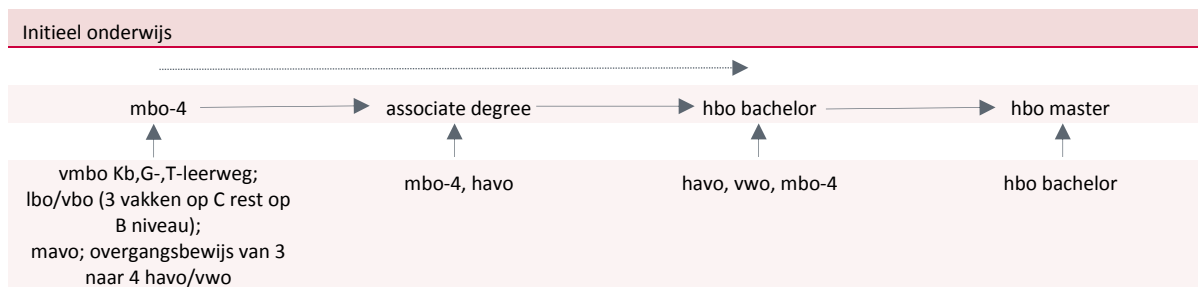
Een ontwikkeling die steeds meer in de belangstelling staat is het interprofessioneel leren. Om kwalitatief goede en persoonsgerichte zorg te geven is samenwerking tussen zorgverleners én met de patiënt meer dan ooit van groot belang (Aengevaeren et al., 2016). Samen werken betekent ook samen leren. Oftewel interprofessioneel leren zorgt voor interprofessioneel samenwerken. Binnen verschillende opleidingen vinden de laatste jaren allerlei initiatieven plaats (Aengevaeren et al., 2016; Scherpbier et al., 2014; www.sparkcenters.nl).

We staan kort stil bij het onderscheid tussen interprofessioneel en multidisciplinair samenwerken. Op het eerste oog lijkt het te gaan om dezelfde begrippen. Toch is dat niet zo. Bij multidisciplinaire samenwerking werken professionals vanuit verschillende disciplines samen. Ieder met een eigen specifieke inbreng, expertise, taken en verantwoordelijkheden die gescheiden zijn van zorgverleners van andere disciplines. Bij interprofessioneel samenwerken, gaat het ook om professionals met een verschillende achtergrond maar zij hebben wel gemeenschappelijke taken en verantwoordelijkheden (Rijsdijk et al., 2015). Andere belangrijke verschillen zijn de structurering van het overleg, de gemeenschappelijke visie, het werken met één zorgplan en de gezamenlijke verantwoordelijkheid daarvoor, het elkaar informeren over de contacten met de patiënt en bekendheid met elkaars professie (Vereniging Hogescholen, 2015). Zie ook bijlage één voor een overzicht van de kenmerken van interprofessioneel versus multidisciplinair samenwerken. Interprofessioneel samenwerken, komt niet vanzelf tot stand. Het moet onderwezen, geleerd en geoefend worden. Dit begint in de basisopleiding van alle zorgprofessionals en strekt zich uit tot ver daarna. Interprofessioneel onderwijs leidt tot competenties gericht op teamwork, beroepsrollen en verantwoordelijkheden, kritische reflectie op eigen competenties en die van het team en is gericht op de relatie met de patiënt en zijn omgeving. Belangrijk in het onderwijs is ook ervoor te zorgen dat de beroepsidentiteit en de expertise van ieder beroep positief benaderd wordt en duidelijk herkenbaar blijft (Vereniging Hogescholen, 2015). Interprofessioneel opleiden en leren geldt natuurlijk niet alleen voor het initieel onderwijs maar bij uitstek ook voor het post initiële onderwijs, de bij- en nascholing van zittende zorgverleners.

Associate degree

Een associate degree (ad) is een relatief nieuwe vorm van formeel, bekostigd onderwijs. Het is een nieuw wettelijk diploma in het hoger onderwijs, net als de bachelor of master. Het is een tweejarige studie en onderdeel van een bacheloropleiding aan een hogeschool. Het niveau ligt tussen mbo-4 en hbo-bachelor. Vooral mbo-4 studenten en mensen met een aantal jaren werkervaring vergroten met de ad hun kansen op de arbeidsmarkt. Daarna is directe doorstroom naar de hbo-bacheloropleiding waar de ad bij hoort mogelijk. Om toegelaten te worden heb je een havo of mbo-4 diploma nodig. Ad-opleidingen bieden kansen voor werkgevers om samen met hogescholen op regionaal niveau onderwijsprogramma's te ontwikkelen die aansluiten bij de praktijk (Bussemaker & Asscher, 2014).

Tabel 9 laat de doorstroom mogelijkheden zien binnen het initiële formele onderwijs.



Tabel 9. Doorlopend initieel formeel onderwijs

5.8 Beschouwing

In dit hoofdstuk hebben we een aantal ontwikkelingen beschreven die de komende jaren gaan spelen. Of, hoe en in welke mate deze veranderingen ook echt plaats gaan vinden weten we niet. We verwachten dat de meeste veranderingen tijd nodig hebben om onderdeel te worden van de dagelijkse zorgpraktijk. Bestaande structuren zijn lastig los te laten omdat ze robuust zijn, maar zeker ook omdat ze ook goede dingen met zich meebrengen (FWG, 2015).

Wat de gevolgen nu zijn voor de huisartsenzorg is ook lastig te bepalen. In ieder geval krijgen we te maken met een zorgvraag die toeneemt en verandert waardoor er meer vraag komt naar medisch generalistische zorg. We gaan lokale en regionale verschillen zien. De ene regio vergrijst en ontgroent sterker dan de andere waardoor er een andere vraag naar zorg is. Ook de arbeidsmarkt is in beweging. Enerzijds zien we een vergrijzing onder de huidige zorgverleners en anderzijds blijkt de huisartsenzorg een groeimarkt te zijn. Waar andere sectoren krimpen en personeel op straat komt te staan lijkt de huisartsenzorg de komende jaren behoefte te hebben aan extra handen. Ook hier geldt weer dat dit per regio anders is.

De patiënt verandert. Hij wordt mondiger, beter geïnformeerd, kritischer en wil de regie houden over zijn gezondheid. Tegelijkertijd zien we diversiteit tussen patiënten. De bevolking wordt steeds gekleurder, er zijn verschillende samenlevingsvormen, sommige burgers zijn laaggeletterd anderen missen ICT vaardigheden om een paar voorbeelden te noemen. Die pluriformiteit zorgt voor verschillende verwachtingen ten aanzien van ziekte, gezondheid en gezondheidszorg.

We willen zorg dicht bij de burger leveren afgestemd op zijn wensen, mogelijkheden en context. Niet de aandoeningen staan centraal, maar de mogelijkheid om te blijven functioneren. De zorg dient aan te sluiten bij wat voor iemand persoonlijk belangrijk is om te kunnen functioneren in het dagelijks leven. Het streven is dat de burger zolang mogelijk in zijn eigen omgeving kan blijven wonen en participeren in de maatschappij. Hij moet verantwoordelijkheid nemen over zijn eigen gezondheid (regie en zelfmanagement). Het accent verschuift van het verlenen van zorg naar het organiseren van zorg, waarbij samen met de patiënt gekeken wordt naar wat hij zelf kan met hulp van zijn omgeving en waar professionele ondersteuning nodig is.

Samenwerken met andere zorgverleners maar ook met andere instanties, scholen, vrijwilligersorganisaties en lokale overheden wordt belangrijk. Maar die samenwerking is aan verandering onderhevig. Organisaties veranderen, leggen andere accenten, er komen nieuwe organisaties of spelers bij. Er komen andere organisatievormen en de manier waarop we ons werk uitvoeren verandert.

Samen werken betekent ook samen leren. Maar ook blijven leren. Dus niet alleen tijdens de initiële opleiding maar gedurende een loopbaan. De huisartsenzorg van de toekomst vraagt breed inzetbare flexibele zorgverleners die kunnen samenwerken, ondernemen, weten waar we de grenzen van de eigen deskundigheid liggen en weten hoe de burger in zijn kracht te zetten. We hebben professionals nodig die kunnen inspelen op veranderingen doordat ze blijvend blijven leren.

Ons zorgstelsel staat onder druk, andere vormen van zorg en nieuwe manieren van organiseren zijn nodig voor een toekomstgerichte gezondheidszorg waarbij we tegelijkertijd de kosten in de hand moeten houden. ICT en taakherschikking en -delegatie kunnen daarbij een rol spelen. De toenemende mogelijkheden in de ICT hebben invloed op de patiënt én de zorgverlener. Technologie wordt in de toekomst steeds belangrijker.

Deze ontwikkelingen dagen de huisartsenvoorziening uit om samen met andere zorgverleners, instanties en lokale overheden medisch generalistische zorg te bieden afgestemd op de vraag van de burger in de wijk, dorp of regio. Zorg dichtbij, die uitgaat van de vraag van de patiënt en hem in staat stelt zo lang mogelijk te blijven functioneren in zijn eigen omgeving. Uiteraard spelen ook andere factoren een belangrijke rol zoals keuzes die nieuwe kabinetten gaan maken en wijzigingen in de financiering van de huisartsenzorg. Als we inzoomen op die huisartsenzorg van straks dan is het moeilijk te voorspellen hoe die er uit gaat zien. Gaat de keten in de spoedzorg nog dichter naar elkaar toe groeien? Krijgen we grote callcentra waar alle spoedeisende vragen van eerstelijns organisaties centraal binnen komen (ambulance, ggz, thuiszorg)? Bestaan de ketenzorgprogramma's zoals we die nu kennen in 2025 nog? Of zijn ze samengevoegd tot een ketenzorgprogramma chronische zorg. Kennen we de zorggroepen nog in de huidige vorm of zijn die uitgegroeid tot faciliterende organisaties? Een paar punten op de horizon zijn duidelijk. Een daarvan is dat we met elkaar moeten proberen om de zorguitgaven in te perken. Alleen op die manier kunnen we aan toekomstige generaties een betaalbare gezondheidszorg nalaten.

6 Contouren van straks

Om te kunnen bepalen welke zorgondersteunende beroepen nodig zijn hebben we gekeken naar een aantal ontwikkelingen in onze samenleving, de zorg, het onderwijs, de ICT en de arbeidsmarkt. Zo weten we in ieder geval dat de zorgvraag gaat toenemen en veranderen. Dat de ene regio krimpt en vergrijsd terwijl een ander deel van ons land deze problemen niet of nauwelijks kent. We zien dat de patiënt verandert, dat er steeds meer diversiteit is tussen patiënten, andere wensen en verwachtingen. In de toekomst kijken blijft moeilijk, toch gaan we het proberen. In dit hoofdstuk nuanceren we eerst de geschetste toekomst ontwikkelingen uit hoofdstuk vijf en spitsen die toe op de huisartsenzorg. Vervolgens staan in 6.3 de zorgondersteunende en in de Wet BIG verankerde beroepen die in 2025 voorkomen. In 6.4 volgen de functies die we in de huisartsenvoorziening van straks het meeste gaan zien. Daar formuleren we een aantal uitgangspunten bij. In het volgende hoofdstuk leest u de aanbevelingen.

6.1 Beïnvloedende trends voor contouren van straks

In deze paragraaf beschrijven we tien trends die van invloed zijn op de contouren van de zorgondersteunende beroepen en functies van straks. Deze trends zijn afgeleid van de toekomst ontwikkelingen die we beschreven in het voorgaande hoofdstuk en toegespitst op de huisartsenzorg. Het zijn veranderingen of ontwikkelingen die tot nadenken stemmen of waarop geanticipeerd kan worden.

Als eerste, de burger en daarmee ook de patiënt, verandert. Dat vraagt om zorg die aansluit bij wensen, behoeften en mogelijkheden van die burger. De zorgondersteunende beroepen van straks gaan nog meer dan nu persoonsgerichte zorg op maat bieden.

In 2025 handelen alle zorgverleners dus ook de huisarts en zijn in team in de geest van het concept positieve gezondheid. Dat is het tweede aandachtspunt. De zorgondersteunende functies in de huisartsenpraktijk van straks gaan uit van het functioneren, veerkracht en eigen regie van de burger. Samen met andere zorgverleners, zorg- en welzijnsorganisaties en lokale overheden leveren zij een integraal aanbod dat past bij de zorgvraag en gezondheidsproblemen van de burger.

Ten derde bestaat dé huisarts, net als dé patiënt of dé burger, niet. Hoe een huisarts en zijn team samen met andere professionals, overheden en organisaties zorg gaat leveren hangt af van verschillende factoren. Bijvoorbeeld de samenstelling en opbouw van de patiëntenpopulatie, competenties in het team, bestaande samenwerkingsverbanden in het dorp of de wijk, bereidheid tot samenwerken, visie van de huisarts op huisartsgeneeskunde en de mens achter de huisarts.

Ten vierde gaan we straks meer en meer regionale verschillen zien in organisatie van de 24-uurs huisartsenvoorziening. Burgers die in Terneuzen wonen hebben andere wensen en behoeften dan die hartje Rotterdam. Zeeuws-Vlaanderen is minder dicht bevolkt, er zijn meer ouderen dan jongeren, het gebied kent langere reisafstanden, heeft minder (gespecialiseerde) ziekenhuizen in de directe nabijheid en er is minder zorgpersoneel op de arbeidsmarkt beschikbaar dan in de grote steden. Dergelijke externe factoren spelen een grote rol bij het inrichten van de huisartsenvoorziening

ICT en preventie gaan over tien jaar een grote rol spelen in de zorg, dat is punt vijf. Op welke wijze en welke gevolgen dit heeft voor professional en burger is afwachten. In ieder geval worden tijd en plaats waarop mensen zorg ontvangen minder belangrijk door de opkomst van slimme technologie. Wat ook vast staat is dat door de mogelijkheden in de ICT de inhoud van beroepen en functies gaan veranderen. Verder komt er in de toekomst steeds meer nadruk te liggen op preventie in de volle breedte. Dat betekent niet alleen het voorkomen van ziekten of ongezonde leefwijzen maar ook zorgen dat burgers niet buiten de maatschappij vallen. De zorgondersteunende beroepen en functies in de huisartsenvoorziening gaan daar een rol in spelen, samen met anderen zoals zorg- en welzijnsorganisaties en lokale overheden.

Het zesde aandachtspunt voor straks ligt in de organisatievormen die veranderen en de wijze waarop professionals hun werk uitvoeren. Ook hier geldt weer dat we niet weten hoe dat er uit komt te zien. Maar het is niet vanzelfsprekend dat organisaties en arbeidsvormen die we nu kennen straks ook nog bestaan. Mogelijk gaan organisatiegrenzen vervagen, ontstaan nieuwe organisaties of krijgen bestaande een andere invulling. We krijgen in 2025 misschien wel meer te maken met zzp'ers of zelfsturende teams. Dit vraagt andere competenties van zorgverleners. Ze moeten kunnen ondernemen en onderhandelen. Ook de wijze waarop we ons werk uitvoeren is anders. Misschien doet een praktijkondersteuner in 2025 wel meer consulten via een beeldverbinding dan face-to-face in de spreekkamer.

Als zevende zien we dat in de toekomst competenties¹¹ van professionals centraal staan en veel minder de functie. Niet de functienaam maar de zorgverlener achter de functie wordt belangrijk. Welke competenties heeft hij op basis van opleidingen, cursussen, werk- en levenservaring in zijn 'rugzakje'? Welke kan hij ontwikkelen? Passen de competenties die iemand heeft in de organisatie? Als we meer en meer uitgaan van competenties kunnen we ons afvragen hoe belangrijk een functienaam nog is. Wat zegt de naam wijk- of praktijkverpleegkundige? Het duidt vooral op de organisatie waarin iemand werkt en de taken die zij daar uitvoert. Maar voor beide functies gaat het om de competenties die een verpleegkundige op hbo bachelor niveau heeft. Het is ook goed mogelijk dat we in 2025 zorgverleners zien die twee functies invullen. Bijvoorbeeld een (wijk)verpleegkundige die ook praktijkondersteuner ggz is. Het belang van competenties zien we ook nog op een andere manier. Er ontstaan nieuwe opleidingen, mengvormen van bestaande studies. De jonge zorgverlener van straks gaat kiezen voor een studie of een richting die hem aanspreekt en misschien wel veel minder voor een beroep of functie. Als hij de arbeidsmarkt betreedt brengt hij brede competenties mee op bijvoorbeeld mbo of hbo niveau. Kortom, denken in competenties wordt steeds belangrijker.

Als achtste zien we dat de samenleving en daarmee ook de zorg in 2025 nog complexer is door tal van ontwikkelingen die we beschreven in hoofdstuk vijf. Taakherschikking en –delegatie kunnen een oplossing bieden. Het gaat daarbij om een optimale inzet van competenties en capaciteit. Of anders gezegd. Professionals moeten doen waar ze goed in zijn. Taakherschikking – en delegatie kan binnen de directe én indirecte patiëntenzorg. De eerste is het meest bekend. Dan gaat het om het overhevelen van medische of zorgtaken van de ene zorgverlener naar de andere. Maar ook het delegeren van indirecte patiëntenzorg bijvoorbeeld op het gebied van financiën, ICT en personeelsmanagement hoort tot de mogelijkheden. We krijgen straks meer faciliterende organisaties en functies (manager, kwaliteitsmedewerker) in de huisartsenzorg.

De negende ontwikkeling is de toenemende aandacht en noodzaak voor een leven lang leren bij beginnende maar vooral ook bij de zittende professionals. Het gaat niet alleen om verticaal leren dus naar een functie op een hoger opleidingsniveau, maar ook horizontaal in de breedte van het vak. In de toekomst gaan professionals nog meer dan nu samen werken, dat betekent ook samen leren (interprofessioneel). Leren en ontwikkelen stopt niet na het afronden van een initiële opleiding. Over tien jaar staat blijvend leren hoog op de agenda van professionals, (post) initiële opleidingsinstituten én organisaties.

Als laatste, laten we onze mbo'ers koesteren en uitdagen om zich in de breedte te ontwikkelen. Onze maatschappij maar ook de zorg worden in de toekomst steeds complexer. Daarmee lijkt de roep om hoger opgeleide professionals steeds groter te worden. Maar daar schuilt een gevaar in. Het is namelijk de vraag of alle werkzaamheden en zorgvragen in de huisartsenzorg een bachelor diploma vereisen. Gaan we niet voor bij aan de deskundigheid van mbo'ers? Benutten huisartsen en organisaties voldoende de competenties van doktersassistenten? Moeten we ons niet eerst afvragen hoe doktersassistenten, op hetzelfde opleidingsniveau, zichzelf verder kunnen ontwikkelen binnen het eigen vakgebied?

¹¹ geheel van kennis, inzicht, vaardigheden, attitudes en persoonlijke eigenschappen

6.2 Uitgangspunten bij de contouren van straks

Voordat we de zorgondersteunende beroepen en functies beschrijven gaan we eerst in op de organisatie van de huisartsenvoorziening. We beschrijven een aantal uitgangspunten die belangrijk zijn bij het samenstellen van het ondersteunende team waarmee de huisarts medisch generalistische zorg biedt.

De drie j's

Om de toekomstige zorgvraag efficiënt te beantwoorden is naast de huisarts een team van zorgverleners met verschillende competenties belangrijk. Samen verlenen zij medisch generalistische zorg op maat uitgaande van de 'drie j's': de juiste patiënt op het juiste moment bij de juiste zorgverlener. De zorg wordt vanuit de vraag van de patiënt georganiseerd, in dialoog en persoonsgericht.

Analyse maken

Om te komen tot de meest optimale samenstelling van competenties in het ondersteunende team maakt de huisartsenvoorziening of organisatie (huisartsenpost, zorggroep) een analyse waarbij in ieder geval de volgende factoren in beeld worden gebracht:

- huidige zorgvraag;
- inschatting toekomstige zorgvraag;
- samenstelling patiëntenpopulatie (allochtonen, leeftijdsopbouw, SES);
- omgevingsanalyse (samenwerking andere organisaties en zorgverleners, geografische factoren, nabijheid van voorzieningen);
- teamanalyse (bestaande competenties, benodigde competenties, loopbaanwensen, leeftijdsopbouw, naderende pensioen leeftijd)
- innovaties en ontwikkelingen (ICT, arbeidsmarkt).

De resultaten die voortkomen uit deze analyse hangen onderling samen. Het zijn 'communicerende vaten' en moeten daarom ook in samenhang gezien worden.

Competentiemix

Iedere huisartsenvoorziening brengt bovengenoemde factoren in kaart en stelt op basis daarvan competenties vast die nodig zijn in het zorgondersteunende team. Belangrijk is een goede competentiemix, ook wel skillmix genoemd. Op basis van de benodigde competenties wordt een keuze gemaakt voor functies. De organisatie heeft daarvoor een arsenaal aan functies beschikbaar, zie tabel 11, waaruit gekozen kan worden. Dat betekent dat sommige functies in iedere organisatie voorkomen en andere juist weer niet.

One size fits all bestaat niet

Dé burger en dé patiënt bestaan niet. Dat zelfde ook voor dé huisarts en het team waarmee hij medisch generalistisch zorg biedt. De competenties en daarvan afgeleid de functies die nodig zijn in de huisartsenvoorziening hangen af van veel factoren. Iedere huisartsenpraktijk, gezondheidscentrum, huisartsenpost of zorggroep maakt afwegingen en keuzes op basis van de eigen situatie. De huisartsenvoorziening van de toekomst vraagt om maatwerk.

Voortdurend aanpassen

Onze maatschappij verandert continue. Deze maatschappelijke ontwikkelingen maar ook die op het gebied van bijvoorbeeld ICT en financiering vragen om voortdurende aanpassing van het zorgaanbod en daarmee ook de competentiemix in het zorgondersteunende team.

Kosten beheersen

Overheid, verzekeraars, organisaties, professionals en burgers staan samen voor de uitdaging om de kosten voor de zorg in de hand te houden. Op basis van de uitkomsten uit de hierboven beschreven analyse en de benodigde competentiemix dient de huisartsenvoorziening of organisatie te zoeken naar de juiste functies. Leidend moet zijn dat taken 'zo laag' mogelijk worden uitgevoerd tegen een gelijkblijvende kwaliteit van zorg. Niet iedere zorgvraag vraagt om een deskundigheid op hbo bachelor of academisch niveau. Dit is meteen een

uitdaging. We moeten een balans zien te vinden tussen versnippering van taken en teveel verschillende zorgverleners enerzijds en een efficiënte organisatie anderzijds. Wellicht kan de patiënt helpen bij dit dilemma door hem te vragen wat hij graag wil.

6.3 Contouren beroepen van straks

De huidige beroepen lijken toekomstbestendig. In 2025 kennen we waarschijnlijk dezelfde zorgondersteunende beroepen als nu. Alleen, en dat is belangrijk, gaat de invulling van deze beroepen veranderen. De professional van straks is een generalist, breed inzetbaar, flexibel, kent de grenzen van zijn deskundigheid en is handig met technologie. De toekomstige zorgverlener kan niet alleen samenwerken met andere professionals, overheden en organisaties maar óók met de burger. Hij gaat uit van positieve gezondheid en handelt daar naar door uit te gaan van het functioneren, de veerkracht en eigen regie van de burger. Dit geldt overigens niet alleen voor de zorgondersteunende beroepen maar ook voor die van de huisarts. Ook de inhoud van dat beroep verandert.

We constateren dus dat niet zozeer de beroepen veranderen maar juist de invulling daarvan. De grootste uitdaging voor de toekomst zit in het aanpassen van de opleiding. Onderwijsprogramma's gaan veranderen in de lijn van de hoofdstuk 5 beschreven toekomst ontwikkelingen en de geschetste beïnvloedende trends in 6.1.

De opmars van de relatief nieuwe beroepen gaat door. Ook in de huisartsenzorg van straks zien we, net als in zieken- en verpleeghuizen, meer verpleegkundig specialisten en physician assistants taken overnemen van (huis)artsen.

In de huisartsenzorg van 2025 bestaan de volgende in de Wet BIG verankerde zorgondersteunende beroepen:

Beroep	Initiële opleiding
doktersassistent	mbo-4 tot doktersassistent
apothekersassistent	mbo-4 tot apothekersassistent
verpleegkundige	mbo-4 tot verpleegkundige hbo bachelor of nursing
verpleegkundig specialist	hbo master advanced nursing practice
physician assistant	hbo master tot physician assistant

Tabel 10. Contouren beroepen van straks plus opleiding

Een kanttekening bij tabel 10. In 2025 is er in het beroep verpleegkundige een onderscheid in mbo en hbo opgeleiden. Mogelijk komen er twee functietitels. Maar, het beroep verpleegkundige blijft in de huisartsenzorg van straks bestaan. Vandaar dat in de tabel één beroep staat met twee opleidingsrichtingen (mbo en bachelor).

6.4 Contouren functies van straks

De beroepen uit 6.3 lijken voldoen basis te bieden voor de functies die we straks nodig hebben in de huisartsenzorg. De functies van straks zijn dezelfde als die we nu kennen. Ook hier geldt, net zoals bij de beroepen, dat de inhoud van de functies gaat veranderen. Opleidingen en nascholingen moeten daarin op inspelen.

In tabel 11 staan de basisfuncties voor straks. Dit zijn functies die over tien jaar in de meeste huisartsenpraktijken, gezondheidscentra, zorggroepen en huisartsenposten voorkomen.

Functie	Initieel onderwijs	Post initieel onderwijs
doktersassistent	mbo-4 tot doktersassistent	
apothekersassistent	mbo-4 tot apothekersassistent	
triagist	mbo-4 tot doktersassistent, mbo-4 tot verpleegkundige	opleiding tot triagist (post mbo)
POH-S	mbo-4 tot doktersassistent, mbo-4 tot verpleegkundige	opleiding tot POH-S (post mbo of associate degree)
POH-GGZ	hbo bachelor of nursing, bachelor of social work, bachelor/master psychologie	opleiding tot POH-GGZ (post bachelor)
praktijk/wijk/eerstelijns verpleegkundige	hbo bachelor of nursing	opleiding tot praktijk/wijk/eerstelijnsverpleegkundige (post bachelor)
verpleegkundig specialist	hbo master advanced nursing practice	
physician assistant	hbo master tot physician assistant	

Tabel 11. Contouren functies van straks plus opleiding

Wat is nieuw?

Op het eerste oog lijken de basisfuncties van straks veel op de functies die we nu al kennen. Dat klopt ook. Er zijn geen aanwijzingen dat deze functies over tien jaar verdwenen zijn. Zoals we al eerder schreven is het de inhoud van die functies die gaat veranderen.

Een paar punten wijken wel af van de huidige situatie. We maken geen onderscheid tussen huisartsenpraktijk en acute zorg. Net als de functie huisarts kunnen andere functies zowel binnen als buiten kantooruren in de huisartsenzorg werken. Dat zien we nu al bij de verpleegkundig specialist maar mogelijk over een aantal jaren ook bij de praktijkondersteuner ggz of doktersassistent.

Verder doet de praktijkondersteuner somatiek conform het akkoord van 5 februari 2016 voornamelijk geprotocolleerde zorg. Waarbij we van ziekte gerichte zorg gaan naar persoonsgerichte zorg.

Op post bachelor niveau zien we de verpleegkundige. Die laatste is conform het beroepsprofiel zoals beschreven in het rapport 'Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging', generalistisch opgeleid, heeft een breed takenpakket en levert zorg aan alle doelgroepen. Dat kan reiken van preventietaken tot indiceren van zorg. We verwachten dat de verpleegkundige van straks meer gaat werken op het snijvlak tussen huisartsenzorg, thuiszorg en gemeenten.

6.4 Beschouwing

De huidige beroepen en functies voor de huisartsenzorg lijken toekomstbestendig. Alleen de inhoud en de manier waarop we ze organiseren verandert. In lijn van de geschetste toekomst ontwikkelingen in hoofdstuk vijf en beïnvloedende trends in 6.1 wijzigt de invulling van de functie en de competenties die daarvoor nodig zijn. De functies van straks vragen nieuwe en andere competenties. De competentieprofielen moeten hierop worden aangepast. Vervolgens kan het initiële en post initiële onderwijs daar op inspelen door onderwijsprogramma's aan te passen of nieuwe onderdelen te ontwikkelen. Ook de organisatie van de huisartsenvoorziening gaat veranderen. Iedere organisatie kijkt op basis van de (toekomstige) zorgvraag, wens van de patiëntenpopulatie en context welke competentiemix nodig is. Op basis daarvan worden keuzes gemaakt voor functies. Dat kan voor iedere organisatie anders zijn. One size fits all bestaat niet. De organisatie van de huisartsenvoorziening vraagt om maatwerk. Daarom zien we straks grote verschillen in de manier waar het zorgondersteunende team in de huisartsenvoorziening is georganiseerd.

7 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk staan de aanbevelingen op basis van de foto van nu, de toekomstontwikkelingen en de contouren van straks. Het zijn adviezen en overwegingen die de SSFH en de bij haar aangesloten partijen helpen bij verdere discussie en visie ontwikkeling. We willen de aanbevelingen niet alleen richten op 2025 maar ook op de nabije toekomst omdat de foto van nu een aantal knelpunten laat zien die de komende jaren om een antwoord vragen.

Begrippenkader ontwikkelen

In de foto van nu en tijdens de interviews met vertegenwoordigers van de werkgeverspartijen viel het op dat we onder begrippen soms verschillende dingen verstaan. Zo was het onderscheid beroep en functie niet duidelijk. Maar dat gold ook voor beroeps- en competentieprofiel. Eenduidige begrippen helpen om elkaar te begrijpen. Kijk hierbij ook naar de begrippen die andere beroepsgroepen en –organisaties gebruiken, probeer afstemming te vinden (bijvoorbeeld hogescholen maar ook KNMG, NVDA of V&VN). Een eenduidig begrippenkader maakt ook de communicatie met externe samenwerkingspartners gemakkelijker. In dit rapport is een start gemaakt.

Basisfuncties en hun opleiding

Inherent aan de definitie, zie 2.1, kan iedere organisatie zijn eigen functies maken. Toch adviseren wij om op landelijk niveau uit te gaan van basisfuncties. Dat zijn functies die in veel organisaties voorkomen. Zoals de contouren van straks laten zien denken wij dat niet zozeer de functies veranderen als wel de inhoud daarvan en de manier waar functies georganiseerd zijn. Vijf functies lichten we toe: doktersassistent, praktijkondersteuner somatiek, praktijkondersteuner ggz, de nieuwe hbo bachelor opgeleide verpleegkundige en de verpleegkundig specialist/physician assistant.

We beginnen met de doktersassistent. In 6.1 beschreven we al dat de roep om hoger opgeleide professionals in de zorg steeds groter lijkt te worden. Wellicht is het goed om kritisch naar deze ontwikkeling te kijken. Vragen alle zorgvragen nu echt om een hbo opgeleide functionaris? Wat betekent meer hbo opgeleiden voor de kosten in de zorg? Worden de kwaliteiten van bijvoorbeeld doktersassistenten en triagisten wel goed benut? Het 'Beroepsbeeld doktersassistent' schetst de potentie van dit beroep voor de huisartsenzorg. We willen een pleidooi houden om goed te kijken naar groeimogelijkheden voor deze belangrijke groep mbo'ers. Zij zijn de ruggengraat van iedere huisartsenvoorziening en organisatie. Met groei bedoelen we de niet alleen verticaal naar een functie op een hoger opleidingsniveau, maar vooral ook horizontaal. Nieuwe competenties die een aanvulling zijn op de functie zoals we die nu kennen waardoor doktersassistenten nieuwe of andere taken op zich kunnen nemen. In de praktijk gebeurt dit hier en daar al, bijvoorbeeld doktersassistenten die laag complexe klachten behandelen, uitstrijkjes maken of competenties ontwikkelen op het gebied van ICT of financiën. Dit betekent dat in de toekomst zowel de initiële opleiding tot doktersassistent, als de nascholing voor deze doelgroep verstevigd moet worden. Verder kan de SSFH een rol spelen in het bewaken van het traject dat is ingezet om de doktersassistent op te nemen in artikel 34 van de Wet BIG.

Het tweede punt van aandacht gaat uit naar de praktijkondersteuner somatiek. Deze zorgverlener gaat in de toekomst persoonsgerichte zorg bieden in plaats van aandoening gerichte zorg. Zorg aan patiënten die meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd hebben al dan niet in combinatie met psychosociale problemen of cognitieve beperkingen. De inhoud van de functie praktijkondersteuner somatiek en daarmee ook de opleiding gaat de komende jaren veranderen.

Op 5 februari 2016 spraken partijen af¹² dat voor de praktijkondersteuner somatiek wordt uitgegaan van het competentieprofiel uit 2004 (met aanpassing). Gestreefd zou worden om de opleiding tot praktijkondersteuner somatiek op te nemen in het initiële (hoger) onderwijs. Om aan deze afspraak uit het

¹² LHV, NHG, InEen, NVvPO, NVDA, FNV Zorg en Welzijn, CNV Zorg & Welzijn, V&VN en de hbo-opleidingen, samengebracht door SSFH

akkoord tegemoet te komen bevelen wij aan dat de SSFH zich, samen met de hogescholen, oriënteert op de mogelijkheden die de associate degree te bieden heeft. Bij de aanpassing van het competentieprofiel uit 2004 dient uit gegaan te worden van deze persoonsgerichte benadering. Vervolgens kunnen de opleidingen het onderwijs daarop aan laten sluiten.

Als derde de praktijkondersteuner ggz. Op dit moment verleent de praktijkondersteuner ggz conform het functie- en competentieprofiel zowel geprotocolleerde als complexe zorg waarvoor een protocol overstijgend denken en handelen nodig is. Op het somatische vlak wordt een onderscheid gemaakt tussen laag complexe, geprotocolleerde zorg die voor rekening komt van de praktijkondersteuner somatiek. En de hbo bachelor opgeleide verpleegkundige die zich richt op de hoog complexe zorg. Kunnen we dit onderscheid ook doorvoeren voor ggz zorgvragen? Hoeveel zorgvragen op het terrein van ggz zijn geprotocolleerd en kunnen worden uitgevoerd door de praktijkondersteuner op post mbo of associate degree niveau? Ook hier geldt dat dat de hbo bachelor verpleegkundige (of een andere hbo bachelor professional) de hoog complexe ggz vragen voor haar rekening kan nemen. Als we uitgaan van de gedacht dat de zorgondersteunende functies in de huisartsenzorg medisch generalistische zorg bieden dan is het onderscheid tussen somatiek en ggz gekunsteld. Wellicht kan de SSFH met partijen verkennen of het mogelijk is om laag complexe geprotocolleerde somatische en ggz zorg bij de praktijkondersteuner neer te leggen en de hoog complexe zorg bij een hbo opgeleide functionaris.

Een ander punt van aandacht is de verankering van de functie van praktijkondersteuner ggz in een bestaand beroepsprofiel. In het huidige profiel is daar bewust niet voor gekozen omdat de functie niet te verenigen was met een bestaand beroepsprofiel op hbo niveau. Wellicht is het goed om bij de herziening van het profiel te kijken naar het nieuwe beroepsprofiel voor de bachelor opgeleide verpleegkundige zoals beschreven staat in het rapport 'Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging'.

Als vierde de hbo bachelor opgeleide verpleegkundige. Bewust hebben we deze functie geen praktijkverpleegkundige genoemd. Wellicht is het goed om een oriëntatie uit te voeren naar deze functie. Wat kan de hbo verpleegkundige op het snijvlak van huisartsenpraktijk, thuiszorg, GGD en gemeente betekenen? Uitgaande van het brede nieuwe profiel waarvan de eerste verpleegkundigen in 2020 op de arbeidsmarkt komen. De SSFH kan de rol van aanjager en facilitator op zich nemen door partijen uit te nodigen om samen dit thema te onderzoeken. Conform de reeds ingezette route om de opleiding voor de praktijkverpleegkundige als post bachelor aan te bieden, kan de opleiding op basis van deze verkenning worden aangepast tot een brede eerstelijns post bachelor.

En als laatste de zorgmasters. We kennen in de huisartsenzorg twee nieuwe functies die bij veel huisartsen, bestuurders, managers en beleidsmakers nog relatief onbekend zijn. Dat zijn de verpleegkundig specialist en physician assistant, ook wel de zorgmasters genoemd. Voor velen is het onduidelijk wat die beroepsbeoefenaren doen en wat het onderscheid is tussen beiden. Onderzoek laat zien dat in de huisartsenzorg de twee functies dichtbij elkaar liggen (Van der Burgt et al., 2015; Laurant & Wijers, 2014). Beiden diagnosticeren en behandelen zelfstandig klachten, voor beiden zijn dezelfde bevoegdheden vastgelegd in de Wet BIG. Hoewel de functies in de praktijk overlap laten zien zijn de masteropleidingen toch verschillend. We verwachten dat er in de toekomst ruimte is voor een hbo masteropgeleide professional in de huisartsenvoorziening. Het is aan te bevelen om te verkennen of beide functies (inclusief opleidingen) kunnen worden samengevoegd tot één master voor de huisartsenzorg. Wellicht kan de SSFH het voortouw nemen voor deze verkenning.

Competentieprofielen voor huisartsenzorg ontwikkelen

Op dit moment zijn alleen functie- en/of competentieprofielen beschikbaar voor de praktijkondersteuner somatiek, praktijkondersteuner ggz en praktijkverpleegkundige. Voor de triagist staan competenties beschreven maar niet volgens het CanMEDS systematiek zoals in de andere profielen. Opvallend is dat verschillende termen door elkaar gebruikt worden: voor de praktijkondersteuner ggz is er een functie-competentieprofiel, voor de praktijkondersteuner somatiek en praktijkverpleegkundige is het een

competentieprofiel en eindtermen. Het is raadzaam dat de SSFH samen met betrokken partijen een keuze maakt voor een functie- dan wel competentieprofiel en het al dan niet omschrijven van eindtermen. Zie hiervoor ook de definities in 2.3. Ontwikkel vervolgens voor alle basisfuncties (zie tabel 11) een profiel dat op dezelfde wijze is opgebouwd aan de hand van de CanMEDS rollen. Zorg voor een eenduidige en herkenbare structuur en lay-out. Probeer zoveel mogelijk bestaande beroepsprofielen als uitgangspunt te nemen. In de competentieprofielen kun je beschrijven welke specifieke competenties nodig zijn voor de huisartsenzorg bovenop de generieke competenties die al in het beroepsprofiel staan. Wellicht is het een idee om een vaste commissie met daarin vertegenwoordigers van partijen alle competentieprofielen te laten ontwikkelen.

Beroepen en functies veranderen. Het is daarom aan te bevelen om de competentieprofielen periodiek tegen het licht te houden en zo nodig te herzien (onderhoud).

Aansluiting opleiding en werkveld

Ga op basis van de competentieprofielen voor de basisfuncties in gesprek met opleidingen over de invulling van het onderwijsprogramma. Stem bijvoorbeeld met ROC's en andere instituten die de opleiding tot doktersassistent aanbieden af, wat recent afgestudeerde assistenten minimaal moet kennen en kunnen in de huisartsenzorg. Maar dat geldt ook voor de verpleegkundig specialist of physician assistant.

Streef naar landelijke uniformiteit voor de opleidingen tot praktijkondersteuner somatiek, praktijkondersteuner ggz en de praktijk/wijk/eerstelijnsverpleegkundige. Uniformiteit in assessments, gebruik van eerder verworven competenties en individuele leertrajecten. Maar ook voor wat betreft de duur van opleidingen, vooropleidingseisen en stage-uren. Hiervoor verwijzen wij u naar de aanbevelingen in het rapport 'Verkenning van het opleidingsaanbod voor de POH-S, POH-GGZ en doktersassistent'. Alleen voor de opleiding tot triagist lijkt bovenstaande minder van toepassing. In de regeling 'Diplomering Triagisten' staat een kader beschreven voor de toelatingseisen, diplomering en herregistratie.

In het akkoord van 5 februari 2016 staat dat de SSFH namens partijen de kwaliteit van de opleidingen tot praktijkondersteuner somatiek bewaakt door middel van certificering. Wij bevelen aan om dat door te trekken naar de opleiding tot praktijkondersteuner ggz en praktijk/wijk/eerstelijnsverpleegkundige. Probeer voor wat betreft de certificering aan te sluiten bij bestaande keurmerken of accreditatie-organisaties. Neem hierin ook de certificering van opleidingsinstituten voor de triagist mee (ligt bij Calibris Advies). Streven is om de certificering of accreditering van opleidingen zo uniform mogelijk te regelen.

Generalist als het kan, specialist als het moet

Over tien jaar zijn alle zorgondersteunende functies breed opgeleid. Dat wil zeggen zorgverleners die zorgvragen kunnen beantwoorden op velerlei terreinen en doelgroepen. Net als de huisarts verlenen de ondersteunende functies persoonsgerichte generalistische zorg. Dat wil niet zeggen dat we geen specialisten nodig hebben. Beroepsbeoefenaren die over een aandoening of doelgroep meer weten dan collega's zijn altijd nodig. Wat nu op valt is dat iedere functie- of beroepsgroep kiest voor eigen termen: specialisatie, aandachtsgebied, expertgebied, profiel enz. Wellicht kan de SSFH met veldpartijen verkennen welke benamingen gebruikt worden en wat hieronder wordt verstaan. Om vervolgens samen afspraken te maken over het gebruik van begrippen voor de zorgondersteunende functies in de huisartsenzorg. We adviseren om voor de herkenbaarheid dezelfde systematiek en begrippen te gebruiken zoals die nu gelden voor huisartsen.

Verbreed het ondersteunende team

Dé huisartsenvoorziening bestaat niet. We zien in 2025 regionale verschillen in de manier waarop organisaties zijn georganiseerd. Zoals beschreven in 6.2 hangt de invulling van het ondersteunde team waarmee de huisarts medisch generalistische zorg biedt af verschillende factoren. Op basis van de competenties die nodig zijn in het team kan een organisatie kiezen uit verschillende basisfuncties. Op dit moment is in de visie van NHG/LHV voor het ondersteunende team plaats voor twee functies naast die van de huisarts: de doktersassistent en de praktijkverpleegkundige. Wellicht kan de SSFH met de veldpartijen in gesprek over een herziening van het

standpunt waarin ruimte is voor een breed ondersteunend team op verschillende opleidingsniveaus (mbo, associate degree, bachelor, master). Een team dat wordt samen gesteld op basis van de benodigde competenties om op die manier een passend antwoord te geven op de zorgvraag.

Volg de ontwikkelingen voor de mbo en hbo verpleegkundige

Zoals beschreven in 5.6 wordt in de Wet BIG een onderscheid gemaakt tussen de mbo en hbo verpleegkundige. Studenten die de opleiding afsluiten laten zich naar verwachting vanaf 2020 in het BIG-register registreren als mbo of hbo verpleegkundige. Voor de zittende verpleegkundigen staat in het rapport 'Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging' een voorstel voor een overgangsregeling waarin verschillende scenario's zijn uitgewerkt. Streven is dat de zittende groep zich vóór 2024 heeft laten registreren in het BIG-register als mbo'er of hbo'er. Hoe de verdere uitwerking er uit gaat zien is bij het schrijven van dit document nog niet bekend. Het zou goed zijn als de SSFH deze ontwikkelingen op de voet blijft volgen. Veel praktijkondersteuners somatiek en ggz zijn verpleegkundige. Zij hebben diverse achtergronden (mbo, inservice, hbo, aanvullende opleidingen). Van deze groep wordt de komende jaren een keuze verwacht die ook gevolgen heeft voor de huisartsenzorg.

Zet in op een leven lang leren

Een leven lang leren wordt steeds belangrijker voor professionals. Enerzijds om te blijven aansluiten bij veranderingen in de maatschappij, technologie en de zorg. Anderzijds om mobiliteit op de arbeidsmarkt te vergroten. Dan kan het gaan om loopbaanmogelijkheden van zittende medewerkers of om instroom van personeel uit andere sectoren te bevorderen. Een leven lang leren is een breed begrip en kan op vele manieren vorm krijgen. We noemen een paar punten die belangrijk zijn voor de huisartsenzorg. In het initiële onderwijs zijn vooral de doorlopende leerlijnen van belang. Mogelijkheden voor professionals om door te stromen naar een hogere functie (verticaal opleiden). Maar ook het post initieel onderwijs speelt een belangrijke rol vooral bij zittend personeel. Bij uitstek is nascholing geschikt voor professionals om op hetzelfde opleidingsniveau competenties op peil te houden of nieuwe te verwerven (horizontaal opleiden). Hierdoor kunnen zorgverleners nieuwe taken op zich nemen of zorg geven aan nieuwe doelgroepen. Het gaat dan niet alleen om medisch inhoudelijke kennis maar ook om vaardigheden als onderhandelen, omgaan met e-consulten, of online schrijven voor de website.

Als we uitgaan van zorgondersteunende functies die medisch generalistische persoonsgerichte zorg leveren dan wordt maatwerk in het onderwijs steeds belangrijker. Maatwerk in die zin dat we uitgaan van eerder verworven competenties (EVC) en op basis daarvan individuele leerprogramma's samen stellen. Maar ook modulair onderwijs. Bijvoorbeeld een hbo verpleegkundige die onderdelen uit de opleiding tot praktijkondersteuner ggz wil volgen. Of omgekeerd de praktijkondersteuner ggz die somatische modules uit de postbachelor opleiding voor de praktijk/wijk/eerstelijns verpleegkundige wil volgen om breder ingezet te kunnen worden.

Ook nascholingen kunnen veel meer dan nu voor verschillende zorgverleners toegankelijk gemaakt worden. We zijn gewend om monodisciplinair na te scholen. We constateerden al eerder dat samen werken ook samen leren betekent. Bijvoorbeeld doktersassistenten, praktijkondersteuners en verpleegkundigen die samen leren hoe om te gaan met agressie of praktijkondersteuners ggz en somatiek die samen een scholing volgen over seksualiteit bij ouderen. Hier ligt ook meteen een knelpunt. Organisaties die nascholing aanbieden voor verschillende beroepsbeoefenaren moeten bij iedere beroepsvereniging apart accreditatie aanvragen. Iedere beroepsorganisatie heeft zijn eigen richtlijnen, voorwaarden en aanvraagprocedures. Bovendien hangt aan iedere accreditatieaanvraag bij iedere beroepsorganisatie een prijskaartje. Enkele beroepsgroepen kennen instellingsaccreditatie (NVDA) of volgen de instellingsaccreditatie voor huisartsen (zoals de vereniging voor physician assistants, NAPA). Voor praktijkondersteuners somatiek daarentegen moet accreditatie aangevraagd worden bij de NVvPO en V&VN en voor de praktijkondersteuner ggz bij de landelijke vereniging POH-GGZ. Willen we samen leren meer stimuleren dan moeten de randvoorwaarden daar op worden aangepast. De SSFH kan hierin kartrekker zijn door voor iedere functie/beroepsgroep in beeld te brengen welke richtlijnen,

voorwaarden en aanvraagprocedures gelden. Op basis van deze inventarisatie kan de SSFH met partijen afspraken maken om het aanvraagproces voor accreditatie te vereenvoudigen en beter op elkaar af te stemmen.

De komende jaren komt steeds meer aandacht voor het concept positieve gezondheid en interprofessioneel leren. De SSFH kan het voortouw nemen om samen met de samenwerkingspartners, ROC's, hogescholen en opleidingsinstituten voor nascholing te verkennen op welke manier het interprofessioneel leren en de positieve gezondheid vorm kunnen krijgen in het initiële en post initiële onderwijs.

Toekomstvisie Huisartsenzorg afstemmen met gedachtengoed Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen

De huidige toekomstvisie voor de huisartsenzorg loopt tot 2022. Wij raden aan om de nieuwe visie af te stemmen in de lijn van het gedachtengoed van de Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen. Zij richten zich op een horizon die verder weg ligt, namelijk 2030. De visie en adviezen van de commissie zijn voor de overheid een richtpunt. Er zijn veel overeenkomsten tussen de Toekomstvisie 2022 en de visie van de Adviescommissie. LHV/NHG en de Adviescommissie lijken alleen een andere taal te spreken. Ze gebruiken andere woorden en termen. Maar het einddoel komt grotendeels overeen: zorg afgestemd op de vraag van de burger. Wij bevelen aan dat de SSFH de Adviescommissie op de voet volgt. Zo wil de commissie gemeenschappelijke internationale kaders als ICF en CanMEDS gaan gebruiken in de zorg. Het is van belang dat de huisartsenzorg daar bij zoveel mogelijk aansluit. Immers de medisch generalistische zorg die de huisartsenvoorziening levert is een onderdeel van de totale zorg- en welzijnssector.

Bijstellen

Er zijn voortdurend nieuwe ontwikkelingen in de maatschappij, ICT, zorg of op de arbeidsmarkt. Daarom is het aan te bevelen om iedere vijf jaar in beeld te brengen of de meest voorkomende beroepen/functionies nog actueel zijn of bijstelling nodig hebben.

Geraadpleegde bronnen

- Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen (2014). *Naar een nieuwe structuur voor beroepen in de zorg*. Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Aengevaeren, A., Heutmekers, M., Fluit, L., Scherpbier, N. (2016). Samen werken begint bij samen opleiden. *De Eerstelijns*, 8 (6), 30-33.
- LHV, VHN, LVG, NVDA, Abvakabo FNV, CNV Publieke Zaak, Calibris (2011). *Beroepsbeeld doktersassistent. Doktersassistent van de toekomst*. Utrecht: Campagneteam doktersassistent
- Boer, P. den, Luijkx, J., Hövels, B. (2004). *Vergroting gebruikswaarde beroepenstructuur zorg en welzijn*. Nijmegen: Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt
- BOZ, Nu '91, LOOV, MBO Raad, V&VN (2015). *Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging*. Stuurgroep over de beroepsprofielen en de overgangsregeling
- Bruijn-Geraets, D.P. de, Bessems-Beks, M.C.M., van Eijk-Hustings, Y.J.L., Vrijhoef, H.J.M (2015). *voorBIGhouden, Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant*. Maastricht: Maastricht UMC+, Patiënt & Zorg
- Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C. & Meulepas, M.A. (2015). *Eindrapport praktijkvoorbeelden: De verpleegkundig specialist in de eerste lijn*. Eindhoven: Stichting KOH
- Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C. & Meulepas, M.A. (2015). *Eindrapport praktijkvoorbeelden: De physician assistant in de eerste lijn*. Eindhoven: Stichting KOH
- Bussemaker, J. Asscher, L.F. (2014). *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Leven lang leren*. Den Haag: Ministerie van OCW, Ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid
- Derckx, E.W.C.C., Pingen, J.M., Keulen, M.C. van & Burgt, M.R. van der (2015). *Verkenning van het opleidingsaanbod voor de POH-S, POH-GGZ en doktersassistent*. Eindhoven: KOH
- Dijk, A. van (2015). Levende documenten. *V&VN Magazine*, 10 (8) 10-11.
- FWG (2013). *FWG Trendrapport. De zorg terug naar de tekentafel*. Utrecht: FWG
- FWG (2015). *FWG Trendrapport. De zorg ontregelt*. Utrecht: FWG
- Idenburg, P.J., Schaik, M. van (2010). *Diagnose 2025. Over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg*. Schiedam: Scriptum
- InEen, Abvakabo FNV, FBZ (2014). *Cao Gezondheidscentra 2013 - 2014*. Utrecht.
- InEen (2016). *Regeling diplomering triagist*. Utrecht: InEen
- InEen (2016). *Benchmarkbulletin huisartsenposten 2015*. Utrecht: InEen
- Jambroes, M., Vliet, K. van (2015). *Technologieanalyse. Samenvattend rapport bijeenkomsten en interviewronde met experts*. Diemen: Zorginstituut Nederland

- Kaljouw, M. & Vliet, K. van (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. Den Haag: Zorginstituut Nederland
- Keulen, M.C. van, Derckx, E.W.C.C. & Pingen, J.M. (2016). *Actualisatie van het opleidingsaanbod voor de POH-S, POH-GGZ en doktersassistent*. Eindhoven: KOH
- Kernteam transitiefase POH-S (2015). *Eindrapportage project Transitiefase POH-S*. Den Haag: SSFH
- Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., Brabers, A., Jong, J. de, Moll, T., Friele, R., Gennip, L. van (2015). *Tussen vonk en vlam. eHealth-monitor 2015*. Den Haag, Utrecht: Nictiz en NIVEL
- Kwartel, J.J. van der, Bloemendaal, I., Velde, F. van der, Wind, W. van der (2012). *Quick Scan Zorgvraag 2030*. Utrecht: Kiwa Prismant
- Lambregts, J. & Grotendorst, A. (red.) (2012). *Leren van de toekomst. Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020*. Houten: BSL.
- Lambregts, J. & Grotendorst, A. (red.) (2013). *Beroepsprofiel verpleegkundige. Verpleegkundigen en Verzorgende 2020. Deel 3*. Utrecht: V&VN Nederland
- Lambregts, J. & Grotendorst, A. (red.) (2013). *Beroepsprofiel Verpleegkundig Specialist. Verpleegkundigen en Verzorgende 2020. Deel 4*. Utrecht: V&VN Nederland
- Laurant, M. & Wijers, N. (2014). *Een studie naar functieprofielen, taken en verantwoordelijkheden van Physician Assistants en Verpleegkundig Specialisten werkzaam in de huisartsenzorg*. Nijmegen: Radboudumc IQ healthcare
- LHV, InEen, NVDA, CNV, FNV, NVvPO (2015). *Cao Huisartsenzorg 2015 - 2017*. Utrecht.
- LHV, InEen et al., (2013). *Handleiding FWHZ. Functiewaardering Huisartsenzorg 2013, cao-document, versie 14 augustus 2013*. Utrecht: LHV/InEen
- LHV, NHG (2012). *Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. Modernisering naar menselijke maat*. Utrecht: LHV, NHG
- LHV, NHG, NVvPO, V&VN-PVK/POH & Samenwerkende Hogescholen (2014). *Competentie en Eindtermendocument voor de opleiding tot praktijkverpleegkundige*. Utrecht: LHV, NHG, NVvPO, V&VN-PVK/POH, Samenwerkende Hogescholen
- LHV, NHG, PsyHAG, InEen & Samenwerkende Hogescholen (2014). *Functie- en competentieprofiel praktijkondersteuner GGZ*. Utrecht: LHV, NHG, PsyHAG, InEen, Samenwerkende Hogescholen
- LHV, LOK, LVG, VHN, ZN, Ministerie van VWS (2013). *Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Nederlandse Associatie van Physician Assistants (2012). *Beroepsprofiel Physician Assistant*. Utrecht: NAPA
- Nederlandse Vereniging voor Doktersassistenten (2013). *Beroepscompetentieprofiel Doktersassistent*. Utrecht: NVDA

NHG, LHV (2003). *Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening, uitwerking Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012*. Utrecht: NHG/LHV

NHG, LHV (2011). *NHG/LHV-Standpunt Het (ondersteunend) team in de huisartsenvoorziening. Actualisering van het NHG/LHV-Standpunt 'Ondersteunend personeel in de huisartsenvoorziening' uit 2005*. Vastgesteld in de Algemene Ledenvergadering van het NHG op 9 juni 2011. Utrecht: NHG, LHV

Noordzij, E., Velde, F. van der (2016). *Alumni van de masteropleidingen tot Verpleegkundig Specialist*. Utrecht: KIWA

Officier, R. (2012). *Adviesnotitie Physician Assistant in de regio Zuidoost Drenthe*. Emmen: CHD.
(intern beleidsdocument)

Pleijers, A., Winden, P. de (2014). *Sociaaleconomische trends 2014. Een leven lang leren: deelname aan opleidingen, informeel leren en ervaren resultaten*. Den Haag/Heerlen: CBS

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

Rijsdijk L.E., Hofhuis, J., Den, L.M. den, Vries, S. de (2015). *Interprofessioneel samenwerken in sociale wijkteams: succesfactoren en implicaties voor onderwijs. Een internationale verkenning*. Zwolle: Lectoraat Sociale Innovatie en Verscheidenheid, Hogeschool Windesheim

Scherpbier, N., Kramer A., Laar F. van de, Loon, K. van. (2014). *Dokteren leer je niet alleen. Huisarts en Wetenschap*, 11

Schippers, E.I., Rijn, M.J. van (2014). *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Informatie- en Communicatietechnologie (ICT) in de Zorg*. Den Haag: ministerie van VWS

Schippers, E.I. (2015). *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Aanbieding Brief TK kabinetsreactie op Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen*. Den Haag: ministerie van VWS

Schippers, E.I. (2016). *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Aanbieden van het rapport Toekomstbestendige beroepen in de Verpleging en Verzorging*. Den Haag: ministerie van VWS

Sociaal-Economische Raad (2012). *Werk maken van scholing. Advies over de postinitiële scholingsmarkt*. Den Haag: SER

Spieker, P. (2012). *Dringen rond het bed. Een quickscan naar innovaties in zorgberoepen en opleidingen*. Nieuwegein: Spieker mensen en media

Stolk, G. (2016). *Eén zorgverlener, drie functies. De Eerstelijns*, (6), 12-14

Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg, LHV, InEen, NVDA, NVvPO, CNV Publieke zaak (2014). *Zeshonderd extra banen in de huisartsenzorg. Sectorplan huisartsenzorg*. Den Haag: SSFH

Velde, F. van der, Wierenga, M. (2016). *Alumni van de masteropleiding Physician Assistant*. Utrecht: KIWA

Velden, L.F.J. van der, Putter, I.D. de, Lee, I. van der, Hassel, D.T.P. van, Batenburg, R.S. (2013). *Quickscan beroepen & opleidingen in de zorg, welzijn en kinderopvang*. Utrecht: NIVEL

Veldman D. Mulder JW. Lingen M. van. (2016). Huisarts, wijkverpleegkundige en patiënt orkestreren samen persoonsgerichte zorg. *De Eerstelijns*, 8 (4), 20-22

Vereniging Hogescholen (2015). *Inspiratiebrief voor alle Hoger Gezondheidszorgopleidingen in Nederland. Hogescholen in de lead om wendbare & weerbare zorgprofessionals van de toekomst op te leiden*. Den Haag: Sectoraal Advies College Hoger Gezondheidszorgonderwijs Vereniging Hogescholen

Vliet, K. van, Spieker, P. & Kaljouw, M. (2013). *Innovatie van zorgberoepen en opleidingen. Samenvatting bevindingen 2012*. Diemen: Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen, CVZ

VZA, ASKA, FNV Bondgenoten, CNV Publieke Zaak (2012). *Beroepscompetentieprofiel apothekersassistent*. Nieuwegein: SBA

Windt, W. van der, Bloemendaal, I. (2015). *Toekomstverkenning Arbeidsmarkt van verpleegkundig, verzorgend en sociaal agogisch personeel 2015-2019*. Utrecht: Kiwa

Wildt, J.E. de, Kliphuis, L., Mutsaerts, J.F. (2016). Aanpassen of verdwijnen?!. *De Eerstelijns*, (2), 12-13

Windt, W. van der, Zaalberg, R. (2015). *Vacaturemonitor Doktersassistenten en Praktijkondersteuners 2015-2*. Utrecht: Kiwa Charity

Zorginstituut Nederland (2015). Al vroeg kennismaken met de praktijk. *Opleiden voor de toekomst. Update van de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, najaar 2015*, 1-2. Den Haag: Zorginstituut Nederland

Websites

<https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2015/20/zal-vergrijzing-leiden-tot-een-tekort-aan-arbeidskrachten->

<http://www.smarthealth.nl/2014/02/13/snijden-als-een-pro-dankzij-een-app/>

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/personeel-in-de-zorg/inhoud/beschermde-titels-in-de-zorg>

<https://www.bigregister.nl/registratie/inhetbigregister/wetenregelgeving/>

<http://www.nrto.nl/begrippenlijst/>

www.vsregister.venvn.nl

<http://www.l1.nl/video/l1nws-huisartsenkoepel-cohesie-neemt-maatregelen-om-jonge-huisartsen-te-lokken-30-okt-2015>

<http://nos.nl/op3/artikel/2066066-jonge-huisarts-blijft-lekker-dichtbij-z-n-studentenstad.html>

<https://www.nvda.nl/nieuws/groot-nieuws-aanvraag-ligt-minister-schippers/>

<https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/inhoud/beleidsagenda-vws>

<https://www.stichtingkoh.nl/kenniscentrum/taakherschikking/anders-organiseren/>

<http://www.sparkcentres.nl/>

Bijlage

Bijlage 1: Kenmerken van interprofessioneel en multidisciplinair samen werken

Is sprake	Multidisciplinair samenwerken	Interprofessioneel samenwerken
verschillende disciplines	ja	ja
overlegmomenten	soms	ja
gemeenschappelijke visie	nee	ja
gelijkwaardigheid van rollen	kan	ja
werken met één zorgplan	nee	ja
weten wie waar mee bezig is met cliënt	nee	ja
kennis van elkaars professie	nee, soms	ja
holistisch perspectief	kan	ja
cliëntgerichtheid	ja, vooral op monodisciplinair niveau	ja op breed niveau
één verantwoordelijke als aanspreekpunt voor de cliënt	nee	ja
samen verantwoordelijk voor realisatie zorgplan	nee	ja

Kenmerken van interprofessioneel samenwerken versus multidisciplinair werken volgens Tsakiszides en Van Royen uit 2012 (Vereniging Hogescholen, 2015)



versterkt huisartsenzorg

Tilburgseweg-West 100
5652 NP Eindhoven

T 040 - 231 06 20
F 040 - 231 06 36
E info@stichtingkoh.nl
I www.stichtingkoh.nl