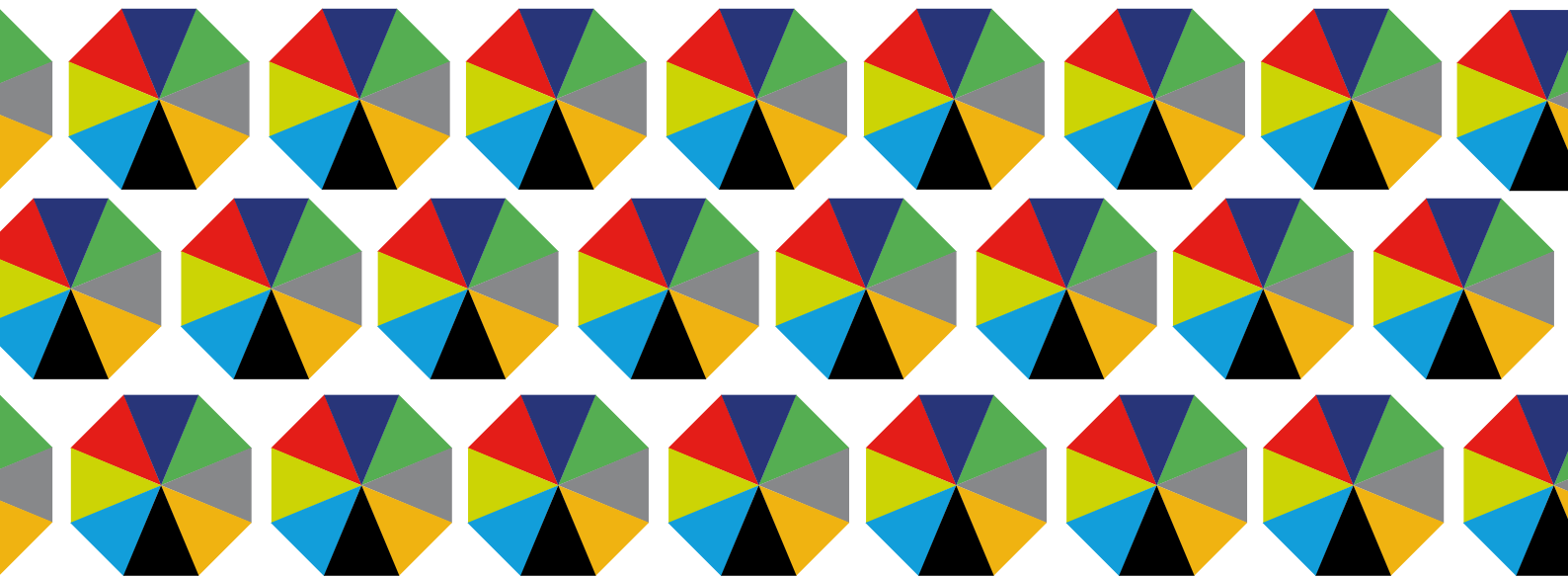


COACHING - WHO CARES?

Een gezamenlijke toekomstvisie van de nieuwe generatie zorgprofessionals
op de zorgverlener-patiënt relatie in Nederland





COACHING WHO CARES?

Het vervolg op Coach,
Cure & Care 2025.



Vereniging voor Sportgeneeskunde



Vereniging van Jonge Apothekers



INHOUD

1. DE ZORGVERLENER-PATIËNT RELATIE IN 2025

Shared decision making

Coach, Cure & Care 2025

7

7

8

2. COACHING – THEY CARE!

In de zorg

In de sport

13

13

14



3. WAT IS DAAR VOOR NODIG?	18
Voorwaarde 01: Optimale informatievoorziening voor de patiënt	19
Betrouwbare informatiebronnen	19
Basiskennis	21
Kernboodschap	21
Voorwaarde 02: Coach the coach: competenties van de zorgverlener	22
Competenties	22
Opleiding	24
Kernboodschap	25
Voorwaarde 03: Bevorderen zelfredzaamheid van de patiënt	26
Technologie	26
Kernboodschap	29
Voorwaarde 04: Multidisciplinaire samenwerking	30
Het zorgteam	30
Kernboodschap	31
Voorwaarde 05: De juiste zorginfrastructuur	32
Digitalisering	32
Kernboodschap	34
4. SAMENVATTING EN SLOTWOORD	36
DANKWOORD	40
WERKGROEP ZORG 2025	42



**DE ZORGVERLENER-
PATIËNT RELATIE IN
2025**

1. DE ZORGVERLENER-PATIËNT RELATIE IN 2025

SHARED DECISION MAKING

'Hoe kunnen we de gezondheidszorg in 2025 betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief hoogwaardig houden?' Sinds eind 2012 buigt de Werkgroep Zorg 2025 zich over dit vraagstuk. Een belangrijk aspect van de visie van de Werkgroep Zorg 2025 is de transitie van de zorgverlener als traditionele paternalist naar een coach: **een coach is een zorgverlener die de patiënt van goede, objectieve informatie voorziet, de waarden en voorkeuren van de patiënt uitdiept en samen met hem of haar beslist over de voor hem of haar meest optimale behandeling.** Dit principe staat internationaal bekend als shared decision making en kennen we in Nederland ook als 'samen beslissen'¹. 'Samen beslissen' is een project vanuit de Raad Kwaliteit van de Federatie Medisch Specialisten, voorheen de Orde van Medisch Specialisten en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) waarin ook wij als Werkgroep Zorg 2025 vertegenwoordigd zijn. Onze wens en verwachting is dat de transitie naar shared decision making in 2025 volledig zal zijn.

Uit onze gesprekken met patiënten in de vorm van focusgroepen (zie kader) en uit een recent opgezette meldactie van de NPCF² blijkt duidelijk dat er onder veel patiënten behoefte is aan samen beslissen, waarbij een coachende zorgverlener de voorkeur heeft van het overgrote deel van de patiënten. Een paternalistische benadering werd in 2014 al als ouderwets gezien en past al helemaal niet meer bij de mondige, actieve en goed geïnformeerde patiënt van 2025. Een louter ondersteunende rol is echter te terughoudend: de zorgverlener is en blijft de medisch expert en geeft inhoudelijk mede sturing aan de keuze voor de optimale behandeling. In de coachende rol is de zorgverlener samen met de patiënt verantwoordelijk in het streven naar optimalisatie van de gezondheid, het functioneren en de participatie van de patiënt.

FOCUSGROEPEN: PATIËNTEN OVER (DE VOORWAARDEN VOOR) COACHING.

In een visie over de coachende rol van de zorgverlener is de mening van de patiënt uitermate belangrijk. De Werkgroep Zorg 2025 organiseerde in samenwerking met de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) daarom een tweetal focusgroep discussies (FGD). In totaal deden hier 18 patiënten aan mee. Deze patiënten waren geselecteerd vanuit het patiëntenbestand van de NPCF en waren qua achtergrond, geslacht, opleidingsniveau, ziekte en gezondheid zo divers mogelijk. Twee vertegenwoordigers van de NPCF en twee leden van de werkgroep begeleidden het proces. Centraal in de FGD's stond de vraag in welke mate en door wie de patiënt gecoacht wil worden en wat volgens hem³ essentiële voorwaarden zijn om dit te realiseren, zoals de vraag over welke eigenschappen een zorgverlener daarvoor moet beschikken.

In de praktijk blijkt er echter een aantal zaken te zijn die deze transitie naar shared decision making nu nog belemmert. Zo kan of wil niet elke patiënt (op dezelfde manier) gecoacht worden. Dit is niet alleen afhankelijk van de wensen, capaciteiten en verwachtingen van de patiënt, maar ook van de houding en competenties van de zorgverlener. Een vereiste van de coachende zorgverlener is dan ook het vermogen om snel een goede inschatting te maken van de gezondheidsvaardigheden van de individuele patiënt en de bijpassende manier van coaching: het zogenaamde patiënt tailored coaching. Dit is coaching op maat: omgaan met de patiënt zoals het beste bij hem

of haar past. Ook zien we een uitdaging in het voorzien van de patiënt van de juiste informatie over zijn gezondheid en ziekte. Door gebruik te maken van het internet en diverse e-health toepassingen heeft de patiënt nu al toegang tot een enorme hoeveelheid informatie. Echter, de informatie is niet altijd juist, volledig en meestal niet toegesneden op de specifieke situatie van de patiënt. Daarnaast weet nog niet elke patiënt hoe hij deze informatie dient te interpreteren.

Indien we als zorgverleners en patiënten ècht samen willen beslissen, is het van belang dat we ons daar ook op richten. We zullen de huidige obstakels, de behoeften en de benodigde kwaliteiten en vaardigheden van beide betrokken partijen uiteen moeten zetten, oftewel de voorwaarden voor coaching benoemen.

COACH, CURE & CARE 2025

In het voorgaande visiedocument 'Coach, Cure & Care 2025'⁴ heeft de Werkgroep Zorg 2025 (zie kader) zich gebogen over de inrichting van het zorglandschap in 2025. De belangrijke kernboodschappen die daarin geformuleerd zijn: (1) (mede-)verantwoordelijkheid van de patiënt voor zijn eigen gezondheid, (2) zelfredzaamheid, (3) de menselijke maat waarin de zorgprofessional kijkt naar de individuele behoefte van de patiënt en acteert als coach en (4) samenwerking waarin zorgverleners samen werken aan een kwalitatief hoogwaardige zorg waarin de patiënt centraal staat.

WAT IS DE WERKGROEP ZORG 2025?

De Werkgroep Zorg 2025 bestaat uit verschillende jonge zorgprofessionals in opleiding, waaronder medisch specialisten, huisartsen, sportartsen, ziekenhuisapothekers, openbare apothekers, sociaal geneeskundigen, specialisten ouderengeneeskunde en klinisch chemici. In een snel veranderend zorglandschap waarin verdergaande samenwerking tussen alle stakeholders op alle vlakken belangrijk is, heeft de Werkgroep Zorg 2025 getracht hieraan een actieve bijdrage te leveren door de publicatie van het visiedocument 'Coach, Cure & Care 2025'. Het doel van dit visiedocument, dat we in 2013 overhandigden aan Edith Schippers, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, is het gezamenlijk ontwikkelen van een daadwerkelijk kwalitatieve, efficiënte en doelmatige gezondheidszorg in 2025.

In navolging op het visiedocument 'Coach, Cure & Care 2025' heeft de Werkgroep Zorg 2025 besloten om zich toe te leggen op de uitwerking van de voorwaarden en drempels ten aanzien van de rol van de zorgverlener als coach voor de patiënt. Naast inhoudelijke discussies in de Werkgroep Zorg 2025 is gekozen voor een brede aanpak waarin meerdere betrokkenen en experts zijn geconsulteerd: patiënten (in focusgroepen), zorgverleners die volgens ons voorbeelden van best practises zijn en ook coaches uit de sportwereld zijn benaderd. Uit deze consultatierondes



hebben we vijf voorwaarden voor de coach-rol gedestilleerd: (1) optimale informatievoorziening patiënt, (2) ontwikkeling van benodigde competenties van de zorgverleners, (3) hulpmiddelen die de zelfredzaamheid van de patient bevorderen, (4) multidisciplinaire samenwerking en (5) juiste zorginfrastructuur. Deze voorwaarden vormen de basisstructuur van dit nieuwe visiedocument genaamd 'Coaching - who cares?'. Naast het uitdiepen van deze voorwaarden, ondersteunen wij onze visie met citaten afkomstig uit de best practices en input vanuit de focusgroepen.

Als multidisciplinaire werkgroep van jonge zorgprofessionals hebben wij een brede achterban in het zorgveld van de toekomst. Onze visie delen we graag op ons symposium op 19 januari 2015 met geïnteresseerde patiënten, zorgverleners en diverse stakeholders, zoals politici, beleidsmakers, bestuurders en zorgverzekeraars. We willen hiermee de verschillende invloedrijke stuurgroepen en gremia, die allen een belangrijke rol hebben in de invulling van de zorg in de toekomst, inspireren en handvatten bieden om shared decision making volledig te realiseren in 2025. Dit alles nog steeds gericht op de eindquote uit ons visiedocument 'Coach Cure & Care 2025':

AANPAK

Deze visie is niet alleen gevormd door inhoudelijke discussie binnen de Werkgroep Zorg 2025, maar vooral ook tot stand gekomen door input vanuit consultatierondes met betrokkenen en experts:

- focusgroepen met patiënten;
- zorgverleners die reeds het goede voorbeeld geven (best practises);
- coaches afkomstig uit de sportwereld.

Bij de verschillende voorwaarden zullen citaten van deze betrokkenen / experts ter ondersteuning gebruikt worden.

'Samen op weg naar een kwalitatieve, efficiënte en doelmatige gezondheidszorg in 2025'

Noten:

1. www.verstandigkiezen.nu
2. Rapport meldactie 'Samen beslissen' NPCF 2014
3. Waar in dit rapport hij staat, kan ook zij gelezen worden.
4. Visiedocument Werkgroep Zorg 2025 : 'Coach, Cure & Care 2025', 2013





**COACHING
THEY CARE!**

2. COACHING – THEY CARE!

IN DE ZORG

Vanuit de praktijk zien wij dat er verschillende manieren zijn om als coach voor de patiënt te fungeren, ongeacht het type zorgverlener dat iemand is. Enkele praktijkvoorbeelden die volgens ons best practises zijn, hebben wij in dit hoofdstuk geïnventariseerd. Het is in elk geval van belang dat de zorgverlener naast, in plaats van tegenover, de patiënt acteert met zijn of haar professionele kennis op de achtergrond, waarbij een goede inschatting gemaakt moet worden in hoeverre iemand gecoacht kan en wil worden. Hiervoor is een aantal specifieke competenties nodig, waarbij de zorgverlener zich gesteund kan voelen door tools. Met deze tools kan een inschatting gemaakt worden van het 'type' patiënt dat hij tegenover zich heeft zitten. De belangrijkste eigenschappen die de zorgverleners van de best practises voor het innemen van een coachende rol noemen zijn: belangstelling hebben voor de patiënt, ècht luisteren en samenwerken. Daarnaast is voldoende tijd voor een consult een belangrijke voorwaarde om de mogelijkheid te hebben om samen met de

patiënt een gedegen beslissing te kunnen maken. De zorgverleners kunnen elkaar als rolmodel gebruiken om te zien hoe je als coach kunt functioneren. Door e-health mogelijkheden kan de zelfstandigheid van de patiënt vergroot worden en kan er laagdrempeliger overleg tussen zorgverlener en patiënt plaatsvinden. Als aandachtspunt hierbij wordt expliciet genoemd dat bepaalde vormen van non-verbale communicatie en interactie gemist kunnen worden en dat e-health dus nooit het 'echte' zorgverlener-patiënt contact volledig kan vervangen.

Hieronder staan onze best practises nader beschreven en door het gehele document heen worden citaten van hen weergegeven. Het zijn zes voorbeelden vanuit de praktijk, waarin de zorgverlener als coach voor de patiënt optreedt.

↳ Huisarts Henriette van der Horst: DAPPERE DOKTERS

Hoogleraar huisartsgeneeskunde Henriette van der Horst is één van de initiatiefnemers van de 'Dappere dokters'. Bij het initiatief Dappere dokters draait het om de gunstigste zorg voor de patiënt, waarbij de persoon van die patiënt belangrijker is dan zijn ziekte. Optimale, geen maximale zorg, zowel in de eerste als tweede lijn. De Dappere dokter is kritisch ten opzichte van het eigen functioneren en laat zich aanspreken als professional. De Dappere dokters hebben 5 projecten, waaronder 'Cruciale zorgkeuzes en de rol van de patiënt' en 'Opleiding interdisciplinair scholen'.



↳ Apotheker Marcel Kooy: HET TELEFONISCH STARTCONSULT

Het telefonisch startconsult is een initiatief wat door apotheker Marcel Kooy in de openbare apotheek is opgestart. Patiënten die voor het eerst met medicijnen beginnen worden binnen twee weken opgebeld om te vragen hoe het gaat. Het doel is opsporing van mogelijke problemen met geneesmiddelen en hier oplossingen voor bieden en de patiënt motiveren. Het is de bedoeling dat dit de therapietrouw van de patiënten verbetert en wordt voorkomen dat ze zonder overleg hun medicatie laten liggen.

↳ Orthopedisch chirurg Rudolf Poolman: DE PATIËNT - ACTIE COMMUNICATIE (PAC-) KAART

Op initiatief van orthopedisch chirurg Rudolf Poolman testte het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) de zogenoemde Patiënten Actie Communicatie kaart, kortweg de PAC-kaart. De kaart werd door de Engelse patiënte Jessie Gordon ontwikkeld, nadat deze ervoer hoe stress en onzekerheid haar in de spreekkamer een stuk minder communicatief vaardig maakte. De kaart is een praktische handleiding, die zowel patiënten als artsen kan helpen om een goed gesprek te voeren.



↳ Ziekenhuisapotheker Marieke Kerskes: DE MULTIDISCIPLINAIRE NIERFALEN POLIKLINIEK

Ziekenhuisapotheker Marieke Kerskes participeert in de multidisciplinaire Nierfalen polikliniek. Op deze polikliniek zien patiënten met nierfalen een aantal keer per jaar een nefroloog, verpleegkundig specialist, diëtist en een ziekenhuisapotheker. De ziekenhuisapotheker coacht hierbij de patiënt op het gebied van therapietrouw en ondersteunt hem of haar bij vragen of problemen rondom de medicatie. Om de mogelijkheid tot coaching te optimaliseren is in samenwerking met de Nierstichting een vragenlijst ontwikkeld waarmee de mogelijkheden tot zelfmanagement van de patiënt kunnen worden ingeschat. Naast de poliklinische werkzaamheden worden door de betrokken zorgverleners informatiebijeenkomsten georganiseerd voor de patiënten. De patiënten doorlopen daarbij een traject van 5 a 6 verschillende bijeenkomsten met steeds een ander thema.

↳ Sociaal psychiatrisch verpleegkundige Petra Rijper: ONDERSTEUNING BIJ BIPOLAIRE STOORNISSEN

Petra Rijper werkt bij GGZ Leiden als verpleegkundig specialist, waar zij ondersteunende en structurerende behandelingen geeft aan cliënten met een bipolaire stoornis. Zij richt zich daarbij onder andere op het aanleren van zelfmanagement technieken en werkt hierin nauw samen met de psychiater. Daarnaast is zij actief voor het landelijk Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen (KenBiS) waar zij masterclasses geeft aan collega's. Zij is daarnaast voorzitter van de landelijke commissie 'Zorg' binnen haar vakgebied.

↳ Uroloog Paul Kil: ONLINE KEUZEHULP VOOR PROSTAATKANKER EN BPH

Al jaren is uroloog Paul Kil bezig met het onderzoeken en ontwikkelen van een online tool om patiënten beter te ondersteunen bij het maken van een behandelkeuze wanneer ze geconfronteerd worden met prostaatkanker of goedaardige prostaatvergroting (BPH). Door de patiënten van eenduidige informatie te voorzien kunnen ze, ongeacht de eventuele voorkeur of ervaring van de arts op de polikliniek, een onafhankelijk besluit nemen over hun behandeling. Zo blijken patiënten uiteindelijk meer tevreden te zijn over en minder spijt te hebben van hun behandelkeuze, ongeacht het resultaat van die behandeling.

IN DE SPORT

Wanneer we spreken over coaching in de gezondheidszorg is gemakkelijk een parallel te trekken met de sportwereld. Coachervaringen van experts uit de sportwereld kunnen zorgverleners inspireren bij hun functioneren als coach in de spreekkamer. Daarom hebben we met diverse coaches uit de sportwereld gesproken over hun do's en dont's op het gebied van coaching.

 **André Koolhof**

KNVB COACH VROUWEN ONDER 19 JAAR

'Belangrijke eigenschappen van een coach zijn voor mij de volgende: goed kunnen observeren, organiseren en samenwerken, altijd positief zijn en het juiste voorbeeld geven. De coach moet de juiste vorm van coaching afstemmen op de doelgroep en de juiste vragen stellen. Ik probeer niet alleen spelers te motiveren, te stimuleren en te enthousiasmeren, maar ook de andere stafleden van het team. Het is daarnaast belangrijk dat een coach ook goed kan evalueren en reflecteren op zijn eigen handelen. Een goede coach kan zijn manier van leiderschap aanpassen aan de doelgroep die tegenover hem zit, staat of ligt. Een goede coach durft overstijgende doelen te stellen met zijn spelers of in jullie geval patiënten!'

 **Ron Jans**

COACH BIJ PEC ZWOLLE

'Mijn definitie van coachen is: iemand zodanig beïnvloeden dat hij het beste uit zichzelf haalt. Dat houdt in dat je de persoon zelf laat benoemen wat zijn sterke punten zijn en wat de verbeterpunten. De coach heeft daarbij een aanvullende en adviserende rol. Je stippelt samen de weg uit om die sterke punten te benutten en de mindere punten te verbeteren. Onderweg heb je steeds contact over hoe het proces verloopt en kun je zaken bijstellen of veranderen. De doelen en het tijdsplan heb je samen opgesteld. De persoon zelf is verantwoordelijk voor de uitvoering en de coach analyseert, inspireert, corrigeert, adviseert, et cetera. Mijn ervaring is dat spelers er beter van worden en zich bovendien ontwikkelen als persoon. Ze denken na over zichzelf en leren zichzelf daardoor beter kennen. Volgens mij is dat ook mogelijk bij patiënten en kunnen zij op deze manier beter worden.'

 **Guido Vroemen**

BONDSARTS NEDERLANDSE TRIATHLON BOND, TEAMARTS TEAM4TALENT EN ORANGECYCLING EN COACH VAN DIVERSE TOPATLETEN

'Als sportarts wil ik ervoor zorgen dat de sporter gezond zijn sport beoefent en probeert ook zoveel mogelijk preventief te werk te gaan om blessures te voorkomen. Als trainer/coach probeer ik de sporter ook prestatief op een hoger niveau te brengen. Om dat te bereiken is het nodig om af en toe bepaalde grenzen te overschrijden, maar niet te lang en niet te ver. De communicatie tussen mij als sportarts/trainer/coach en de sporter is essentieel hierin. Door hier geen drempels op te leggen en snel en vaak te communiceren met elkaar kan ik gauw inschatten of ik wat gas terug moet nemen of dat we op deze weg door kunnen. Sleutel is dus vaak snelle communicatie tussen sporter en mij. Ik maak hier gebruik van diverse media zoals een online platform voor mijn trainingsschema's en een database voor de files van de trainingen van de sporter. En voor snelle communicatie kunnen ze me een e-mail sturen, een appje of gewoon bellen. Vlotte reactie van mijn kant is dus ook belangrijk. Door deze snelle en goede communi-

catie krijgt een sporter ook veel vertrouwen in het proces en in het bereiken van het doel.

In mijn werk als sportarts en trainer/coach heb ik ervaren dat juist de nauwe samenwerking met de sporter tot een heel goede band leidt, waarvan vertrouwen de basis is. Vaak zullen artsen patiënten zien waarbij er geen fysieke oorzaken gevonden kunnen worden voor bepaalde klachten. Op zo'n moment speelt goede coaching helemaal een belangrijke rol. Patiënten dien je dan in te laten zien hoe ze hier zelf mee om kunnen gaan en wat ze er zelf nog aan kunnen doen. Bij sporters kom ik dit ook vaak tegen als ze een pijntje hebben, maar nog geen blessure. Door goede coaching kun je met de sporter bespreken hoe deze klacht het best aan te pakken is om weer snel fit te zijn. Dit vervolgens ook goed vervolgen maakt dat je een goede relatie met je sporter krijgt.'



**WAT IS DAAR
VOOR NODIG**

VOORWAARDEN

01. OPTIMALE INFORMATIEVOORZIENING VOOR DE PATIËNT

BETROUWBARE INFORMATIEBRONNEN

De informatie die patiënten tot hun beschikking hebben over hun gezondheid moet betrouwbaar, correct, eenduidig, makkelijk te begrijpen en makkelijk te vinden zijn. De belangrijkste bron voor de patiënt zijn de dokter en de apotheker. Vanwege hun bestaande contacten met de patiënt kunnen zij tijdens een gesprek een goede inschatting maken van de informatiebehoefte van de patiënt. De patiënt vindt online veel informatie die nog niet altijd betrouwbaar of volledig is. Een belangrijke coachende taak voor de zorgverlener is om de patiënt te coachen bij het uitkiezen, lezen en interpreteren van de beschikbare informatie. Zo kan hij advies geven over de inhoud ervan, maar de patiënt ook wijzen op betrouwbare bronnen.

'Door de informatie overload is er nu meer behoefte aan sturing. Een arts moet voor de patiënt de expert zijn in het woud der informatie, dat verkrijgbaar is over zijn ziekte en mogelijke behandelingen.'

Rudolf Poolman

Goede bestaande voorbeelden van betrouwbare online informatiebronnen zijn de door eigen beroepsgroepen ontwikkelde thuisarts.nl⁵, uwbloedserieus.nl⁶ en apotheek.nl⁷. Tegenwoordig bestaat het gevaar van een te grote diversiteit aan (onbetrouwbare) informatiebronnen. Idealiter is er in 2025 een centraal online platform wat gevuld is door zorgverleners en patiëntenorganisaties. Hierop staat informatie met betrekking tot gezondheidsvragen, aandoeningen, en behandelopties. Om als patiënt goede en relevante informatie te kunnen vinden is een koppeling van deze informatiebronnen met het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) gemaakt. Zo vindt de patiënt betrouwbare informatie die toegespitst is op zijn individuele situatie. Deze informatie biedt ook inzicht in de kosten van verschillende behandelingen. De voor- en nadelen van behandelingen zijn inzichtelijk net als de kans dat een patiënt dit voor- of nadeel overkomt, om zodoende een goed afgewogen keuze mogelijk te maken tussen de verschillende behandelingen. Naast het EPD zullen er voor de verschillende ziektebeelden gevalideerde mobiele applicaties (apps) beschik-

baar zijn die achtergrondinformatie en verdieping zullen geven over verschillende aspecten van het ziektebeeld. Bij de ontwikkeling van deze apps wordt nauw samengewerkt met de patiënt en de zorgverlener. Een keurmerk, waarvan de criteria zijn vastgesteld door patiënten, zorgverleners, overheid en verzekeraars gezamenlijk, kan een goede optie zijn om informatiebronnen en apps te waarderen.

'Alle behandelopties dienen belicht te worden, onafhankelijk van de voorkeur en ervaring van de dokter en de beschikbare apparatuur in het eigen ziekenhuis.'

Paul Kil

WAT VINDT DE PATIËNT?

Goede informatie is essentieel om samen met de zorgverlener beslissingen te kunnen nemen en om op een goede manier met ziekte te kunnen omgaan. Patiënten vinden het prettig om voorafgaand aan het consult al goed geïnformeerd te zijn, om zo optimaal mogelijk voorbereid te zijn. Daarnaast vonden patiënten dit ook belangrijk om een meer gelijkwaardige relatie met de behandelaar te verkrijgen. Naast informatie vanuit de zorginstelling worden ook regelmatig andere bronnen geraadpleegd. Een probleem hierbij is dat het voor veel patiënten lastig is om op het internet in te schatten welke informatie van goede kwaliteit is. Ze zouden graag in de zoektocht naar informatie ondersteund willen worden. Lotgenotenfora worden door de patiënten gezien als een andere prettige bron van informatie. Wetenschappelijke verenigingen en patiëntenorganisaties kunnen hier een voortrekkersrol in spelen.

BASISKENNIS

Naast goede en betrouwbare informatiebronnen over specifieke aandoeningen dienen patiënten een gedegen basis aan algemene gezondheidskennis te bezitten om deze informatiebronnen goed te kunnen begrijpen. Hiervoor is een belangrijke rol weggelegd binnen het reguliere onderwijs. Zorgverleners kunnen bijvoorbeeld naar basisscholen gaan om leerlingen te onderwijzen over goede manieren om informatie te vinden. Daarnaast kunnen folders over het vinden van de juiste gezondheidsinformatie beschikbaar gesteld worden online, bij de huisarts en apotheker, maar ook bij overheidsinstellingen en GGD's. Hierbij moet eveneens gedacht worden aan informatie over gezondheid bevorderend gedrag en preventie van ziekte. De burger is primair zelf verantwoordelijk voor het voorkomen van vermijdelijke ziekten, maar een coachende rol voor de zorgverlener is hierbij net zo goed gewenst. Een goed voorbeeld uit het verleden is de campagne van kinderartsen (in samenwerking met Stivoro): 'Roken? Niet waar de kleine bij is'.

KERNBOODSCHAP

Focus op gestructureerde informatievoorziening door onder andere het EPD en mobiele apps, toegespitst op de individuele patiënt, zijn gezondheid en ziekte met daarnaast meer specifieke aandacht in het onderwijs voor algemene gezondheidskennis.

Noten:

5. www.thuisarts.nl; *Thuisarts.nl is ontwikkeld door het Nederlands Huisartsgenootschap (NHG).*
6. www.uwbloedserieus.nl; *Uwbloedserieus.nl is een website van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde (NVKC).*
7. www.apotheek.nl; *Apotheek.nl is een website van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP).*

02. COACH THE COACH: COMPETENTIES VAN DE ZORGVERLENER

COMPETENTIES

Het is duidelijk dat de rol van coach eisen stelt aan het competentieprofiel van de zorgverlener. Hierbij zijn vooral de competenties communicatie, professionaliteit en samenwerking belangrijk. Zo dient de zorgverlener in het gesprek met de patiënt een zo optimaal mogelijke sfeer voor coaching te creëren. Dit betekent dat er niet alleen informatievoorziening plaatsvindt, maar ook ruimte is voor de beleving, waarden en overwegingen van de patiënt. Er is gezegd niet alleen een informatiestroom van de zorgverlener naar patiënt, maar ook andersom.

'Als we het verhaal van de patiënt, diens waarden en normen, diens behoeften goed horen, de patiënt helpen die te expliciteren, gezamenlijk met de patiënt exploreren welke mogelijkheden (en welke beperkingen) er zijn, neemt de kans toe dat we zorg verlenen die gepast en effectief is.'

Henriette van der Horst

Daarnaast is een belangrijke competentie voor de zorgverlener: de mogelijkheid om snel en adequaat in te schatten of en in welke mate de patiënt gecoacht kan worden. In het ideale geval is de patiënt in staat om weloverwogen keuzes te maken ten aanzien van zijn gezondheid en behandeling. Echter, niet in alle gevallen is de patiënt hier (volledig) toe in staat. Factoren die de zelfmanagementvaardigheden van een patiënt negatief beïnvloeden zijn bijvoorbeeld een verminderde cognitie, analfabetisme of een verminderd zelf-/ziekte-inzicht. In dergelijke gevallen dient de zorgverlener in te schatten in hoeverre de patiënt extra ondersteund moet worden om 'samen beslissen' alsnog mogelijk te maken. Dit is in 'Coach, Cure & Care 2025' reeds de menselijke maat in de gezondheidszorg genoemd.

Allereerst is het belangrijk dat zorgverleners deze verschillen onderkennen en met iedere patiënt het gesprek aangaan over diens gezondheidsvaardigheden, de behoefte aan invloed op zijn of haar behandeling en in hoeverre en op welke manier de patiënt gecoacht kan en wil worden.

'Je moet als zorgverlener goed kunnen in schatten in hoeverre je de patiënt kan coachen. Wij gebruiken hiervoor een zelfmanagement-vragenlijst, waarmee je als coach goed kunt aansluiten bij de beleving van de patiënt met betrekking tot zijn medicatie.'

Marieke Kerskes

Een hulpmiddel voor de coachende zorgverlener kan een screeningstool zijn waarmee op een gevalideerde wijze kan worden ingeschat in hoeverre de patiënt in staat is tot zelfmanagement. Momenteel zijn diverse screeningstools ontwikkeld, zoals de SeMaS in Nijmegen, de vragenlijst van het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement of de Quickscan gezondheidsvaardigheden van het CBO¹¹. Het uitkristalliseren van verschillende 'patiëntprofielen' heeft nu ook de aandacht binnen een project van de TU Delft¹². Als hiermee de 'mate van zelfredzaamheid' van een patiënt bepaald kan worden kan vervolgens nader worden uitgewerkt welke vorm van coaching bij welk profiel past. Dergelijke tools zijn nu veelal nog in ontwikkeling, maar deze zullen in 2025 doorontwikkeld zijn om de zorgverlener in zijn coach-rol verder te ondersteunen als aanvulling op de reeds ontwikkelde competentie van zorgverleners om de behoefte van patiënten in te kunnen schatten en bespreekbaar te maken.

WAT VINDT DE PATIËNT HIERVAN?

Patiënten geven aan dat ze graag medezeggenschap willen hebben over hun zorg en medische beslissingen. Het bleek vooral belangrijk dat de arts aandacht heeft voor de behoeften van de patiënt. Interessant is dat patiënten aangeven graag informatie over hun zorgverlener te willen hebben, zoals achtergrond, specialisatie, ervaring en visie rondom ziekte en behandeling. Andersom is het volgens de patiënt van belang dat de behandelaar en het behandelteam kennis heeft van de voorgeschiedenis en levensvisie van de patiënt.

Voorbeeld: Een patiënt met de ziekte van Crohn roemde bijvoorbeeld de tijd die een specialist voor al zijn patiënten nam. Ook al liep het spreekuur uit - iedere patiënt wist dat als hij/zij aan de beurt was er echt geluisterd werd en tijd genomen door hun behandelaar.

Voorbeeld: Een patiënt moest een lastig besluit nemen: wil ik wel of niet in aanmerking komen voor een harttransplantatie? Er werd voor deze patiënt een aparte ruimte geregeld waar hij en zijn vrouw in alle rust deze beslissing met voordelen en risico's konden overwegen. Dat is letterlijk de ruimte krijgen.

OPLEIDING

Zowel in de universitaire opleidingen Geneeskunde en Farmacie, als in alle medische vervolgoopleidingen is momenteel al een goede ontwikkeling gaande, waarbij competentiegericht opleiden een duidelijke plaats heeft gekregen naar aanleiding van het CANMEDS model¹³. In 2025 is het vanzelfsprekend dat dit in alle opleidingen volledig geïntegreerd is. In Nederland is het project CanBetter gestart om deze competenties concreet te maken, de competentieontwikkeling in de opleiding te integreren en de meerwaarde van competenties in de opleiding te onderbouwen¹⁴. Eén van de vijf thema's van CanBetter is patiëntparticipatie, waarbij communicatie tussen zorgverlener en patiënt centraal staan. In de komende vier jaar zal dit volledig geïntegreerd moeten zijn in de opleidingen, zodat zorgverleners die in 2025 hun opleiding afronden, al volledig volgens dit model zijn opgeleid. Naast het competentiegericht opleiden, zoals we dit nu al kennen, zal er ook bewustwording van de rol als coach nodig zijn. Een ontwikkelde competentie kan op diverse manieren worden ingezet. De competentie communicatie komt bijvoorbeeld van pas bij het geven van presentaties, het voeren van intercollegiaal overleg en het duidelijk verwoorden van behandelopties voor patiënten. Dit betekent niet dat een zorgverlener die goed is in communicatie ook automatisch een goede coach is. In de opleiding is specifieke aandacht nodig voor de coachende rol om ervoor te zorgen dat de verworven competenties op een

goede manier geïntegreerd worden in het dagelijks handelen. In de opleidingen dienen daarom handvatten te worden aangereikt voor zorgverleners om deze rol op zich te kunnen nemen. Een klimaat waarbij het vanzelfsprekend is om de zorg vanuit de behoefte van de patiënt te benaderen dient gecreëerd te worden. Dit begint bij de opleiding, maar dient zo snel mogelijk overgenomen te worden door de huidige, gevestigde zorgverleners om een zo groot mogelijk draagvlak te ontwikkelen. Voor deze laatste groep zal er specifieke nascholing gericht op de coachende rol en daarvoor benodigde competenties ontwikkeld moeten worden als onderdeel van de herregistratie. In 2025 zal de specifieke aandacht voor coaching in de opleiding net zo vanzelfsprekend zijn als de aandacht voor het medisch handelen.

Het begeleiden van jonge artsen en apothekers in de coachende rol is iets dat bij voorkeur al vanaf het begin van de universitaire opleiding gebeurt. Het behoort immers tot de brede basis die je als zorgverlener moet verwerven. Echter, gedurende de vervolgoopleidingen dient dit een belangrijk aspect te blijven, zodat ook geleerd wordt om met complexere situaties om te gaan. Omdat kennis over de expertise van andere zorgverleners onontbeerlijk is voor de zorgverlener, gebeurt dit vooral in een multidisciplinaire setting. Dit in overeenstemming met en als voorbeeld van onze visie op multidisciplinair samenwerken en opleiden in 'Coach, Cure & Care 2025'.

Om een patiënt goed te kunnen coachen bij ziekte én gezondheid is het een voorwaarde om te begrijpen wat de waarden zijn van de patiënt ten opzichte van zijn of haar gezondheid en te weten welke zorgverleners betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt. Om dit te realiseren is het goed wanneer in elke opleiding wordt opgenomen dat de zorgverlener in opleiding met een aantal patiënten gedurende langere tijd meeloopt. Op deze manier leert de arts apotheker of klinisch chemicus welke zaken belangrijk zijn met betrekking tot de gezondheid van de patiënt en hoe het complexe zorglandschap er vanuit het patiëntperspectief uitziet.

Daarnaast pleiten we, net zoals in ons vorige visiedocument, voor een coach of mentor voor de zorgverlener in opleiding. Deze coach ondersteunt niet alleen bij de loopbaanondersteuning, maar kan ook ingezet worden als vertrouwenspersoon in het algemeen en voor het bespreken van leerzame praktijkvoorbeelden, waarin ook aandacht gegeven zal worden aan de coachende rol van de betreffende arts / apotheker. Deze coachende persoon kan bijvoorbeeld een onafhankelijk lid van de opleidingsgroep zijn. Belangrijk is dat er een goede interpersoonlijke klik is met de aios. Idealiter is de coach zelf een rolmodel en blinkt hij bijvoorbeeld uit in het patiëntencontact.

'Een coach denkt mee met de patiënt en houdt respect voor zijn waarden. Je gaat mee in het tempo van de patiënt. Je blijft daarbij wel een professional met de kennis die je hebt, maar ondanks dat kan je wel naast de patiënt staan. Mijn collega's die ook een coachende rol vervullen, verschillen wel in de aanpak. De ene is meer probleem oplossend terwijl de ander meer meedenkend is.'

Petra Rijper

KERNBOODSCHAP

Focus op de ontwikkeling van coaching competenties van zowel de aanstaande zorgverleners (in opleiding) als de huidige zorgverleners (via nascholing) in een multidisciplinair verband. Hierbij specifieke aandacht voor het vaststellen van de coachingsbehoefte van de patiënt en creëren van de ideale coaching sfeer.

'Onze aios worden in het 3e en 4e jaar van hun opleiding getraind in het participeren in de niefalen polikliniek en het coachen van de patiënten. Hierbij begeleid ik ze en leid ze op door middel van korte praktijkbeoordelingen en supervisie.'

Marieke Kerskes

Noten:

11 <http://www.cbo.nl/projecten/quickscan-gezondheidsvaardigheden>

12 <http://repository.tudelft.nl/view/ir/uuid%3A7528ce24-1ce1-488a-86b2-7f5cfcfc2398/>

13 <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds>

14 <http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-herregistratie/Project-MMV-Home/Over-MMV/CanBetter.htm>

03. BEVORDEREN ZELFREDZAAMHEID VAN DE PATIËNT

TECHNOLOGIE

Primair in het zorgproces blijft het fysieke consult tussen patiënt en zorgverlener. Technologie kan een belangrijke ondersteunde rol bieden in coaching van de patiënt, door de zelfredzaamheid van de patiënt te helpen vergroten.

Het palet aan technische hulpmiddelen breidt zich snel uit. Zo zijn er in 2025 in het huis van de (vooral oudere, hulpbehoevende) patiënt veel domotica: technische automatiseringssystemen die geïntegreerd met elkaar op afstand zijn te bedienen om veiligheid zoals personenalarmering, communicatie zoals beeldtelefonie of functionaliteit zoals de automatische medicatiedispenser te verbeteren. Onderdeel hiervan zijn ook de robotica waarbij robots worden ingezet voor praktische toepassingen in de zorg.

Er zijn in 2025 vele mogelijkheden om thuis diagnostisch onderzoek uit te voeren. Het meten van glucose door patiënten met diabetes en het bepalen van stollingswaarden bij patiënten die onder controle zijn bij een trombosedienst zijn al bekende voorbeelden van nu, maar in 2025 zullen hier nog veel meer diagnostische mogelijkheden

voor thuis bij zijn gekomen. Meer en meer worden deze meetwaarden geïntegreerd met bestaande medische gegevens en resultaten en adviezen bereiken via apps en patiëntportalen ook direct de patiënt. Echter, een commerciële wildgroei van dergelijke technologische toepassingen dreigt. Er dienen dan ook duidelijke afspraken te worden gemaakt over welke diagnostische tests al dan niet zinvol zijn om te gebruiken, zodat overdiagnostiek en onnodig hypochondrisch gedrag onder patiënten kan worden voorkomen. Het spreekt dan ook voor zich dat de implementatie van dergelijke experimentele technologieën in eerste instantie gefaseerd verloopt en gekoppeld wordt aan wetenschappelijk onderzoek om de effectiviteit ervan te bevestigen.

De komst van nieuwe apparatuur, testmethodes en apps zal het verzamelen van medische informatie, laboratoriumparameters en informatie over andere lichaamsfuncties verder bevorderen. Het is van belang dat bij deze toepassingen de kwaliteit en veiligheid bewaakt worden. Een keurmerk waarvan de criteria zijn vastgesteld door patiënten, ontwikkelaars, zorgverleners, overheid

en zorgverzekeraars gezamenlijk zou een goede optie zijn om apparatuur en apps op veiligheid en betrouwbaarheid te waarderen. Voor toepassingen bedoeld voor diagnostiek en therapie zoals het testen van cholesterol, zijn dan ook duidelijkere richtlijnen nodig en is zorgvuldige monitoring van de kwaliteit, effecten op de gezondheid en de zorgkosten van belang.

Patient Health Record of Elektronisch Patiënten Dossier (EPD)

In 2025 vindt veel communicatie en uitwisseling van gegevens, tussen patiënt en zorgverlener en tussen zorgverleners onderling, plaats via digitale systemen. Dit biedt vele voordelen: iedereen is op ieder gewenst moment op de hoogte van de meest actuele gegevens rondom de gezondheid van de patiënt en de zorg kan hierdoor beter op elkaar worden afgestemd.

Om de rol als coach verder te faciliteren is een landelijk Elektronisch Patiënten Dossier (EPD), waar de patiënt zelf ook inzage in heeft, van grote meerwaarde. In 2025 wordt hierin door alle zorgverleners patiënt-specifieke informatie vastgelegd, vooral met betrekking tot behandelbeslissingen en overwegingen. Het is essentieel voor alle betrokken zorgverleners en voor de patiënt zelf om inzichtelijk te hebben wat de behandeldoelen zijn en welke zorgpaden er lopen. Zorgverleners hebben snel volledig inzicht in de wensen van de patiënt en de patiënt hoeft niet steeds informatie te herhalen. Zo kan in spoedsituaties bijvoorbeeld

WAT VINDT DE PATIËNT?

Een coachende zorgverlener-patiënt relatie is pas mogelijk als de zorgverlener gemakkelijk toegankelijk is. Alle patiënten willen graag laagdrempelig vragen, klachten of twijfels kunnen overleggen. Dit hoeft niet in alle gevallen direct contact met de behandelaar te zijn, ook andere zorgverleners binnen het behandelteam kunnen die rol op zich nemen (bijvoorbeeld een gespecialiseerde verpleegkundige). Naast de traditionele telefonische bereikbaarheid tijdens kantooruren zouden andere communicatiemiddelen zoals videoconsulten of e-mail voor patiënten een prima alternatief kunnen zijn.

Enige terughoudendheid rondom domotica en apps werd geuit door het onpersoonlijke karakter van deze hulpmiddelen. Er was bezorgdheid dat dit ten koste zou gaan van persoonlijk contact met het behandelteam. Daarnaast waren patiënten van mening dat apps nooit de verantwoordelijkheid van de patiënt of van de arts kunnen vervangen. Maar indien e-health de bereikbaarheid en communicatie met het behandelteam kan verbeteren, wordt dit een positieve ontwikkeling genoemd. Voorbeeld: Een patiënt met een chronische blaas-aandoening vertelt hoe het urologische team in haar ziekenhuis altijd bereikbaar is voor vragen. Hetzij per telefoon, e-mail of in persoon. De praktijk dat een team van zorgverleners er echt is voor de patiënt zorgt voor een hoge mate van tevredenheid.

onwenselijk behandelen worden voorkomen en wordt multidisciplinaire samenwerking bevorderd. Omdat de patiënt zelf een belangrijke rol speelt in zijn behandeling heeft deze de regie over zijn eigen EPD en kan hij beslissen via een eenvoudig toegankelijk patiënten-portaal welke zorgverleners welke informatie mogen zien. Een dergelijk systeem kennen we als een Patient Health Record (PHR)¹⁵. Echter, dit moet niet het professioneel functioneren van de zorgverlener belemmeren. In 2025 gaat ook doorverwijzing en consultatie van collega's via dit EPD of een vergelijkbaar laagdrempelig digitaal platform.

Om dit alles in 2025 te realiseren dient een aantal belangrijke belemmeringen te worden opgelost: Allereerst moeten digitale patiëntendossiers goed beveiligd zijn om de privacy van de patiënt te waarborgen. Echter, als patiënten efficiënt en optimaal geholpen willen worden moet er een middenweg gevonden worden tussen aan de ene kant het bewaren van de privacy en aan de andere kant het geven van toestemming voor inzage in hun dossier, zodat de betrokken zorgverleners op de juiste momenten kunnen beschikken over voldoende informatie.

Daarnaast zijn de huidige EPD initiatieven vaak erg versnipperd en zijn er voor iedere zorgsector diverse aanbieders van software, waarbij er onvoldoende systeemintegratie is en er geen sprake is van standaardisatie tussen de verschillende systemen. Dit belemmert de uitwisseling van informatie tussen zorgverleners, waardoor zowel de financiële investeringen in e-health momenteel

nog onvoldoende lonend zijn als ook de meerwaarde voor patiënt en zorgverlener. Tenslotte ontbreken vooralsnog bewustzijn en kennis van de mogelijkheden onder zorgverleners en patiënten. Wij adviseren dan ook om landelijk te zorgen voor coördinatie en systeemintegratie, zoals dit momenteel bijvoorbeeld al met het Landelijk Schakel Punt (LSP) en voor de uitwisseling van patiëntendossiers onder huisartsen gebeurt. Daarnaast dienen patiënten en zorgverleners voorgelicht te worden over de mogelijkheden om door middel van e-health communicatie de kwaliteit van zorg te verbeteren en lonender te maken, waarbij sprake is van duidelijke kaders waarbinnen dit plaatsvindt. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van kennis die in andere landen op dit vlak al is opgedaan (zie kader Estland).

EEN GOED VOORBEELD UIT ESTLAND

Internationaal zijn er goede voorbeelden waarin de in dit hoofdstuk genoemde belemmeringen zijn doorbroken. In Estland hebben patiënten al jaren een elektronisch gezondheidsdossier, waarbij data van verschillende zorgaanbieders geïntegreerd wordt om zo een algemeen dossier voor iedere patiënt te creëren. De verschillende zorgaanbieders kunnen nog steeds verschillende systemen gebruiken, maar het wordt in een standaard format weergegeven. Het is handig voor zorgverleners, omdat ze op die manier gemakkelijk toegang hebben tot alle gegevens van de patiënt. Zodra de uitslagen zijn ingevoerd kan de zorgverlener ze zien. In een spoedsituatie kan de arts met de ID-kaart van de patiënt kritische informatie opzoeken, zoals bloedgroep, allergieën, recente behandelingen, medicatiegebruik of zwangerschap. Het systeem verzamelt ook gegevens voor nationale statistieken. Op die manier kunnen gezondheidstrends worden gemeten (zogenaamde Big data). Patiënten hebben toegang tot hun eigen dossier en die van hun kinderen. Zij houden de regie over welke arts toegang heeft tot hun gegevens. Ook kunnen ze via dit dossier algemene gezondheidsadviezen krijgen.

KERNBOODSCHAP

Focus op de ontwikkeling van een landelijk digitaal informatiesysteem en doorontwikkeling van technologieën die zelfredzaamheid en coaching bevorderen



Noten:

15 PC Tang et al. *Personal Health Records: Definitions, Benefits, and Strategies for Overcoming Barriers to Adoption*. *J Am Med Inform Assoc*. 2006 Mar-Apr; 13(2): 121–126.

04. MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

COACHING IS NIET VOORBEHOUDEN AAN DE HOOFDBEHANDELAAR

Het is belangrijk het onderscheid te maken tussen coach en hoofdbehandelaar: de hoofdbehandelaar dient te allen tijde duidelijk te zijn en zal altijd als coach voor de patiënt optreden. Echter, naast de hoofdbehandelaar zullen ook andere zorgverleners als coach fungeren. In het kader van deze multidisciplinaire samenwerking kunnen in 2025 de patiënt en coaches gemakkelijk via een elektronisch beveiligde verbinding informatie uitwisselen en overleg voeren.

HET ZORGTEAM

In 2025 staat geen enkele zorgprofessional meer op zichzelf, maar maakt als individu deel uit van een zorgteam, waar de patiënt zelf ook een essentieel onderdeel van is. Van ieder teamlid is duidelijk wat zijn taken en verantwoordelijkheden zijn. Ook worden voor ieder teamlid de voorwaarden gecreëerd te worden om optimaal tot zijn recht te komen,

'Laaggeletterdheid: hoe herken je dit als team? Hoe speel je er op in? Als de huisarts het weet, speelt hij/zij het door naar de apotheek zodat wij er ook rekening mee kunnen houden.'

Marcel Kooy

Zoals in het document 'Coach, Cure & Care 2025' al is beschreven, werkt de zorgverlener in 2025 meer en meer in multidisciplinair teamverband, in de vorm van zorgpaden rondom de patiënt. In het geval van multi-morbiditeit of complexe problematiek worden in multidisciplinair verband de opties voor de patiënt besproken. Het team beslist gezamenlijk wie de regie voert (als hoofdbehandelaar of casemanager) en wie, welke informatie, wanneer bespreekt met de patiënt.

Omdat de zorg zoveel mogelijk 'dichtbij huis' wordt geleverd, zal in veel gevallen de huisarts de rol van 'poortwachter' verruilen voor rol van 'hoofdcoach' binnen ons model. Het team coacht de patiënt bij het kiezen van de meest optimale behandeling, informeert over welke mogelijkheden er zijn om de ziekte te monitoren en geeft advies over de wijze waarop de patiënt medische informatie kan gebruiken om op een weloverwogen manier met de ziekte om te gaan. Iedereen binnen het team heeft een duidelijk afgebakende taak ten aanzien van die coaching van de patiënt. Denk hierbij aan de arts die het ziektebeeld en de behandelingsopties bespreekt, de verpleegkundige die de functies van de informatie-app met de patiënt doorspreekt en oefent, en de apotheker die coaching verleent op het gebied van het inpassen van medicatie in het dagelijks leven, therapietrouw en het omgaan met bijwerkingen.

KERNBOODSCHAP

Focus op het faciliteren van coaching in multidisciplinair verband, waarbij binnen het zorgteam duidelijk is wie de regie voert, maar er wel meerdere coaches per patiënt kunnen werken die ieder een eigen aspect van de begeleiding van de patiënt op zich nemen.

WAT VINDT DE PATIËNT?

Uit de focusgroepen bleek duidelijk dat de patiënten het ook belangrijk vinden dat het behandelplan goed wordt afgestemd binnen het behandelteam en - na toestemming - met de zorgverleners van andere instellingen. Het liefst zouden ze zien dat alle betrokken zorgverleners in de eerste, tweede en derde lijn op een directe manier met elkaar zouden overleggen.

Voorbeeld: Een patiënt met borstkanker gaf aan zeer tevreden te zijn met de actieve opstelling van haar huisarts. Deze huisarts schuift één keer per maand aan bij het multidisciplinaire teamoverleg over haar behandeling. Ook delen alle specialisten en behandelaars het medische dossier van de patiënte, uiteraard op haar uitdrukkelijke verzoek en na goedkeuring.

Noten:

16 <http://www.artsenauto.nl/vvaa-levensloonderzoek-waar-ligt-u-wakker-van/>

17 www.verstandigkiezen.nu

05. DE JUISTE ZORGINFRASTRUCTUUR

Om een goede coach te kunnen zijn, moet een zorgprofessional zich daartoe kunnen bekwamen. Echter, om deze coachende rol in de praktijk te brengen, heeft een zorgprofessional op verschillende manieren ondersteuning nodig. Hierbij spelen digitalisering en technologieën een rol. Maar ook de organisatie van de zorg, het zorgstelsel en de financiering moeten aansluiten op de praktijk waarbinnen het coachen plaatsvindt.

DIGITALISERING

Zoals benoemd in voorwaarde 3 vindt in 2025 veel communicatie en uitwisseling van gegevens plaats tussen patiënt en zorgverlener en tussen zorgverleners onderling, via digitale systemen. Dit bevordert ten eerste het zelfmanagement van patiënten. Maar ook voor de betrokken zorgprofessionals is een helder, overzichtelijk en compleet EPD, essentieel. Door patiënten thuis via het EPD bijvoorbeeld anamnesevragen te laten beantwoorden, gaat de arts beter geïnformeerd het gesprek in. Bovendien bespaart dit tijd in de spreekkamer, die hierdoor besteed kan worden aan de daadwerkelijke coaching.

Organisatie van de zorg

Om de coach-rol op gedegen wijze te vervullen, moet voldoende tijd en ruimte in de spreekkamer worden gecreëerd. Door optimaal ondersteund te worden door de technologie, maar ook door andere leden uit het zorgteam, zoals verpleegkundigen en doktersassistenten, kan de zorgprofessional de tijd met de patiënt in de spreekkamer zo goed mogelijk benutten. Op deze wijze wordt de beschikbare tijd beter benut en hoeven wachttijden niet op te lopen.

Administratieve rompslomp moet zoveel mogelijk worden beperkt. Uit een recent onderzoek van de VvAA onder ruim 9000 zorgprofessionals blijkt dat wij nog altijd de meeste voldoening halen uit het 'mensen beter maken', dus de patiëntenzorg. Echter, in datzelfde onderzoek beschrijven sommigen dat nog maar 30% van hun tijd daadwerkelijk hieruit bestaat en de rest van de tijd wordt ingenomen door administratie. Hierdoor dreigen zorgprofessionals hun bevlogenheid te verliezen¹⁶. Dit werkt niet bevorderend voor hun rol als betrokken coach voor hun patiënten. Een concreet voorbeeld van een organisatorische aanpassing is de verlaging van de normpraktijk voor huisartsen, die in veel gevallen als 'hoofdcoach' zullen

optreden en daar dan ook voldoende tijd voor moeten hebben.

'Door toename van administratieve rompslomp, volle poli's en de veeleisende omgeving waarin we werken wordt de tijd voor de patiënt vaak bedreigd. Door ervoor te waken dat de arts lekker kan werken en zich weer beter kan bezighouden met zijn primaire taak zal dit ook directe voordelen bieden aan de patiënt. Een enthousiaste, energieke arts is nu eenmaal een prettigere gesprekspartner en een betere coach voor zijn patiënten.'

Rudolf Poolman

Zorgstelsel en financiering

Wij beogen dat de zorg in de toekomst zoveel mogelijk 'dichtbij huis' plaatsvindt, in een multidisciplinaire setting, transmuraal en zoveel mogelijk vormgegeven in zorgpaden. Het is van belang dat de bekostigingsstructuur van de zorg ook zo wordt ingericht dat deze aansluit op deze organisatiestructuren en dat de zorgverleners hierdoor niet worden belemmerd in hun functie als coach richting patiënt.

De basisvoorwaarde voor coachen en voor gecoacht worden is wederzijds vertrouwen. Hierin moet van beide kanten geïnvesteerd worden. Voor een patiënt is het van belang om met zijn zorgvraag aan te kunnen kloppen bij een zorgverlener waar hij vertrouwen in heeft. Vrije keuze van deze zorgverlener is hiervoor een belangrijke voorwaarde. Voor de zorgprofessional is het daarnaast van belang om, in het kader van



optimalisering van (met name langdurige) zorg, te kunnen investeren in samenwerkingsrelaties met partners in het zorgpad rond de patiënt. Polissen die alleen uitkeren wanneer de patiënt gebruik maakt van gecontracteerde zorg werken hierin belemmerend. Wij zijn van mening dat de huidige ontwikkelingen in die richting de efficiëntie en kwaliteit van zorg bedreigen en hebben daarom onze twijfels of het kosten zal besparen.

In 2025 zal de bekostiging meer op kwaliteit gestuurd worden, waarbij de zorgprofessional samen met de patiënt bepaald heeft wat onder kwaliteit verstaan wordt. Een grote bijdrage hieraan levert het project 'Verstandig kiezen'¹⁷, waarbij kritisch wordt gekeken naar de meerwaarde van een (standaard) behandeling voor een patiënt, dat in 2025 binnen alle specialismen is uitgekristalliseerd. Het praten over de optie van 'niet behandelen' is gemeengoed geworden. Kwaliteit van het leven staat meer op de voorgrond dan de kwantiteit ervan. Logischerwijs moet de vergoeding daarop worden afgestemd en dienen financiële prikkels die overbehandeling in de hand werken te worden weggenomen.

Voor de zorgpad-ontwikkeling is het van belang dat de huidige financieringsschotten, zoals tussen eerste en tweede lijn, worden opgeheven. Het is in dit kader logischer en lonender om de zorg meer regionaal en per zorgpad in te kopen dan per zorgaanbieder of zorginstelling.

KERNBOODSCHAP

Focus op optimalisatie van de zorginfrastructuur, waarin patiënt en zorgverlener optimaal worden ondersteund om respectievelijk gecoacht te kunnen worden en om als coach te kunnen functioneren. Denk hierbij aan vrije keuze van zorgverlener, voldoende tijd en ruimte in de spreekkamer en een faciliterende bekostigingsstructuur.





**SAMENVATTING
EN SLOTWOORD**

4. SAMENVATTING

In het visiedocument 'Coach, Cure & Care 2025' heeft de multidisciplinaire Werkgroep Zorg 2025 zich gebogen over de inrichting van het zorglandschap in 2025. Door de presentatie in ons gelijknamige symposium, gepaard gaande met de uitreiking van onze visie aan minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in oktober 2013, hebben wij als jonge zorgprofessionals van de toekomst ons laten gelden. Met de uitwerking van het coach-deel van deze visie hebben wij ons ten doel gesteld om een overzicht te geven van de voorwaarden die gerealiseerd moeten worden om volledige shared decision making, met de patiënt als gelijkwaardige gesprekspartner en de zorgverlener als coach, te realiseren in 2025. Om dit te bereiken hebben we zoveel mogelijk betrokkenen en experts op het gebied van coaching geconsulteerd: patiënten, coaches uit de sportwereld en zorgverleners die volgens ons goede coachende voorbeelden zijn.

Uit deze consultatierondes hebben we vijf voorwaarden gedestilleerd, namelijk (1) optimale informatievoorziening patient, (2) ontwikkeling van de competenties van de zorgverleners, (3) hulpmiddelen die de zelfredzaamheid van de patient bevorderen, (4) multidisciplinaire samenwerking en (5) juiste zorginfrastructuur. In dit visiedocument zijn de verschillende voorwaarden verder uitgediept en zijn de volgende kernboodschappen geformuleerd:

1. Focus op gestructureerde informatievoorziening door onder andere het EPD en mobiele apps, toegespitst op de individuele patiënt, zijn gezondheid en ziekte met daarnaast meer specifieke aandacht in het onderwijs voor algemene gezondheidskennis.
2. Focus op de ontwikkeling van coaching competenties van zowel de aanstaande zorgverleners (in opleiding) als de huidige zorgverleners (via nascholing) in een multidisciplinair verband. Hierbij specifieke aandacht voor het vaststellen van de coachingsbehoefte van de patiënt en creëren van de ideale coaching sfeer.
3. Focus op de ontwikkeling van een landelijk digitaal informatiesysteem en doorontwikkeling van technologieën die zelfredzaamheid en coaching bevorderen.
4. Focus op het faciliteren van coaching in multidisciplinair verband, waarbij binnen het zorgteam duidelijk is wie de regie voert, maar er wel meerdere coaches per patiënt kunnen werken die ieder een eigen aspect van de begeleiding van de patiënt op zich nemen.
5. Focus op de optimalisatie van de zorginfrastructuur waarin patiënt en zorgverlener optimaal worden ondersteund om respectievelijk gecoacht te kunnen worden en om als coach te kunnen functioneren. Denk hierbij aan vrije keuze van zorgverlener, voldoende tijd en ruimte in de spreekkamer en een faciliterende bekostigingsstructuur.

SLOTWOORD

Competentiegericht opleiden, het belang van een alom geaccepteerd, inzichtelijk, geïntegreerd en veilig EPD en begrippen als shared decision making en het bevorderen van zelfmanagement zijn niet nieuw in 2014 en zijn hier en daar misschien zelfs open deuren te noemen. Toch hebben wij gemerkt bij het opstellen van dit document dat deze deuren in de praktijk hooguit op een kier staan. De filosofie van het zorgen voor een patiënt in een teamverband, dat regionaal, lijn- en discipline overstijgend is en de beschrijving van de benodigde infrastructuur hiervoor zijn naar onze mening wel verfrissend en hopelijk een inspirerend praktijkvoorbeeld voor velen.

Ons document is een praktische leidraad geworden, die aansluit op de meldactie 'Samen beslissen' van de NPCF en op lopende projecten zoals 'Verstandig kiezen' van de Federatie Medisch Specialisten. Het geeft daarnaast aan dat wij als zorgprofessionals van de toekomst er (in de woorden van minister Schippers) echt 'klaar voor zijn' om de transities die gaande zijn in de zorg aan te pakken en in de praktijk vorm te gaan geven.

Met deze visie willen we de verschillende invloedrijke commissies en gremia, die allen een belangrijke rol hebben in de invulling van de zorg van de toekomst inspireren en handvatten bieden om er gezamenlijk voor te zorgen dat shared decision making volledig mogelijk kan zijn in 2025. Wij zijn graag bereid om hierover mee te denken en laten ons dan ook graag uitdagen om met de verschillende stakeholders in gesprek te gaan over het daadwerkelijk creëren en implementeren van de door ons geformuleerde voorwaarden voor coaching.

Een eerste podium voor verdere discussie met alle geïnteresseerden zullen wij zelf al bieden tijdens de paneldiscussie op ons eigen avondsymposium 'Coaching - who cares' op Blue Monday 19 januari 2015. Wij, zorgprofessionals van de toekomst, hopen dat het breed verspreiden van dit document zal leiden tot een uitnodiging van u om mee te praten als het gaat over de invulling van het toekomstige zorgstelsel. Alles in het kader van ons hogere doel:

***'Samen op weg naar een
kwalitatieve, efficiënte en
doelmatige gezondheidszorg
in 2025'***



DANKWOORD

Wij willen graag de volgende personen bedanken, zonder wie wij niet in staat zouden zijn geweest om onszelf te ontwikkelen tot de proactieve groep zorgprofessionals die wij nu zijn!

Zij die aan de vooravond staan van het ontstaan en de voortgang van Werkgroep Zorg 2025:

- Wil Bosch: het initiatief dat jij in oktober 2012 nam om ons als jonge zorgprofessionals te laten integreren zetten wij nog altijd voort!
- Marian Kaljouw: voor het nog altijd waarderen van onze mening bij de verdere vormgeving van jouw komende advies aan VWS met het Zorginstituut over de benodigde Zorgberoepen in 2030.

Zij, die een bijdrage leverden aan dit vervolgdokument en/of het symposium 'Coaching- who cares?' in het bijzonder:

- **NPCF en alle 18 focusgroep patiënten:** als onze gelijkwaardige partners in de zorg van 2025. Wij waarderen jullie bijdrage enorm, zonder jullie was het niet gelukt!
- **Marius Buiting:** voor de leuke, sparrende gesprekken en het opperen van het idee om ons coach-deel uit te werken, zie hier het resultaat!
- **Edwin Brugman:** voor het ondersteunen van

ons initiatief en concreet voor het aanbieden en financieren van vergaderruimte, symposiumlocatie en catering.

- **Alle best practises en alle coaches:** als inspiratoren voor hoofdstuk 2 en voorbeeldige 'out of the box'-denkers.
- **Alle sprekers van het symposium:** voor het helpen verzorgen van een sprankelende presentatie
- **Alle sponsoren (VvAA, Wouter Spek en ZonMw):** voor het financieel mede mogelijk maken van dit visiedocument en het symposium.
- **Besturen van De Jonge Specialist, LOVAH, VAZA, VJA, juniorkamer VSG, VASON, LOSGIO, juniorkamer NVKC en VAAVG:** voor het klankborden van de inhoud en de financiële bijdragen aan de werkgroep.
- **De Raad Kwaliteit van de wetenschappelijke verenigingen en de Federatie Medisch Specialisten voor het betrekken en informeren van onze werkgroep bij kwaliteitsthema's waaronder het project met de NPCF: 'Samen Beslissen'**

- **Theo Captein:** voor de gegeven toestemming voor het mogen gebruiken van de foto's.
- **Dorinda Maas en Michiel Moormann:** voor het ontwerp van het beeldmerk, originele visiedocument en de casusillustratie.
- **IJzersterk.nu:** bedankt voor het vormgeven van dit document.

Diverse podia die zorgden voor de nodige aandacht voor en na de lancering van ons visiedocument 'Coach, Cure & Care 2025' en ons de mogelijkheid boden om onze visie te verspreiden, vooral:

- **Hans van Santen en Medisch Contact:** voor het benoemen van ons document in het hoofdredactioneel en voor de uitnodiging voor het ontbijt met minister Schippers na Prinsjesdag.
- **Arts & auto:** onder andere interview en publicatie van onze brief gericht aan de Tweede Kamer
- **Mednet:** diverse publicaties, onder andere van onze brief gericht aan Tweede Kamer
- **Wouter Spek:** voor de internationalisering op het congres in Estland en de financiële bijdrage voor een ware Engelse samenvatting van onze visie
- **Matthijs Zwier en EVY Network:** presentatie op een breed internationaal podium
- **Joep Dörr †:** voor de uitnodiging om onderdeel uit te maken van jouw afscheid bij het MC Haaglanden. We weten dat je ook dit vervolginiatief zou hebben gewaardeerd!
- **NHG Congrescommissie:** voor het bieden van een podium voor een workshop
- **De Specialist en De Jonge Specialist:** voor de ruime PR voor en na ons visiedocument en ook in de aanloop naar dit vervolgdokument.

WERKGROEP ZORG 2025

De Werkgroep 2025 bestaat uit een aantal belangenbehartigers van diverse medische professionals in opleiding en bestaat in 2014 uit:

- Suzanne Witjes (coördinatie), Hanneke Verheijde (secretaris), Jesse Habets, Alexander Stillebroer, Sam Schoenmakers en Alexej Kuiper namens De Jonge Specialist (DJS)
- Suzanne van der Els-Schoenmaker, Lotje Vernooy en Jolien Glaudemans namens de Landelijke Organisatie Van Aspirant huisartsen (LOVAH)
- Emilie Gieling en Cornelis Smit namens de Vereniging van Apothekers in opleiding tot Ziekenhuisapotheker (VAZA)
- Mariska van Grinsven namens de Vereniging van Jonge Apothekers (VJA)
- Suzan de Jonge namens de Juniorkamer van de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG)
- Jolande Vis en Leo Jacobs namens de Juniorkamer van de Nederlandse Vereniging voor Klinisch Chemici en Laboratoriumgeneeskunde (NVKC)
- Wanda Rietkerk namens de Vereniging voor Aios Specialisme Ouderengeneeskunde Nederland (VASON)
- Ashis Brahma namens het Landelijk Overleg Sociaal Geneeskundigen In Opleiding (LOSGIO)
- Willemijn Hensbroek namens de Vereniging voor Artsen in opleiding tot Arts voor Verstandelijk Gehandicapten (VAAVG)



Vlnr: Wanda Rietkerk, Suzanne van der Els-Schoenmaker, Emilie Gieling, Lotje Vernooy, Suzan de Jonge, Alexej kuiper, Jesse Habets, Suzanne Witjes, Hanneke Verheijde, Mariska van Grinsven, Cornelis Smit.

Op de foto ontbreken: Alexander Stillebroer, Sam Schoenmakers, Jolien Glaudemans, Jolande Vis, Leo Jacobs, Ashis Brahma, Willemijn Hensbroek

