De POH en persoonsgerichte zorg

©Wilma Veen

Willy Oldenburger
Thesis Masterclass Eerstelijns Bestuurders leergang 9
Universiteit Tilburg
Mei 2018

INLEIDING

In Nederland zijn de afgelopen jaren diverse veranderingen in de zorg gaande. Er wordt ingespeeld op de te verwachten ontwikkelingen in de toekomst: vergrijzing, de toename van chronische zieken met daarbij veel multimorbiditeit, de stijging van zorgkosten en afname van arbeidskrachten in de zorg in verhouding tot de zorgvragers. Er wordt gestreefd wordt naar een kanteling van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Zelfmanagement, zelfregie, participatie, inzet op preventie en leefstijl en persoonsgerichte zorg zijn daarbij belangrijke kernwoorden. Dit heeft bij de huisartsen geleid tot een nieuwe visie op het team van de huisartsenzorg. We zien daarin een transitie bij de functie van POH (praktijkondersteuner huisarts). In april 2017 is het 'Rapport POH transitie' gepubliceerd, waarin deze visie wordt uitgewerkt en het competentieprofiel POH 2014 wordt aangepast. Daarnaast zien we een nieuwe functie PVH (praktijkverpleegkundige huisarts) die vanaf 2020 uitstroomt van de HBO-v.

Ook binnen Gezondheidscentra Nijkerk, een multidisciplinair samenwerkingsverband van de eerstelijns voor alle Nijkerkers, zijn wij bezig met een transitie naar persoonsgerichte, proactieve en integrale zorg. Onze programma's voor de patiëntgroepen chronische zorg, ouderen, jeugd en ggz willen we langs deze pijlers inrichten. Wat betreft persoonsgerichte zorg zijn we begonnen om met elkaar een visie op zelfmanagement te formuleren, zijn we met ondersteuning van Zelfzorg Ondersteund! nu bezig met een programma 'Samen Gezond!' met onder andere trainingen o.l.v. Vilans en willen we onze ziekte specifieke ketenzorg ombuigen naar meer generieke persoonsgerichte zorg. De POH heeft een belangrijke rol in de integrale zorg rond met name chronische patiënten en ouderen. Als het gaat om persoonsgerichte zorg worden allerlei tools en instrumenten en gespreksmodellen ingezet om meer persoonsgericht te gaan werken. Ondertussen is het moeilijk werkelijk te veranderen. Dit is voor mij de aanleiding om onderzoek te doen naar wat nodig is, om een omslag te maken.

CENTRALE VRAAG IN DEZE THESIS IS:

HOE KUNNEN DE COMPETENTIES VAN DE POH AANGESLOTEN WORDEN BIJ HET PERSOONSGERICHT WERKEN VAN DE HUIDIGE TIJD?

Deelvragen om tot een antwoord hierop te komen zijn: Wat is persoonsgerichte zorg? Welke ontwikkelingen zien we in de tijd? Hoe staan standaarden en richtlijnen in relatie tot persoonsgerichte zorg? En wat is nodig om de POH de omslag te laten maken naar persoonsgericht werken?

In mijn eigen werkwijze wil ik zelf ook persoonsgericht werken. Dat wil zeggen dat ik niet 'van bovenaf' mijn aanbevelingen wil schrijven en voorleggen aan de huisartsen, POH's en landelijke organisaties, maar aansluiting zoek bij de vragen en behoeften die er zijn. De vraag die bij de meesten een grote rol speelde was: hoe verhoudt persoonsgerichte zorg zich tot protocollen en richtlijnen. Hoe kun je protocollen vertalen naar zorg op maat. En wat doet dit met de verantwoordelijkheid.

Om antwoord te krijgen op mijn vragen ben ik mij gaan verdiepen in literatuur rond het thema persoonsgerichte zorg, alles wat er online geschreven is door brancheverenigingen, beroepsverenigingen, kenniscentra in de zorg rond de eerstelijns, maar ook in algemenere literatuur. Ik heb studie gemaakt van het vernieuwde competentieprofiel van de POH. Verder heb ik interviews gehouden met 11 POH's, 6 huisartsen, en 6 personen van organisaties die landelijk betrokken zijn bij dit onderwerp, te weten het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), de brancheorganisatie van de eerstelijns InEen, de hogeschool VIAA, Zilveren Kruis (zorgverzekeraar), Vilans (kenniscentrum voor

langdurige zorg en V&VN (Praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen). De input van al deze mensen heb ik anoniem verwerkt in mijn thesis, zodat zij vrijuit konden spreken.

In **hoofdstuk 1** begin ik met een definiëring van wat persoonsgerichte zorg is en schets ik de ontwikkeling rond dit thema in samenhang met de ontwikkelingen rond de functie van POH.

In **hoofdstuk 2** wordt met behulp van het basismodel uit het boek 'Verdraaide organisaties' van Wouter Hart antwoord gegeven op de vraag naar de verhouding tussen standaarden en richtlijnen en persoonsgerichte zorg.

In **hoofdstuk 3** worden aan de hand van een model om te komen tot 'succesvol gedrag' vanuit het boek 'Vraagsturing en competenties' van drs. B.C.M. Tuin, W.M.M. Beijer MMC en drs. H.L. Akkerboom alle aspecten bij langs gegaan, die nodig zijn voor persoonsgerichte zorg. Aan het eind zet ik de conclusies en een aantal aanbevelingen op een rij.

In de bijlagen is aanvullende informatie verwerkt.

In **bijlage 1** de uitwerking van de definitie van persoonsgerichte zorg vanuit de literatuur.

In **bijlage 2** zijn de resultaten uit de interviews verwerkt.

In **bijlage 3** staat de analyse van het competentieprofiel 2017.

In **bijlage 4** zijn de competenties voor persoonsgerichte zorg voor zorgverleners uitgelegd en uitgewerkt.

In **bijlage 5** staan tot slot de competenties vraagsturing voor leidinggevenden.

Deze thesis is in eerste instantie geschreven voor huisartsen en POH's, maar is evenzo van toepassing op andere hulpverleners in de zorg.

Met dank aan alle mensen die hun input hebben gegeven in de interviews en bij het meelezen.
Met dank aan Wouter Hart en Barbara Tuin en collega's voor het gebruik kunnen en mogen maken van hun boeken.

HOOFDSTUK 1 DEFINITIE EN ONTWIKKELING

1.1 WAT IS PERSOONSGERICHTE ZORG

Een begrip als persoonsgerichte zorg wordt niet altijd eenduidig gebruikt. Veel begrippen hebben overlap met elkaar en worden door elkaar gebruikt. Onderwerpen die dicht aanliggen tegen persoonsgerichte zorg zijn samen beslissen (*shared decision making*) en zelfregie en zelfmanagement(ondersteuning). Echter: dit staat niet gelijk aan elkaar. Persoonsgerichte zorg is een kernwaarde. Persoonsgerichte zorg houdt rekening met de mogelijkheden en onmogelijkheden van de patiënt. Samen beslissen, zelfregie en zelfmanagement zijn middelen om te gebruiken, maar zijn geen doel op zich. Als samen beslissen, zelfregie of zelfmanagement in mindere mate mogelijk of wenselijk is voor een patiënt en men daar rekening mee houdt is er juist sprake van persoonsgerichte zorg: echt aandacht voor de persoon.

Het is goed te definiëren wat er met persoonsgerichte zorg bedoeld wordt. In de literatuur wordt veel geschreven over persoonsgerichte zorg, in zowel wetenschappelijke artikelen als in standpunten en *white papers* met name bij de Raad van Volksgezondheid, NHG, LHV, Vilans en Zelfzorg Ondersteund! In bijna alle beschrijvingen en definities worden bepaalde aspecten benoemd (zie bijlage 1).

Vanuit literatuurstudie kom ik tot de volgende definitie van persoonsgerichte zorg:

Persoonsgerichte zorg is zorg met aandacht voor de persoon, bestaande uit 3 aspecten:

1. Rekening houdend met de waarden, wensen, en behoeften van de patiënt
2. Rekening houdend met individuele kenmerken (lichamelijk, psychisch, sociaal/ integraal)
3. Rekening houdend met de context van de patiënt (levensloop, en de leef- en werkomgeving van de patiënt).

Een paar zaken vallen op: Als je bij het standpunt kernwaarden huisartsenzorg van de NHG alleen de *highlights* zou lezen dan kom je alleen de punten 2 en 3 tegen, hoewel in de rest van het stuk aspect 1 wel degelijk een plek heeft (NHG, 2011). Het nieuwe competentieprofiel van de POH (NVvPO et al., 2017) benoemt opvallend genoeg alleen de aspecten 2 en 3 in de definitie van persoonsgerichte zorg. Vilans benadrukt bij persoonsgerichte zorg met name de verschuiving van *diseasemanagement* naar persoonsgerichte zorg en het helpen van mensen bij het nemen van eigen regie (Vilans, 2014).

‘Wat is persoonsgerichte zorg voor jou’ is ook de eerste vraag die ik gesteld heb aan alle mensen die zijn geïnterviewd voor deze thesis. Bijna alle geïnterviewden benoemen aspecten die terugkomen in bovenstaande definitie (zie bijlage 2 vraag 1).

1.2 ONTWIKKELINGEN ROND PERSOONSGERICHTE ZORG EN POH

De invulling van het begrip persoonsgerichte zorg kent een ontwikkeling in de loop van de jaren. Persoonsgerichte zorg wordt al als kernwaarde van de huisartsenzorg genoemd in 1959 bij de Woudschotenconferentie. In de formulering 'integraal, continu en persoonlijk' klonk volgens Van der Meer ((2012) in 1959 door dat de huisarts vooral datgene moest bieden wat de specialist niet bood; de huisarts onderscheidde zich als generalist. Persoonlijke zorg duidde op het streven naar een psychosomatische benadering, waarbij er meer moest worden geluisterd naar de patiënt. De huisarts moest immers veel te weten komen over de persoonlijkheid en het persoonlijke leven van de patiënt. De persoonlijke relatie tussen huisarts en patiënt en diens gezin was van groot belang om de gezondheid te kunnen bewaken. De professionalisering van de huisartsen ten overstaan van de medisch specialisten leidt tot een eigen huisartsenopleiding en zorgt ervoor dat vanaf de jaren '80 de inhoud en de werkwijze van de zorg meer geüniformeerd en gestandaardiseerd wordt. In die tijd ontstond er ook een andere beweging, namelijk die van de *evidence based medicine* (EBM), de op wetenschappelijk bewijs gebaseerde geneeskunde. De eerste NHG-standaard, Diabetes Mellitus type II verscheen in 1989.

Van NHG standaarden naar zorgstandaarden

Rond 2000 ontstond de functie van praktijkondersteuner huisarts (POH). Om de huisarts te ontlasten en de zorg rond de chronische patiënt te verbeteren werd de POH ingezet om de geprotocolleerde zorg over te nemen. In een rapport van het NIVEL (2012) wordt beschreven dat de zorgverzekeraar een belangrijke rol heeft in de bekostiging van de POH. Er wordt een link gelegd tussen die bekostiging en de garantie dat bepaalde taken volgens protocol worden uitgevoerd. Vanuit de start is de POH sterk gekoppeld aan protocollair werken. In 2007 wordt overgegaan op integrale bekostiging en programmatische zorg en het ontstaan van zorggroepen. Er ontstaan meer ziekte specifieke zorgprogramma's (te beginnen met diabetes). De zorg rond de chronische patiënt wordt steeds meer proactief en geprotocolleerd aangeboden en de zorgverzekeraar vraagt om verantwoording aan de hand van proces- en resultaatindicatoren. De komst van de integrale bekostiging zou invloed gehad kunnen hebben op het werk van de POH en de rol van de patiënt in de zorg. Vóór de integrale bekostiging waren de NHG STANDAARDEN leidend voor het werk van de POH, die gedetailleerd voorschrijven hoe de zorg rond de patiënt door de POH vormgegeven moet worden. Met de komst van de integrale bekostiging zijn de ZORGSTANDAARDEN leidend in plaats van de NHG standaarden. Daarmee is er ruimte om de zorg multidisciplinair in te vullen (dus niet per se alleen door de POH). Bovendien is de rol van de patiënt groter omdat er wordt gewerkt met een individueel zorgplan. 'De zorgstandaarden vereisen een andere, meer coachende rol van de zorgverleners en dus ook van de POH. Het gaat niet meer alleen om het volgens protocol uitvoeren van een aantal handelingen, maar ook om het centraal stellen van de actuele vraag van de patiënt, dus het hebben van een luisterend oor en het motiveren tot gedragsverandering.' (NIvel 2012, p 48-49).

Mijn indruk is dat deze omslag naar multidisciplinair en persoonsgericht werken beperkt gemaakt is, vanwege verschillende factoren. Het feit dat veel zorggroepen sterk monodisciplinair worden bestuurd vanuit de huisartsen (in plaats van multidisciplinair) maakt dat de zorg nog grotendeels door de POH zelf wordt gedaan. Het feit dat de zorgverzekeraar nog steeds om proces- en resultaatindicatoren vraagt, met als gevolg een vink-cultuur, laat weinig ruimte voor maatwerk en de rol van patiënt. En het feit dat de omslag van protocollair werken naar persoonsgericht werken groot is en veel tijd en aandacht vraagt.

"Basis onder de goede diabeteszorg in Nederland is de NDF zorgstandaard diabetes, ontwikkeld door de NDF (Nederlandse Diabetes Federatie) en het veld. Die standaard, met onderliggende richtlijnen, heeft geleid tot een diabeteszorg die ook internationaal hoog staat aangeschreven", vertelt Heidi van Vugt, *projectleider en onderzoeker bij de Nederlandse Diabetes Federatie.* "Maar we merkten tegelijkertijd dat door die standaardisering en de nadruk op gezondheid gerelateerde factoren, zoals bloeddruk en HbA1c -waarde, de persoonlijke context van de patiënt wat onderbelicht is geraakt." (Zelfzorg Ondersteund! 2017)

Uit de interviews met de POH's blijkt dat zij verschillend om gaan met regelgeving en verantwoording. Waar voor de één de protocollen en afvinklijstjes een houvast biedt, wordt het door de ander als hinderlijk ervaren.

Iemand van de NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) vertelt in ons interview dat 'richtlijnen nooit zijn bedoeld om een op een als protocol te gebruiken. Het is medische bagage die je als professional gebruikt en toepast in de context van de persoon. Door de tijd heen is het gebruik van richtlijnen versmald, met name door externe behoefte aan transparantie en meten van kwaliteit.'

Strategische veranderingen.

De laatste jaren zien we een trend tot veranderingen in de zorg, ontstaan vanuit strategische overwegingen. Door de toenemende zorgvraag als gevolg van vergrijzing en toename van multimorbiditeit worden problemen voorzien zoals te kort aan zorgprofessionals en stijging van zorgkosten. Dit vraagt om veranderingen. Rond 2014 zien we een aantal ontwikkelingen die het werk van de POH en persoonsgerichte zorg beïnvloeden: Ten eerste de politieke verschuiving van verzorgingsstaat naar participatiemaatschappij. Verantwoordelijkheid voor zorg en welzijn moet minder bij staat en meer bij burger zelf liggen. Dat vraagt een kanteling van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag, van klacht naar kracht. Volgens het advies van Raad van Volksgezondheid en Zorg kan 'deze ontwikkeling niet slagen zonder stevig te investeren in gezondheidsvaardigheden van mensen en zonder een mentaliteitsomslag bij zorgprofessionals' (RVS, 2014). Daarnaast krijgt het *Chronic Care* Model, ontwikkeld in de jaren '90 in Groot-Brittannië, mede door de *white paper* Persoonsgericht Zorg van Vilans, een concrete vertaling voor de eerstelijnszorg in Nederland. Een van de uitgangspunt van het *Chronic Care* Model is dat mensen met een chronische ziekte pas hun gedrag gaan veranderen als ze in dit proces een leidende rol krijgen (Vilans, 2012). Tenslotte beoogt de 'Het Roer gaat om' beweging, die op initiatief van een bezorgde groep huisartsen ontstaat, het verminderen van bureaucratie en administratieve lasten. De huisartsen, brancheorganisaties, zorgverzekeraars en politiek maken zich inmiddels samen sterk voor oplossingen. Met de bedoeling gaandeweg de 'vinkjes cultuur' los te laten (LHV, z.d.).

Wetenschappelijke stimulans

Ook wetenschappelijk is er aandacht voor persoonsgerichte zorg. De NHG heeft in 2016 aan de universiteit van Maastricht een leerstoel over het bevorderen van persoonsgerichte zorg in richtlijnen ingesteld. NHG-bestuursvoorzitter Rob Dijkstra benadrukt het belang van de NHG-leerstoel. "Voor het NHG is persoonsgerichte zorg een kernwaarde, naast generalisme en continuïteit. Evidence based medicine is daaraan toegevoegd; zoveel dat het accent leek te verschuiven naar het toepassen van richtlijnen in plaats van het begeleiden van de patiënt. Meer aandacht voor persoonsgerichte zorg kan de balans brengen in de spreekkamer die recht doet aan de huisartsgeneeskunde. Als wetenschappelijke vereniging willen we onderzoek hiernaar stimuleren door het instellen van de leerstoel in Maastricht.' (NHG, 2017). Ook het Radboud UMC heeft een bijzondere leerstoel 'Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg'. In een artikel in Medisch

Contact wordt benadrukt dat persoonsgerichtheid geen *streefwaarde* is maar een *kernwaarde*, een basis waar je van uit werkt. 'Persoonsgerichtheid zou een kernwaarde van alle vormen van zorg moeten zijn, of het nu huisartsenzorg is, specialistische zorg of palliatieve zorg. Het hoort in het DNA van elke zorgprofessional' (Mutsaers & van der Horst, 2016).

De POH zelf geeft in de interviews duidelijk de waarde aan van persoonsgerichte zorg. Met persoonlijke aandacht, een band opbouwen, aansluiten bij behoeften en motivatie wordt meer bereikt dan wanneer je zaken aan de patiënt probeert op te leggen (bijlage 2 vraag 2)

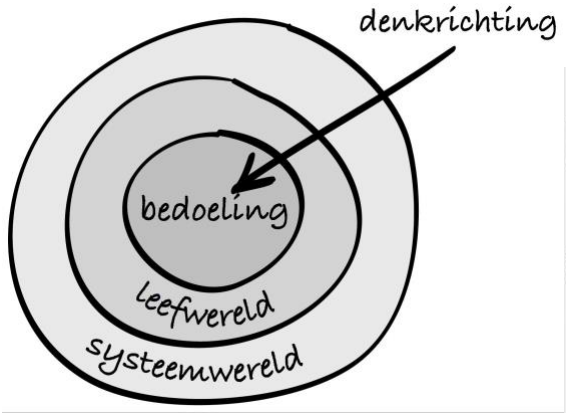
Concluderend zien we dat persoonsgerichte zorg is werken met aandacht voor de hulpvraag, wensen en behoeften en mogelijkheden van de patiënt en zijn individuele integrale kenmerken en persoonlijke context. Dit is een kernwaarde van de huisartsenzorg. Daarnaast hebben standaardisering en verantwoording een plek in de zorg gekregen om kwaliteit van zorg te borgen. Echter door toedoen van onjuist gebruik van daarvan heeft de kernwaarde persoonsgerichtheid minder ruimte gekregen in de afgelopen decennia. Met name bij de functie van POH zien we dit terug, die vanuit de oorsprong sterk protocollair werkt. De afgelopen jaren zien we bewustwording daarvan en is een trend zichtbaar om verandering te bewerkstelligen zodat persoonsgerichte zorg weer uitgangspunt wordt van ons werk.

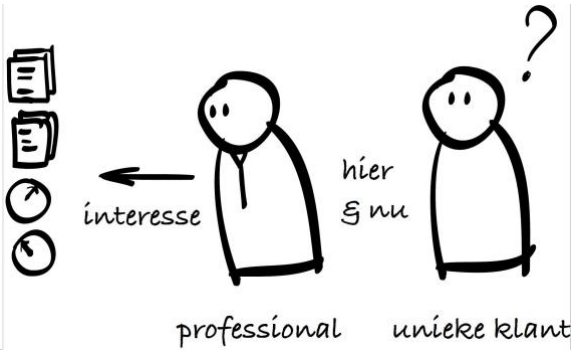
HOOFDSTUK 2 VERDRAAIDE ORGANISATIES

HOE PROTOCOLLEN EN STANDAARDEN ZICH VERHOUDEN TOT PERSOONSGERICHTE ZORG

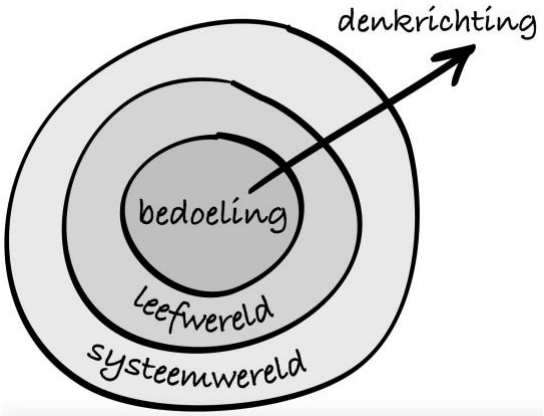
In het vorige hoofdstuk hebben we gezien dat protocollen en richtlijnen en verantwoordingscultuur een belangrijke plek in de zorg hebben gekregen. Hart (2012) laat in zijn boek zien hoe dit kan leiden tot 'verdraaiing' van onze organisaties.

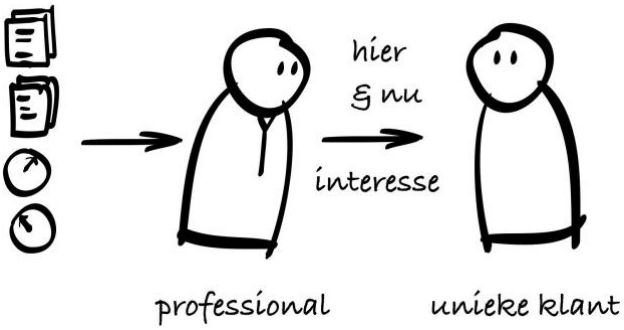
Omdat we houvast willen krijgen op de ingewikkelde werkelijkheid ontwikkelen we een systeemwereld van protocollen en afspraken, verantwoording en indicatoren. Gevaar daarbij is dat deze systeemwereld zo'n grote rol krijgt dat dit leidend gaat zijn. We hebben dan de onterechte verwachting dat we, door ons aan de systeemwereld te houden, de goede dingen doen. De kans bestaat dat we daarmee uit het oog verliezen wat werkelijk de bedoeling is: aansluiten bij waar het echt om gaat, welke waarde je als zorgverlener kunt opleveren in relatie met de unieke patiënt. Onderstaande plaatjes van het boek beelden dit uit.





De werkelijke vraag van de patiënt (de bedoeling) en de waarde die ontstaat in de interactie tussen de professional en de patiënt (de leefwereld) zouden leidend moeten zijn en bepalen wat goed is. De systeemwereld is zeker functioneel, zolang het ondersteunend is aan de bedoeling en niet leidend wordt. Dit is zichtbaar in de plaatjes hieronder. Dit past bij persoonsgerichte zorg.





Persoonsgerichte zorg in termen van Hart: dat onze aandacht weer gericht is op de patiënt en we ons laten ondersteunen door de systeemwereld in plaats van dat onze aandacht gericht is op de systeemwereld en we de werkelijke bedoeling uit het oog verliezen

2.1 SYSTEEMWERELD

De vraag is of en waarom de systeemwereld leidend voor ons is en hoe we dat kunnen veranderen.

In de interviews met de POH's kwam bij een aantal naar voren dat ze zich verantwoordelijk voelen om de patiënt de zorg te bieden volgens de richtlijnen. Het is voor hen onduidelijk hoe het met je verantwoordelijkheid zit als patiënt de zorg, zoals je dat wilt bieden vanuit de richtlijnen, niet wil. Ook huisartsen hoor ik regelmatig worstelen met grenzen tot hoever je de patiënt los kunt laten en wanneer je in moet grijpen. Hieruit spreekt zorgen om verantwoordelijkheden, maar ook zorgen om de gezondheid van de patiënt.

POH: 'Iemand die niet wil komen, voor controle van zijn astma, nou ja, prima, daar ga je niet dood aan en als hij een exacerbatie heeft komt hij toch wel. Maar als iemand geen lab wil laten prikken of zijn bloeddruk niet wil laten meten, dan vind ik dat lastig. Hoe ver gaat je verantwoordelijkheid: ergens zou je het willen loslaten, maar ja, is dat legaal?'

Huisarts: 'Mensen met diabetes kunnen enorm ontregeld raken als ze adviezen niet opvolgen. Hoe ver kun je dat laten gaan?' en 'Moet ik mijn diabetespatiënten eigenlijk nog elk jaar zien?' 'Waar ligt de ruimte om af te wijken van de richtlijn?'

Bovenstaande is heel begrijpelijk, als je ervan uitgaat dat standaarden en richtlijnen ons garanderen dat we de goede dingen doen. De vraag is of dat zo is.

Om de status van de richtlijnen en standaarden te beoordelen is het goed te beginnen bij het wetgevend kader. In het Burgerlijk Wetboek staan onder de bepalingen omtrent de overeenkomst tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst (WGBO) basisbepalingen beschreven om mensen die ziek zijn te beschermen. De burger heeft recht op goede zorg en zorg volgens professionele standaarden (zoals vastgelegd in richtlijnen en standaarden, waarbij afwijken mag als een redelijk bekwaam hulpverlener dat in dezelfde gevallen ook zou doen). De huisarts mag niet zomaar afwijken, tenzij met toestemming van de patiënt. Maar ook: de huisarts moet de toestemming hebben van de patiënt om deze zorg te leveren. Dus de patiënt heeft recht op deze zorg, maar is er niet toe verplicht. De zorg volgens professionele standaarden kan de patiënt dus niet ontzegd worden, maar ook niet opgelegd. (Kien, 2018) 'De kernbegrippen goede hulpverlenerschap en toestemming, creëren voor beide partijen ruimte van handelen.' (Engberts & Kalkman-Bogerd, 2013, p.17)

Ook de wetenschap geeft aanwijzingen over de verhouding tussen richtlijnen en persoonsgerichte zorg. Burgers maakt in 2017 in zijn oratie 'Persoonsgerichte zorg in richtlijnen: contradictie of paradox?' duidelijk dat bij het maken van richtlijnen gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijke literatuur (evidence), professionele expertise en patiënten ervaringen. Ook bij het maken van de richtlijnen wordt dus al rekening gehouden met het patiënten perspectief.

Figuur 1 Drie bronnen van kennis voor richtlijnen en persoonsgerichte zorg

De richtlijnen zijn een belangrijke en betrouwbare informatiebron binnen de geneeskunde, gebaseerd op wat goede zorg is voor dé patiënt, de grote gemene deler, het gros van de patiënten. In veel gevallen zal dit ook passend zijn, maar niet altijd. Dé patiënt bestaat namelijk niet, het is altijd die ene persoon in die bepaalde situatie. Ook de richtlijnen zelf geven dit weer.

Zorgstandaard COPD zegt over de reikwijdte van de richtlijn:

'Daarbij dient het volgende opgemerkt te worden. De obstructieve longaandoeningen – astma en COPD omvatten een heterogene groep ziektebeelden met een grote diversiteit in fenotypen en verschillende mengbeelden. De patiënten die in de dagelijkse praktijk worden gezien, verschillen veelal van de patiënten die geselecteerd worden voor deelname aan de klinisch-wetenschappelijke studies, die de basis vormen voor de 'evidencebased' richtlijnen. De externe validiteit van deze studies wordt voor patiënten met obstructieve longaandoeningen in de literatuur geschat op 4-17%, hetgeen impliceert dat de richtlijnen niet zonder meer toegepast kunnen worden bij het merendeel van de patiënten.' (LAN, 2013, p.8)

Hart (2017) nodigt uit om op een goede manier om te gaan met regels, normen, indicaties en richtlijnen. Pas je de richtlijn letterlijk toe in elke situatie, dan verhef je ook de richtlijn tot doel in plaats van het te gebruiken als middel. Het effect is dat je je werkelijke doel voorbijschiet. Hart beschrijft de goede manier als kijken naar de *geest* achter de *letter*, de *wijsheid* achter het protocol.

2.2 LEEFWERELD

De leefwereld staat voor het hier en nu, de verbinding tussen mensen, in dit geval zorgverlener en patiënt. Dit is waar waarde wordt gecreëerd, waar je als zorgverlener waarde kunt hebben voor de patiënt. Die waarde is er echter alleen als je aansluit bij de bedoeling van de patiënt. Wat die bedoeling is, is niet altijd duidelijk, ook niet voor de patiënt zelf. Dat is een gezamenlijke zoektocht. Het is een puzzel om de werkelijke vraag van de patiënt helder te krijgen en hem te faciliteren bij de oplossing. Hier speelt de kennis en expertise van de zorgverlener over een ziekte of aandoening een belangrijke rol. Evenals de attitude en de gespreksvaardigheden van de zorgverlener. Naast de persoonlijkheid, de omstandigheden en de ervaring en de waarden van de patiënt. Juist in de relatie tussen professional en patiënt, in de dialoog wordt waarde gecreëerd. In die context hoeft de zorgverlener zich ook niet zorgen te maken over zijn verantwoordelijkheid om goede zorg te leveren. Wat goede zorg in een bepaalde situatie is wordt in gezamenlijkheid bepaald en in het dossier beschreven.

Een mooi voorbeeld hierbij is het verhaal van een POH over een COPD patiënt.

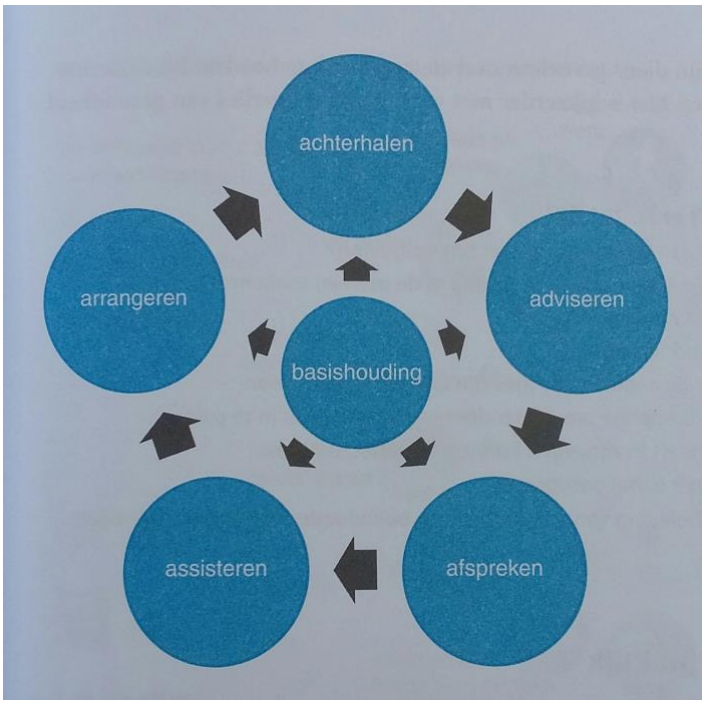
Deze mevrouw had regelmatig last van benauwdheid. Met behulp van gesprekken en diagnostiek werd duidelijk dat er bij deze mevrouw sprake was van zowel hyperventilatie als dynamische hyperinflatie (als gevolg van verkeerde ademhaling bij inspanning ontstaat er stapeling van lucht met als gevolg benauwdheid) Duidelijk werd dat angst een rol speelde bij deze benauwdheid en waar die angst vandaan kwam. Met behulp van de longfysiotherapeut heeft mevrouw vervolgens hier mee leren omgaan; zij kan de angst herkennen en specifieke ademhalingsoefeningen toepassen. Als gevolg daarvan voelt ze zich minder angstig, minder benauwd, minder moe en is het risico op een longaanval en ziekenhuisopname verlaagd. Mevrouw was erg blij de verbetering van haar fysieke conditie en voelde zich bovendien begrepen en serieus genomen.

Ook Burgers (2017) laat, in zijn oratie, aan de hand van praktijkvoorbeelden zien dat de huisarts en de patiënt samen in de spreekkamer bepalen wat goede zorg is voor die betreffende patiënt, en niet de richtlijn. De dialoog tussen professional en patiënt wordt ook door Trudy van der Weijden, Hoogleraar Implementatie van Richtlijnen Huisartsgeneeskunde, Maastricht University als kern van de arts-patiëntrelatie gezien. In haar online mini-college over samen beslissen bespreekt ze dat er sprake is van een dialoog met wederzijdse informatie-uitwisseling en zien we 4 zaken (van der Weijden, 2015):

- Er wordt besproken dat er een keuze is,
- Alle opties worden neutraal/waardevrij beschreven met voor- en nadelen,
- Wat is de voorkeur, aansluitend bij de waarden en normen van de patiënt -> de verheldering daarvan is (ook voor de patiënt) een proces wat (samen) doorlopen moet worden
- Een gezamenlijk besluit, waarbij het ook de keuze van de patiënt kan zijn dat de professional het besluit neemt.

Een medewerker van Vilans geeft in ons interview een aanvulling in wat je in de leefwereld aan waarde kunt toevoegen. Hij benoemd dat je naast contact maken en aansluiten bij de vraag van de patiënt ook een rol kunt spelen in het concreet maken, het helpen handen en voeten te geven aan wat de patiënt wil bereiken. De stappen die in het 5A model worden beschreven geven daarvoor een goed handvat. De 5 A's staan voor *achterhalen* (wensen en behoeften, subjectieve beleving) *adviseren* (objectiveren op basis daarvan adviseren (maar niet ongevraagd) *afspreken* (samen beslissen, bij elkaar brengen van behoeften en adviezen) *assisteren* (ingaan op weerstanden en helpen concretiseren) *arrangeren* (wat is daarvoor nodig, wie is daarvoor nodig)

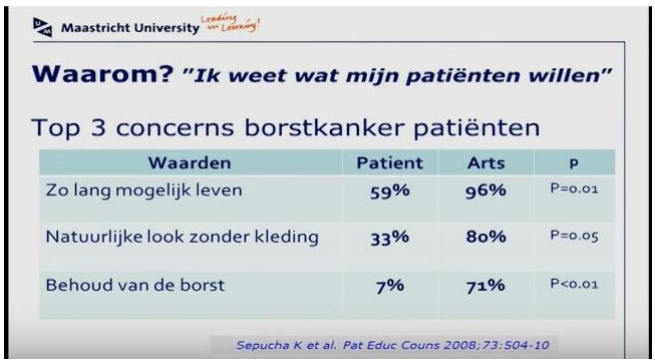
Dit is een cirkel die steeds doorlopen kan worden. De basishouding staat in het midden, het is goed om daarop te reflecteren. Dit model wordt uitgebreid uitgelegd in het boek 'Verpleegkundige ondersteuning bij zelfmanagement' (Van Staa et al. 2018) en is bij Zelfzorg Ondersteund! te vinden in de instrumentenkiezer onder Zelfmanagementondersteuning in 1 oogopslag



Het 5A-model (Glasgow et al. (2003), zoals weergegeven in Van Staa et al. (2018))

2.3 BEDOELING

Van der Weijden geeft in haar mini-college aan hoe belangrijk is om aan te sluiten bij de bedoeling. Weten we altijd wat mensen willen, belangrijk vinden? We denken dat we wel weten wat mensen willen, maar dat is vaak niet zo volgens een studie uit de Verenigde Staten, waaruit blijkt dat artsen een heel ander beeld hebben dan de patiënt zelf, over wat de top 3 concerns is van een patiënt met borstkanker. (zie onderstaande)



(van der Weijden, 2015)

In de interviews met de POH's heb ik regelmatig de vraag gesteld: Weet je eigenlijk wat de patiënt wil? Een reactie die weergeeft wat een deel van de POH's aangaf: 'Ik weet wél wat de patiënt niét wil, bijvoorbeeld cholesterolremmers, stoppen met roken, ...' De manier waarop de POH's vertellen hiermee om te gaan varieert als volgt:

1. Ik respecteer de wens van de patiënt. De patiënt wil iets niet of het is niet haalbaar. Ik laat het los.
2. Ik hoor dat de patiënt iets niet wil of kan. Ik voel me verantwoordelijk voor de gezondheid van de patiënt en zie vanuit mijn expertise en de richtlijnen een bepaalde noodzaak, daarom blijf ik proberen de patiënt toch zover te krijgen.
3. Ik hoor dat de patiënt iets niet wil of kan. Dat respecteer ik. Ik onderzoek samen met de patiënt wat hij wel wil en belangrijk vindt en geef daar aandacht aan. Dit geeft ruimte en vertrouwen en helpt de patiënt verder in het omgaan met zijn ziekte het het bevorderen van zijn gezondheid.

Ook ander wetenschappelijke onderzoek onderschrijft het belang van aansluiten bij de bedoeling van de patiënt, en aandacht hebben voor de psychologische basisbehoeften. Het rapport van de Menselijke Maat (Universiteit Twente & Geluksacademie, 2013), beschrijft een positief effect op geluk en welbevinden als er aandacht is voor basale waarden als *autonomie, competentie, verbondenheid*. Mensen ervaren meer *autonomie* als ze zelfregie krijgen in de zin dat ze mee mogen beslissen en hulp wordt aangepast aan waar de mens zelf behoefte aan heeft. Het gaat er om aan te sluiten bij *competenties* en wat mensen wel kunnen. *Verbondenheid* wordt ervaren als behoeften worden geëxploreerd door te luisteren en aandacht te geven in het contact. *Verbondenheid* wordt ook ervaren als samen met de zorgverlener en met eigen netwerkzaken worden opgepakt. Verder laat wetenschappelijk onderzoek zien dat welbevinden (geluk) bijdraagt aan geestelijke en lichamelijke gezondheid en daarmee aan vermindering van zorgconsumptie.

Zorgverzekeraars en kwaliteitsinstituten met hun indicatoren gingen er lange tijd van uit gaan dat goede zorg gegarandeerd wordt door het volgen van standaarden en richtlijnen. Er lijkt steeds meer

bewustwording te komen dat dit niet het geval is. Iemand van Zilveren Kruis vertelt in het interview dat alle zorgverzekeraars die om tafel zitten bij ZN af willen van indicatoren 'omdat dat niet is wat we willen weten'. Met name in het monitoringstraject is belangrijk om te kijken wat voor die individuele patiënt nodig is en het gesprek met de patiënt kan helpen dat duidelijk te krijgen. Daar moet de ruimte voor zijn.

De Raad van Volksgezondheid en Samenleving is een onafhankelijk adviesorgaan van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en geeft gevraagde en ongevraagde adviezen op basis van achtergrondstudies. In de achtergrondstudie Gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt staat het volgende:

'Zorgverleners hebben weliswaar veel meer medische kennis dan patiënten, hoe goed ook geïnformeerd, maar daarmee kunnen zorgverleners nog niet bepalen wat alles afwegende het beste is voor deze patiënt. De patiënt kan andere dingen belangrijk vinden dan de zorgverlener en kan een andere waarde hechten aan risico's of bijwerkingen. Medisch handelen heeft alleen maar zin als de kwaliteit van leven van de patiënt daarmee toeneemt. En: "De kwaliteit van leven is de waarde die dat leven heeft voor degene die het leeft" (Den Hartogh 1997). Patiënten zetten in dit opzicht dus de toon.' (Struijs & Jongsma, 2013, p.14)

Essentieel is na te gaan wat de patiënt er zelf van zegt. In Nijkerk hebben wij de afgelopen jaren op verschillende manieren patiënten gevraagd wat zij belangrijk vinden bij hun contact met de zorgverleners. Samenvattend kun je zeggen dat bovenaan staat: gehoord worden, serieus genomen worden.

Op de vraag: 'wat verwacht je van de zorgverlener' werden door patiënten in Nijkerk in een panelgesprek onder begeleiding van Zorgbelang Gelderland de volgende antwoorden gegeven:

- Eerlijkheid, van beide kanten
- Serieus genomen worden
- Persoonlijke afstemming
- Goed luisteren, doorvragen, afstemmen, checken
- Oog voor de totale gezinssituatie
- Keuzes voorleggen en consequenties bespreken
- Vermijd het woord MOETEN, dit werkt averechts
- De patiënt mag ook aangesproken worden op eerlijkheid
- Het feit dat de zorgverlener je ziet als mens en je erkent in je harde werken om gezond te blijven wordt erg gewaardeerd
- Meer doorvragen mag: er mag ook gevraagd worden naar bv. financiën, werk en emoties

In de studie van NIVEL wordt ook vanuit onderzoek beschreven wat de patiënt van de POH verwacht: Patiënten vinden het vooral van belang voor het geanalyseerde consult dat de POH hen serieus neemt, goed luistert, open is, voldoende tijd neemt (affectieve aspecten) en advies geeft over wat de patiënt aan zijn/haar klachten kan doen (instrumenteel aspect) (NIVEL, 2012 p.82)

Concluderend zien we in dit hoofdstuk dat het een grote uitdaging is om onze aandacht te richten op de patiënt en ons te laten ondersteunen door de systeemwereld in plaats van dat onze aandacht gericht is op de systeemwereld en we de werkelijke bedoeling uit het oog verliezen. Er is alle reden om standaarden en richtlijnen niet leidend te laten zijn. Standaarden en richtlijnen kunnen ondersteunen om de patiënt te garanderen van goede zorg, alleen als deze in een dialoog tussen zorgverlener en patiënt een persoonlijke toepassing krijgen en uit wordt gegaan van de bedoeling van de patiënt.

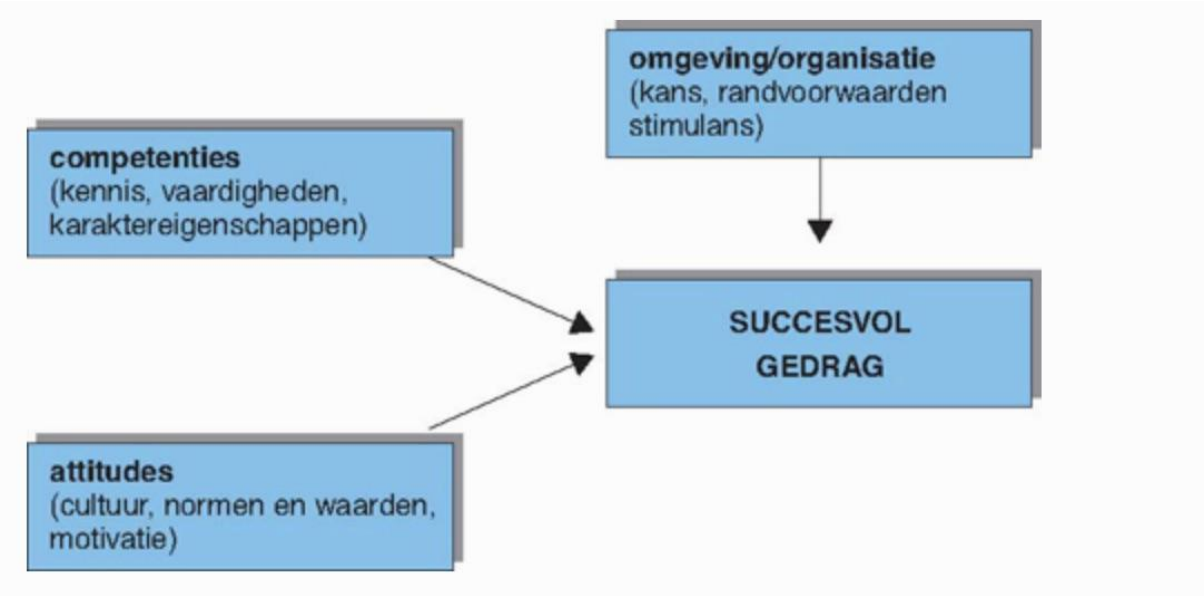
HOOFDSTUK 3 SUCCESVOL GEDRAG

WAT NODIG IS OM TE KOMEN TOT PERSOONSGERICHT WERKEN

We zien dat landelijk allerlei tools en instrumenten en consultmodellen worden ingezet om een omslag te maken naar meer persoonsgericht werken. Is dat voldoende om werkelijk de omslag te maken?

Het boek 'Vraagsturing en competenties - ontwikkelen van succesvol gedrag in de zorg' geeft een model waarmee antwoord kan worden gegeven op deze vraag. Dit haakt met name in op het eerste aspect van de definitie van persoonsgerichte zorg uit hoofdstuk 1: rekening houdend met de waarden, wensen, en behoeften van de patiënt. Goed om ook hierbij de definiëring te benoemen die de auteurs hanteren: 'Vraaggestuurde zorg is een benadering waarbij binnen een gelijkwaardige interactie tussen cliënt en zorgaanbieder of hulpverlener, de vraag van de cliënt via overleg en onderhandeling leidt tot een voor de cliënt passend aanbod. De interactie wordt gekenmerkt door een cliënt die de zorgaanbieder of hulpverlener vertelt welk aanbod hij wenst/nodig heeft en een zorgaanbieder of hulpverlener die luistert, informeert, adviseert en de cliënt stimuleert aan te geven wat hij nodig heeft.' (Tuin, Beijer, & Akkerboom, 2005, h. 1.2) Deze definitie geeft dit onderdeel van persoonsgerichte zorg goed weer, waarbij wat mij betreft een belangrijke aanvulling bij de zorgverlener kan zijn: de cliënt helpen de vraag te verhelderen.

Vraagsturing vraagt om een verandering tot succesvol gedrag van mensen, zowel van werknemers als van leidinggevenden. Om tot dit succesvolle gedrag te komen is er een samenspel nodig tussen een aantal componenten, zoals te zien in onderstaande figuur



Succesvol gedrag (bron: Tuin et al. 2005)

Aan de hand van de 3 componenten uit het model 'succesvol gedrag' kijken we verder wat nodig is.

3.1 ATTITUDES

Attitude gaat over *mindset*, gedachtegangen, denkbeelden, drijfveren en motivaties. Als het gaat om persoonsgericht werken heeft dit te maken met wat beschreven is in hoofdstuk 2, aansluiten bij de bedoeling.

Je kunt allerlei tools en werkwijzen implementeren om persoonsgericht te kunnen werken, maar als deze niet ingezet worden vanuit deze *mindset* gaat het niet werken.

In Nijkerk werkt de POH met de NCSI methode (Nijmeegse Clinical Screenings Instrument) bij chronische patiënten om samen met de patiënt een beeld te krijgen van de integrale gezondheid, om de patiënt bewust te maken van zijn gedrag in relatie tot deze gezondheid en een bewuste keuze te laten maken waar hij al of niet wat mee wil.
Een van de POH's gaf aan dat het effect van het werken met de methode haar tegenviel; ze had verwacht dat mensen meer in actie zouden komen. Maar was dat de bedoeling?
Willen we mensen meer in beweging krijgen volgens de algemene maatstaven of willen we aansluiten bij de bedoeling en de intrinsieke motivatie van de patiënt zelf?
De onderliggende basishouding is essentieel bij het gebruik van deze methode.

Attitudes zijn niet aangeboren maar door opvoeding en omgeving bepaald. Anders dan karaktereigenschappen zijn ze wel veranderbaar, echter niet makkelijk. Als je als praktijk of samenwerkingsverband in gaat zetten op persoonsgericht werken is het belangrijk allereerst oog te hebben voor de attitude van de zorgverleners. Dit kan door met elkaar de dialoog aan te gaan rond dit thema op basis van casuïstiek en dilemma's te bespreken. Door mensen te inspireren tot persoonsgericht gedrag door het met elkaar delen van verhalen van praktijkvoorbeelden, het delen van inspirerende filmpjes, thema-avonden te beleggen, externe sprekers uit te nodigen die kunnen inspireren.

In een van de interviews vertelde een POH enthousiast hoe ze bezig was met persoonsgericht werken. Ik vroeg haar of ze daarin veranderd was en hoe dat was gekomen. Ze gaf aan dat met name een door de stichting gedeeld filmpje van Bas Bloem- From God to guide voor haar aanleiding was geweest voor verandering.

Het is goed om een gezamenlijke visie te bepalen, in plaats van top-down een visie op te leggen. Hart moedigt aan 'sleutelprincipes' met elkaar te formuleren. Bijvoorbeeld: 'De mens is boeiend' in plaats van 'De mens is hulpbehoevend' of 'Blijvend in gesprek met' in plaats van 'In gesprek over' (Hart, 2017 p.62). Ook op individueel niveau is het goed aandacht te geven aan achterliggende attitude, bijvoorbeeld door in functioneringsgesprekken door te vragen naar gedachtegangen en drijfveren.

In 2017 beschrijven NHG, Laego en LHV (p.12) een aantal attitudes die nodig zijn voor persoonsgerichte zorg bij ouderen:

- De overtuiging dat gezamenlijke besluitvorming in het belang van de patiënt is, dat de keuze niet aan hen als zorgverlener is, maar in eerste instantie aan de patiënt;
- Niet de richtlijn leidend laten zijn, maar de voorkeuren van de patiënt in combinatie met de richtlijn;

3.2 COMPETENTIES

Een volgend belangrijk component is competenties. Competenties voor de POH worden beschreven in een competentieprofiel en het laatste competentieprofiel voor de POH is beschreven in het rapport transitie POH 20 april 2017 (NVvPO et al., 2017). Dit profiel is het product van onderhandelingen van diverse stakeholders (beroepsverenigingen, werkgevers en opleidingen) die met elkaar een expertgroep hebben gevormd. Belangrijke ontwikkeling die meespelen bij het herzien van de competentie is de toename van complexiteit van de zorg wat nieuwe differentiatie vraagt van het team van de huisartsenpraktijk.

In het competentieprofiel wordt onderscheid gemaakt tussen hoog-complexe zorg en complexe zorg. Het verschil zit hem volgens de beschrijving met name in mate van voorspelbaarheid en mate van al dan niet te protocolleren zorg. De scheidslijn daartussen is niet scherp aan te brengen. Persoonsgericht werken hoort wat mij betreft zowel bij hoog-complexe als complexe zorg. Ook bij enkelvoudige problematiek wordt bij de patiënt vaak een beroep gedaan op gedragsverandering in verband met leefstijl. Aansluiten bij de patiënt, zijn wensen en motivatie en daarbij breder kijken dan zijn ziekte alleen is essentieel. Dit kan ook zeer complex zijn en je komt daar niet uit met het volgen van een vast stappenplan (protocol).

Met iemand van de hogeschool VIAA in Zwolle bespreek ik wat persoonsgericht werken vraagt van de POH. Volgens haar vraagt dit een andere bril: breed kijken niet alleen naar het stuk 'ziekte', maar naar de hele mens en zijn context en behoeften, goed signaleren, het kunnen onderscheiden van hoofd- en bijzaken, prioriteiten kunnen stellen en vooral ook zelfreflectie en zelfinzicht: als de situatie te complex wordt, overdragen aan een collega of de huisarts. Bij de VIAA krijgt de student een assessment voorafgaand aan de opleiding om te kijken of dit soort zaken voldoende aanwezig zijn om de opleiding te kunnen volgen. Niet alle opleiding gaan er zo mee om. Er is tot nu toe dan ook veel verschil in competenties van mensen die van de diverse POH-opleidingen afkomen.

Een van de leden van de expertgroep, die het competentieprofiel heeft ontwikkeld, geeft in ons interview aan dat het aan de hogescholen is om het nieuwe competentieprofiel verder uit te werken, zodat mensen opgeleid worden met de juiste attitude, competenties en vaardigheden. Het borgen van de kwaliteit van de verschillende opleidingen is daarbij moeilijk te beïnvloeden. Op mijn vraag geeft ze aan dat er bij het maken van het nieuwe competentieprofiel ook met elkaar is nagedacht over de kernwaarde persoonsgericht werken. Volgens haar geeft dit profiel de beschrijving van wat men op dat moment gezamenlijk nodig vond voor de POH om (ook persoonsgericht) de zorg te leveren. Daarbij is helder dat protocollair werken een belangrijke factor is bij de POH en dat er ruimte is om persoonsgericht te werken en beargumenteerd af te wijken van de standaarden. Ze geeft ook aan dat de verantwoording naar de zorgverzekeraar die gevraagd wordt, een bepalende factor om zo de nadruk te leggen op het protocollaire werken. Immers, die stuurt op indicaties en dat vraagt werken volgens standaard afvinklijstjes.

In bijlage 3 mijn analyse van het competentieprofiel POH 2017 voor wat betreft persoonsgericht werken. Uit de analyse volgt mijn conclusie: Om de ontwikkelingen beschreven in hoofdstuk 1 het hoofd te kunnen bieden en om uit de versmalling te komen van de manier waarop richtlijnen worden toegepast is een expliciete stimulans nodig. Het competentieprofiel geeft reden tot ambivalentie ten opzichte van persoonsgerichte zorg en dit lijkt te maken te hebben met de ervaren tegenstrijdigheid tussen persoonsgerichte zorg en zorg volgens protocollen en standaarden. Naar mijn mening wordt daardoor persoonsgerichte zorg onvoldoende daadwerkelijk *gestimuleerd* in het competentieprofiel POH 2017.

De vraag is welke competenties dan wel expliciet nodig zijn om persoonsgericht te werken. Voor wat betreft competenties wordt er door Tuin et al (2005) onderscheid gemaakt in kennis, vaardigheden en karaktereigenschappen. Verder maken zij gebruik van de CORP indeling voor competenties:

- Conceptuele competenties (het denken, denk aan: probleemanalyse, creativiteit);
- Operationele competenties (het doen, denk aan: plannen, organiseren, besluitvaardigheid);
- Relationele competenties (de interactie met anderen, denk aan: luisteren, inlevingsvermogen, onderhandelen);
- Persoonlijke competenties (het zijn, denk aan: persoonlijke kenmerken zoals ambitie, zelfstandigheid, loyaliteit, assertiviteit).

Tuin et al (2005) beschrijven in hun boek essentiële competenties voor werknemers als het gaat om vraaggestuurde zorg. Ook in andere literatuur worden competenties beschreven die nodig zijn om persoonsgericht te werken. Bovendien geven de geïnterviewden aan wat zij denken dat nodig is (zie bijlage 2 vraag 3). Deze overlappen en vullen elkaar aan.

De geïnterviewden noemden een aantal zaken die passen bij de competenties *helicopterview* en *probleemanalyse* en *mondelinge- en schriftelijke uitdrukkingsvaardigheden* die Tuin et al (2005) niet noemen bij de essentiële competenties voor vraagsturing. Deze competenties hebben meer te maken met aansluiten bij p*ersoonskenmerken* en *context* (aspect 2 en 3 van de definitie) dan met *vraagsturing* (aspect 1 van de definitie). Ook deze zijn naar mijn mening essentieel voor persoonsgerichte zorg en zijn daarom toegevoegd.

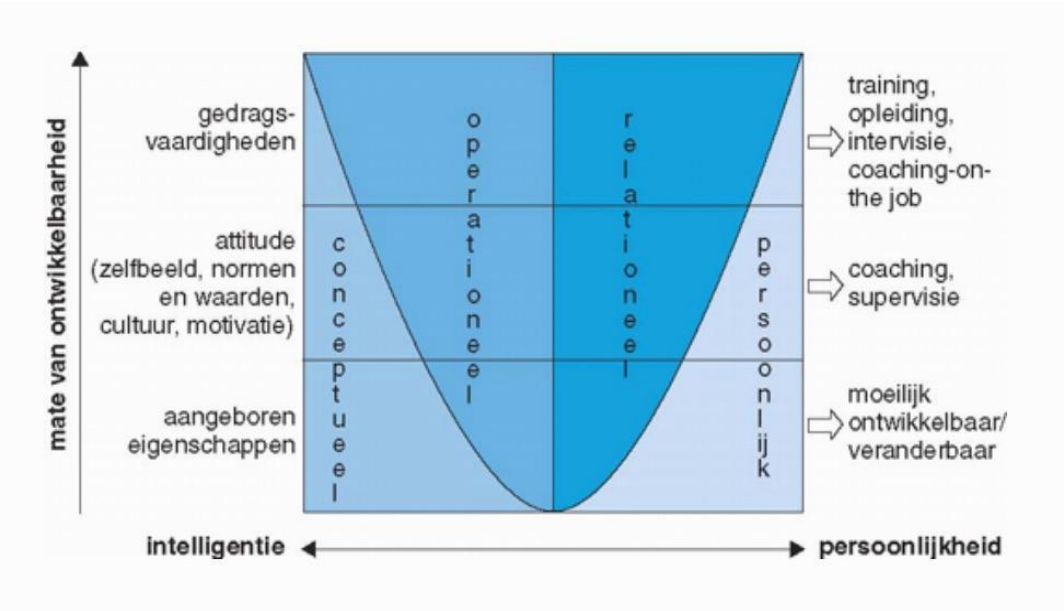
De combinatie van alle input is ondergebracht in de volgende tabel voor essentiële competenties voor persoonsgerichte zorg. In bijlage 4 een uitgebreide uitleg en uitwerking van deze competenties.

conceptueel	operationeel	relationeel	persoonlijk
-oplossingsgerichtheid -helicopterview -probleemanalyse	-anticiperen -organisatievermogen -mondelinge- en schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid	-cliëntgerichtheid -onderhandelen	-flexibiliteit -zelfstandigheid

Een volgende vraag is: kan elke POH persoonsgericht (leren) werken? Zijn de competenties die daarvoor nodig zijn aanwezig en zo niet, wat dan? In een dialoog kunnen huisarts en POH samen vaststellen in hoeverre de nodige competenties aanwezig zijn en in hoeverre er ontwikkeling mogelijk is. Allereerst geven Tuin et al (2005) een pragmatische tip: maak een afweging hoeveel moeite, tijd en geld het kost om competenties aan te leren ten opzichte van wat het oplevert en sluit aan bij de motivatie van de medewerker om al of niet te veranderen. Verder is het belangrijk te kijken naar de achterliggende attitude of de oorzaak van het feit dat iemand bepaald gedrag nog niet vertoont.

De CORP indeling in combinatie met Compasmodel helpt om na te gaan in hoeverre mensen in staat zijn om competenties aan te leren en op welke manier dit het beste opgepakt kan worden. Zaken die sterk te maken hebben met de intelligentie en persoonlijkheid zijn nauwelijks te ontwikkelen. Attitude en gedragsvaardigheden zijn in hogere mate wel te ontwikkelen. Conceptuele en persoonlijke competenties zijn relatief minder makkelijk te ontwikkelen dan operationele en relationele competenties.

Om attitude te veranderen is coaching en supervisie een geschikte methode. Om gedragsvaardigheden aan te leren is training, opleiding, intervisie en coaching-on-the job de aangewezen methode. Dit wordt duidelijk in onderstaande model.



Compasmodel (bron: Tuin et al. 2005)

Voor het krijgen van relevante informatie over hoe de medewerker werkt wordt de WAKKER-methode aanbevolen: Waarnemen, Aantekeningen, Kwantificeren, Kwalificeren, Evalueren en Rapporteren. In het boek 'Vraagsturing en competenties' wordt aan de hand van voorbeelden laten zien hoe, in een dialoog met de medewerker, aan de hand van het Compasmodel en andere methodes kan worden onderzocht hoe het zit met competenties en attitude en welke keuze gemaakt kan worden voor het ontwikkeltraject.

Praktijken werken op dit moment met POH's van diverse niveaus, als gevolg van de diversiteit van het niveau van de opleidingen en de diversiteit aan instroom voor die opleidingen. Zoals hierboven beschreven staat kan gekeken worden naar de nodige ontwikkeling en groei van huidig personeel. De medewerker van het NHG gaf aan dat het goed is om bij het aannemen van nieuw personeel goed te kijken naar de populatie van de praktijk. Niet alle praktijken zijn zo groot dat ze zowel een POH als een PVH kunnen aannemen. Is de complexiteit in de praktijk hoog (en met name kwetsbare ouderen zijn hoog-complex) dan is het aan te raden in de toekomst een PVK aan te nemen en voor nu een POH-er met als vooropleiding HBO-v. Is het niet mogelijk zo iemand (al dan niet extra) aan te nemen, dan zal de huisarts zelf de zorg voor de hoog-complexe patiënten bij zich moeten houden.

3.3 OMGEVING EN ORGANISATIE

Het derde component wat van invloed is om te komen tot succesvol gedrag is omgeving/organisatie. Allereerst denken we dan aan randvoorwaarden als voldoende tijd, niet hoeven 'vinken', de beschikbaarheid van tools en instrumenten en middelen (bv ICT). Daarnaast is stimulans een belangrijke factor bij omgeving/organisatie. Omdat dit laatste onderbelicht is en nadere verklaring vraagt, wordt dat punt hier verder uitgediept. Tuin et al. (2005) beschrijft dat als je als organisatie vraaggestuurd wilt gaan werken het niet alleen competenties vraagt van de medewerkers (in dit geval zorgverleners) maar ook van leidinggevenden. Huisartsen hebben in dit opzicht een dubbele rol: zij zijn zelf zorgverlener (dus die competenties zijn ook op hen van toepassing) en zij zijn leidinggevenden. Tuin et al (2005) komen tot de volgende essentiële competenties voor leidinggevenden: (in bijlage 5 staat de uitwerking en uitleg daarvan als het gaat om vraaggestuurd werken)

conceptueel	operationeel	relationeel	persoonlijk
-verbeeldingskracht/ creativiteit	-ondernemingszin -organisatievermogen	-cliëntgerichtheid -regisseren	-enthousiasmeren -resultaatgerichtheid

Als huisarts moet je zelf 'ruim en *out-of-the-box*' kunnen denken, initiatiefrijk zijn en nieuwe wegen in willen gaan, daadwerkelijk mogelijkheden scheppen voor veranderingen. Een cliëntgerichte houding hebben; dat betekent wat mij betreft ook persoonsgericht werken ten opzichte van de werknemers, dus aandacht voor diens wensen en behoeften en motivaties, de dialoog aangaan met medewerkers. Verder vertrouwen geven aan medewerkers, los durven laten en medewerkers enthousiasmeren (veranderen vergt immers veel energie en gaat niet vanzelf).

Het is belangrijk je te realiseren dat leidinggeven aan iemand die werkt volgens vaste protocollen en richtlijnen daadwerkelijk anders is als wanneer iemand persoonsgericht werkt. Hart (2017 beschrijft dat het meer vraagt om zelf na te denken en verantwoordelijkheid te nemen als je aansluit bij de bedoeling en zoekt wat passend is in die situatie voor die unieke patiënt. Je kunt je niet meer verschuilen achter structuren en regels. Je moet dan ook goed kunnen uitleggen waarom het juist en professioneel is zoals je hebt gehandeld. Dit vraagt ruimte en stimulans en geeft ook onzekerheid bij de huisarts.

Huisarts:
'Als de POH de vrijheid heeft om af te wijken van protocollen, hebben zij een grotere verantwoordelijkheid. Dit geeft onzekerheid voor de huisarts, want die is eindverantwoordelijk'

Ook Hart signaleert dit en laat zien dat deze manier van werken ook juridische veranderingen vraag. Hij laat in zijn boek een jurist aan het woord: Piet Hein Donner (vicepresident van de Raad van State en jurist). 'Met het concept van beleid op maat is de wetgever overgestapt van *gelijkheid* als dragend rechtsidee bij de invulling van sociale en maatschappelijke zorg naar *ieder het zijne geven*. Het maken van onderscheid naar behoeften, mogelijkheden en omstandigheden is daarmee de norm van uitvoering geworden' (Donner volgens Hart, 2017, p.134)

Van Unen (2007) geeft aanwijzing hoe je als huisarts op een goede manier de POH ruimte en stimulans kunt geven. Hij beschrijft in zijn boek 'De Professionals' twee leerwegen tot professionele ontwikkeling: de leerweg van kennis en vaardigheden (de technisch-rationele aanpak) die zich richt op het gebruik van methodieken en instrumenten en de leerweg van de zelfreflectie (de reflexief-

relationele aanpak) die zich richt op interactie en communicatie en relatie. Deze laatste leerweg is steeds belangrijker in de postmoderne samenleving waarin de problematiek in de hulpverlening complexer is en de hulpverleners voor meer dilemma's komen te staan. Het leren werken onder druk van verantwoordelijkheid en het moeten leren handelen naar wat goed en juist is kan het beste door zelfreflectie.

In de interviews wordt ook aangegeven dat intervisie, videofeedback, het elkaar bevragen, ervaringen uitwisselen, meekijken in een consult en feedback van de patiënt vragen, als spiegel kunnen dienen om te leren. Omdat maar 20% van je gedrag bewust is en 80% onbewust kun je zelfreflectie niet doen zonder op deze manieren hulpmiddelen en de hulp van anderen te gebruiken.

Ook de huisarts zelf kan gebruik maken van casuïstiekbespreking en meekijken in een consult, *coaching-on-the-job*, om de POH te begeleiden om te leren zelf professionele verantwoordelijkheid te nemen. Zo krijgt de POH de ruimte zonder dat de huisarts alles loslaat. Hart (2017) geeft zijn tweede boek de titel 'Anders vasthouden' in plaats van 'loslaten'. Dit gaat over sturing geven zonder het op te lossen voor de ander en de daarmee de ander te ontslaan van het nemen van verantwoordelijkheid. Het gaat erom 'het oplossende vermogen' van de ander aan te spreken en te faciliteren.

De huisarts kan als leidinggevende zelfreflectie stimuleren en faciliteren. Bovendien kan hij de manier van werken van de POH ook beïnvloeden door 'nudging': dit is het bewust beïnvloeden van onbewust gedrag. Voorbeelden van nudging zijn: gezond eten op de ooghoogte in de winkelschappen leggen, een poster van bomen boven het kopieerapparaat (milieubewustzijn stimuleren). In het kader van persoonsgericht werken kun je denken aan een poster (zie bijvoorbeeld voorpagina) bij het koffiezetapparaat of als bureauonderlegger of een verplichte persoonsgerichte vraag in het ICT-systeem dat gebruikt wordt bij het consult ('wat wilt is het doel van de patiënt?' of afsluitend 'voelde de patiënt zich gehoord tijdens dit consult?'). Landelijke organisaties kunnen dit ondersteunen door hier nog meer ideeën voor uit te werken en er materialen voor te ontwikkelen.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In deze thesis is onderzoek gedaan naar de vraag hoe de competenties van de POH aangesloten kunnen worden aan persoonsgerichte zorg in de huidige tijd.

Onder persoonsgerichte zorg wordt verstaan werken met aandacht voor de persoon rekening houdend met waarden, wensen en behoeften en mogelijkheden van de patiënt en zijn individuele integrale kenmerken en persoonlijke context. Dit is een kernwaarde van de huisartsenzorg. We zien ontwikkelingen in de tijd die invloed hebben op de invulling van deze kernwaarde, zoals standaardisering en verantwoordingscultuur. Door toedoen van onjuist gebruik van richtlijnen en verantwoording heeft deze kernwaarde minder ruimte gekregen in de afgelopen decennia met name bij de functie van POH, die initieel is gestart om protocollair werk te doen. De afgelopen jaren is een trend zichtbaar om verandering te bewerkstelligen zodat persoonsgerichte zorg weer uitgangspunt wordt van ons werk.

Hart helpt ons antwoord te geven op de vraag hoe de verhouding tussen protocollen en standaarden en persoonsgerichte zorg is. Lange tijd zijn protocollen en standaarden leidend geweest, terwijl de aandacht uit moet gaan naar de unieke persoon. Hart laat ons zien hoe we de focus kunnen veranderen van systemen naar de bedoeling. Met persoonsgerichte zorg is onze aandacht gericht op de patiënt en sluiten we aan bij de bedoeling. Passende zorg sluit aan bij de vraag en de motivatie van de patiënt en levert meer resultaat op. Wat goede zorg is voor de unieke patiënt in een specifieke situatie wordt gezamenlijk in het contact tussen zorgverlener en patiënt bepaald. De POH ondersteunt en begeleidt de patiënt met kennis en expertise en coachende vaardigheden om helder te krijgen wat de patiënt zelf wil bereiken en om daarmee aan de slag te gaan. Richtlijnen, verantwoording en werkstructuren (de systeemwereld) mogen daarbij niet leidend zijn, maar kunnen ondersteunen. Zowel de wetenschap als het juridische kader geven daar de ruimte voor, sterker nog, stimuleren dit. Voor wat betreft de verantwoording naar zorgverzekeraar en kwaliteitsinstituten lijkt daar meer ruimte te komen, daadwerkelijke verandering daarin kost echter tijd. Datzelfde geldt ook voor onze werkstructuren. We zien dat landelijk allerlei tools en instrumenten en consultmodellen worden ingezet om een omslag te maken naar meer persoonsgericht werken. Dat alleen is niet voldoende om werkelijk de omslag te kunnen maken.

Tuin en collega's vertellen wat nog meer nodig is om de POH de omslag te kunnen laten maken naar persoonsgericht werken. Allereerst is het belangrijk aandacht te hebben voor de onderliggende attitude van zorgverleners. Passen de achterliggende gedachten en de normen en waarden van waaruit we werken bij zorg bieden die echt aansluit bij de patiënt of willen we toch de patiënt overtuigen van wat wij denken dat goed is? Het is goed hier expliciet aandacht voor te hebben. Iemands attitude is niet direct zichtbaar en is ook niet makkelijk veranderbaar. Wanneer je de juiste tools en instrumenten gebruikt om aan te sluiten bij de patiënt, maar vanuit een attitude die daar niet bij past, zal je niet bereiken wat nodig is. Als werkgevers, als organisaties kunnen we gesprekken hierover faciliteren, zorgen dat we elkaar stimuleren met onze verhalen en geïnspireerd worden door elkaar en anderen. In de tweede plaats zien we dat bepaalde competenties nodig om persoonsgericht te kunnen werken (bijlage 4). Het is belangrijk deze competenties expliciet met elkaar te benoemen en te bespreken. Het vernieuwde competentieprofiel voor de POH geeft daar onvoldoende stimulans toe. De huisarts en de POH kunnen in een gezamenlijk gesprek, op basis van de mogelijkheden en de motivatie van de POH en aan de hand van het Compasmodel kijken in hoeverre ontwikkeling van de nodige competenties mogelijk is en welk ontwikkeltraject daarvoor nodig is. Het blijft belangrijk om te signaleren wanneer het te complex wordt en dan de patiënt door te sturen naar een andere zorgverlener. Een derde belangrijke factor om de omslag naar persoonsgericht werken goed te kunnen maken is omgeving en organisatie. Daarbij horen flexibiliteit in tijd en werkstructuren en de

beschikbaarheid van tools en instrumenten, maar ook ruimte en stimulans om verantwoordelijkheid te leren nemen om de juiste dingen te doen. Samen met de patiënt bepalen wat juist is vraagt meer van de POH dan wanneer volgens protocollen en vinklijsten wordt gewerkt. Met name reflectie is daarbij belangrijk en dit kan door de inzet van intervisie en met elkaar meekijken en met hulp van videofeedback. De huisarts als werkgever kan door middel van *coaching-on-the-job* en casuïstiekbespreking en meekijken in een consult de POH op de juiste manier begeleiden en de POH de ruimte geven zonder volledig los te laten. Persoonsgerichte zorg vraagt ook van leidinggevenden specifieke competenties.

AANBEVELINGEN VOOR DE HUISARTS

Als je als huisarts in de praktijk persoonsgerichte zorg wilt bieden, ook door de POH, lijken de volgende zaken aan te bevelen:

- In het leidinggeven zelf ook persoonsgericht te werken en aan te sluiten bij de motivatie en mogelijkheden van de POH
- In een gesprek samen met de POH de competenties uit bijlage 4 te bespreken. Samen te kiezen welke competenties je belangrijk vindt en welke aandacht vragen.
- Het Compasmodel te gebruiken in het gesprek om na te gaan wat ontwikkelbaar is en welk ontwikkeltraject passend is.
- Aandacht te hebben voor achterliggende attitudes
- Mensen te motiveren en te inspireren en te faciliteren
- Zelfreflectie te stimuleren en faciliteren door middel van bijvoorbeeld videofeedback, intervisie
- Ook te kijken naar eigen attitude en competenties als leidinggevende en als het nodig en mogelijk is gebruik te maken van collega's of de zorggroep om POH's individueel of als groep te begeleiden
- De POH te begeleiden door *coaching-on-the-job*, ruimte te laten om verantwoordelijkheid te nemen en te leren en geen perfectie te vragen.

AANBEVELINGEN VOOR DE POH

Als je als POH persoonsgericht wilt werken, worden de volgende zaken aanbevolen:

- Na te denken vanuit welke overtuigingen, waarden en normen je zorg verleent en of die ruimte geven aan de patiënt
- Voorkomen dat je aandacht wordt afgeleid van de patiënt en wordt geleid door protocollen en afvinklijsten, bijvoorbeeld door niet tijdens maar na het consult de registratie te doen.
- De competenties uit bijlage 4 samen met je huisarts te bespreken en samen te bepalen welke je belangrijk vindt en wat jou betreft aandacht vragen
- Ruimte te geven aan jezelf om te leren, eerlijk in de 'spiegel' te kijken en feedback te vragen aan patiënt en collega's en huisartsen
- Je scholingstijd naast het vermeerderen van kennis en vaardigheden ook te gebruiken voor zelfreflectie, bijvoorbeeld door middel van videofeedback of intervisie

AANBEVELINGEN VOOR (LANDELIJKE) ORGANISATIES

We lijken er met elkaar van overtuigd dat persoonsgericht werken belangrijke kernwaarde is die meer ruimte moet krijgen. Dan lijkt het van belang om:

- Te zorgen voor expliciete stimulans om persoonsgericht te werken in competentieprofielen
- Als organisatie zelf ook persoonsgericht te werken: aan te sluiten bij vragen en behoeften en motivaties en situaties van leden of praktijken
- Naast het ontwikkelen en aanbevelen van tools en instrumenten vooral ook aandacht te vragen voor de attitude waarmee deze gebruikt worden
- Duidelijk en eenduidige te zijn over de rol van richtlijnen en standaarden
- Ruimte te geven voor het nemen van professionele verantwoordelijkheid en geen regels en verantwoordingscriteria als leidend opleggen
- Mensen te inspireren, stimuleren en faciliteren om persoonsgericht te werken
- Nadenken over nudging van persoonsgericht werken, ontwikkelen van materialen hiervoor

LITERATUURLIJST

Burgers, J. (2017). *Persoonsgerichte zorg in richtlijnen: contradictie of paradox?* (Oratie). Geraadpleegd van https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/jako_oratie_2017_webversie.pdf

Engberts, D. P., & Kalkman-Bogerd, L. E. (2013). *Leerboek gezondheidsrecht* (3e ed.). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Hart, W. (2012). *Verdraaide Organisaties*. Alphen aan den Rijn, Nederland: Vakmedianet Management B.V.

Hart, W. (2017). *Anders Vasthouden*. Deventer, Nederland: Vakmedianet.

Kien, N. U. N. (2018). Wetgevend kader Masterclass Eerstelijns Bestuur 2018 [College-slides]. Geraadpleegd van https://edubb.uvt.nl/bbcswebdav/pid-1662711-dt-content-rid-5879168_1/courses/n-TSB-Tranzo-MEB-2017-2018/18.01.18%20Presentatie%20Nicole%20Kien%20Tranzo%20Masterclass.pdf

LAN. (2013). *Zorgstandaard COPD*. Geraadpleegd van http://www.longalliantie.nl/zorgstandaard-copd

LHV. (z.d.). Het roer gaat om. Geraadpleegd van https://hetroergaatom.lhv.nl

Mutsaers, I., & Van der Horst, H. (2016, 1 november). Maak van persoonsgerichte zorg geen ideologie. *Medisch Contact*, *2016*(11). Geraadpleegd van https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/maak-van-persoonsgerichte-zorg-geen-ideologie.htm#reacties

Nederlandse vereniging van Praktijkondersteuners (NVvPO), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA), Samenwerkende Hogescholen (SH), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), FNV Zorg & Welzijn, CNV Zorg & Welzijn. (2017). *Rapport POH transitie*. Geraadpleegd van https://ineen.nl/assets/files/assets/uploads/Rapport_POH_Transitie-20_april_2017.pdf

NHG. (2011). *NHG-Standpunt kernwaarden huisartsgeneeskunde*. Geraadpleegd van https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/toekomstvisie_-_nhg-standpunt_kernwaarden_huisartsgeneeskunde_juli_2011.pdf

NHG. (2017, 21 juni). Terugblik op symposium en oratie Prof. dr. Jako Burgers. Geraadpleegd van https://www.nhg.org/actueel/nieuws/terugblik-op-symposium-en-oratie-prof-dr-jako-burgers

NHG, Laego, & LHV. (2017). *Visie huisartsenzorg voor ouderen (Samen werken aan persoonsgerichte zorg)*. Geraadpleegd van https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/visie_huisartsen_voor_ouderen_2017_web_0.pdf

NHG, & LHV. (2012). *Toekomstvisie huisartsenzorg* (Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022.). Geraadpleegd van https://www.tkv2022.nl/wp-content/uploads/2012/11/LHV001-37-Toekomstvisie-Totaal-Binnenwerk_021112_WWW.pdf

Nivel. (2012). *Kennisvraag. Praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk (POH's), klaar voor de toekomst?*. Geraadpleegd van https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-kennisvraag-poh-def.pdf

Radbout UMC. (z.d.). [Deelprogramma persoonsgerichte zorg]. Geraadpleegd van https://www.radboudumc.nl/afdelingen/eerstelijnsgeneeskunde/wat-doen-wij/ons-onderzoek/onze-onderzoeksprogrammas/persoonsgerichte-zorg/gezondheidsverschillen-en-persoonsgerichte-integrale-eerstelijnszorg/gezondheidsverschillen

RVS. (2014). *Met de kennis van later. Naar een toekomstgericht zorgbeleid.* (Advies). Geraadpleegd van https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Advies_Met_de_kennis_van_later.pdf

Struijs, A., & Jongsma, K. (2013). *Gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patient - normatieve achtergrond* (RVS). Geraadpleegd van https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Achtergrondstudie_Gezamenlijke_besluitvorming_zorgverlener_patient.pdf

Tuin, B. C. M., Beijer, W. M. M., & Akkerboom, H. L. (2005). *Vraagsturing en competenties. Ontwikkelen van succesvol gedrag in de zorg*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Universiteit Twente, & Geluksacademie. (2013). *De menselijke maat, een wetenschappelijke onderbouwing*. Geraadpleegd van http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/informatiecentrum/De%20menselijke%20maat_wetenschappelijke_onderbouwing.pdf

Van der Meer, J. (2012). *Huisartsen, Achtergrondstudie RVZ*. Geraadpleegd van https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Achtergrondstudie_Huisartsen.pdf

Van Unen, C. (2007). *De professionals. Hulpverleners tussen kwetsbaarheid en beheersing.*. Delft, Nederland: Eburon.

Verdraaide Organisaties. (z.d.). Samenvatting. Geraadpleegd van http://verdraaideorganisaties.nl/introductie/samenvatting/

Vilans. (2014). *Whitepaper Persoonsgerichte zorg*. Geraadpleegd van https://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/white-paper-integrale-aanpak-persoonsgerichte-zorg.pdf

Vilans. (2012). Persoonsgerichte zorg: lijf én leven. Geraadpleegd van https://www.vilans.nl/docs/vilans/over_vilans/pdf/Persoonsgerichte_chronische_zorg_co-creatie_Vilans_2012.pdf

Van der Weijden, T. (2015). Samen beslissen, minicollege over dialoog tussen arts en patient [Video]. Geraadpleegd van https://www.youtube.com/watch?v=-XQIDb4gyJ4

Van Staa, A., Mies, L., & Ter Maten-Speksnijder, A. (2018). *Verpleegkundige ondersteuning bij zelfmanagement en eigen regie*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

WONCA, NGH, & Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse huisartsen. (2002). *Huisartsgeneeskunde: de Europese definitie*. Geraadpleegd van http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20Dutch%20version.pdf

Zelfzorg Ondersteund! (2017). Van standaard jaarcontrole naar diabetesjaargesprek. Geraadpleegd van https://zelfzorgondersteund.nl/?s=diabetesjaargesprek

BIJLAGE 1. DEFINITIE PERSOONSGERICHTE ZORG

Vanuit literatuurstudie valt te concluderen dat persoonsgerichte zorg is: zorg met aandacht voor de persoon, bestaande uit 3 aspecten:

1. rekening houdend met de waarden, wensen, en behoeften van de patiënt
2. rekening houdend met individuele kenmerken (lichamelijk, psychisch, sociaal/ integraal)
3. rekening houdend met de context van de patiënt (levensloop, en de leef- en werkomgeving van de patiënt).

Onderstaand overzicht geeft aan welke beschrijvingen er gebruikt worden door diverse organisaties.

In bijna alle beschrijvingen komen de 3 aspecten naar voren. Hieronder de uitwerking.

bron	**definities**	**aansluiten bij vraag/ behoefte**	**rekening houden met individuele kenmerken**	**context**
Woutschoten conferentie (Van der Meer, 2012)	Persoonlijke zorg duidde op het streven naar een psychosomatische benadering, waarbij er meer naar de patiënt geluisterd moest worden. De huisarts moest immers veel te weten komen over de persoonlijkheid en het persoonlijke leven van de patiënt.	x	x	x
NHG standpunt kernwaarden huisartsgeneeskunde (NHG, 2011)	Huisartsgeneeskundige zorg is persoonsgerichte zorg. Dit betekent dat de huisarts rekening houdt met de individuele kenmerken van de patiënt en diens context. Onder context verstaan we de levensloop, en de leef- en werkomgeving van de patiënt. De huisarts integreert contextkennis met lichamelijke, psychische en sociale aspecten die van invloed kunnen zijn op gezondheid en ziekte.	x	x	x

*verderop staat pas alles wat met geel gearceerd is.	De huisarts houdt in de zorg voor de patiënt rekening met diens persoonlijke eigenschappen, leeftijd, sekse en wensen en opvattingen. De huisarts is in staat om de patiënt in alle fasen van gezondheid en ziekte te begeleiden en zijn werkwijze daarbij af te stemmen op de behoefte van de patiënt. Door de persoonsgerichte benadering is de huisarts in staat om als gids en vertrouwenspersoon de patiënt te begeleiden bij het maken van keuzes en in samenspraak met de patiënt te komen tot de zorg die het best bij hem past.			
Europese definitie huisartsgeneskunde (WONCA, NGH, & Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse huisartsen, 2002)	Huisartsenzorg hanteert een *persoonsgerichte benadering*, gericht op het individu, zijn/haar familie en de leefomgeving. In het middelpunt staat de persoon zelf met al diens overtuigingen, angsten, verwachtingen en behoeften.		x	x
Toekomstvisie huisartsenzorg (NHG & LHV, 2012)	De huisarts blijft zijn patiënt zien als een uniek individu, met een eigen context en specieke noden en behoeften in combinatie met persoon-lijke span- en draagkracht. Omdat de huisartsenzorg rekening houdt met de persoonlijke context, wensen en behoeften van eenieder, biedt zij adequate en geëigende zorg op maat. Dit is de sleutel tot zinnige en zuinige zorg.	x	x	x
visie huisartsenzorg voor ouderen 2017	*Persoonsgerichte zorg* = De huisarts houdt rekening met de individuele kenmerken van de patiënt en diens persoonlijke levensloop, leef- en werkomgeving. De huisarts	x	x	x

(NHG, Laego, & LHV, 2017)	integreert contextkennis met lichamelijke, psychische en sociale aspecten die van invloed kunnen zijn op gezondheid en ziekte. onder *eigen regie* staat: waarbij zorgverleners zoveel mogelijk aansluiten bij de voorkeuren van de oudere. De oudere patiënt bepaalt zelf wat voor hem kwaliteit van leven is en wat hiervoor van belang is. Hij maakt zelf de keuzes voor diagnostiek en behandeling, in samenspraak met de behandelaren.			
Vilans (Vilans, 2014)	*Persoonsgerichte zorg* is een paraplubegrip voor zorg waarbij het leven centraal staat en niet de ziekte. Zelfmanagement, samen beslissen en een stapsgewijze werkwijze zijn hierbij de kernpijlers. Een goed doorlopen proces van samen beslissen, waarin de patiënt ervaringskennis en de zorgverlener professionele deskundigheid inbrengt, resulteert in een heldere verdeling van taken en verantwoordelijkheden van de zorgverlener en de patiënt. (...) Het is daarmee de basis voor zelfzorg/zelfmanagement. Doelen en acties zijn afgestemd op de wensen en verwachtingen van de patiënt. Deze worden cyclisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Zelfregie van die persoon staat centraal en wordt, waar mogelijk én gewenst, vergroot.	x		
rapport POH transitie/competentieprofiel 2017 (Nederlandse vereniging van Praktijkondersteuners	de huisarts evenals de POH en PVH houden rekening met individuele kenmerken van de patiënt en diens context. Onder context verstaan we levensloop en de leef- en werkomgeving van de patiënt’		x	x

(NVvPO) et al., 2017				
Hoogleraar Jako Burgers promotieonderzoek (Burgers, 2017)	*personalised medicine* (precision medicine) : preciezer in kaart brengen van genetische, familiaire en andere persoonlijke kenmerken, waardoor er beter voorspellingen gedaan kunnen worden over de risico's op bepaalde ziekten of complicaties van ziekten. personalised care = persoonsgerichte zorg: kan worden beschouwd als de praktische uitoefening van personalised medicine, waarbij naast de verzamelde biologische gegevens ook nadrukkelijk wordt gevraagd naar de persoonlijke doelen van de patiënt in diens eigen woon- werk- en leefomgeving. (Berntsen, 2015)	x	x	x
RVS achtergrondstudie Gezamenlijke besluitvorming (Struijs & Jongsma,2013)	'Patiëntgerichtheid' vraagt van de zorgverlener dat hij of zij de patiënt als persoon in een sociale context beschouwt en ook rekening houdt met diens gevoelens, wensen, verwachtingen, waarden en ervaringen.	x	x	x
Radbout Umc (Radbout UMC z.d.)	Persoonsgericht wil zeggen dat zorgverleners rekening houden met de persoonlijke vaardigheden, omstandigheden en wensen van hun patiënten. Door met hen 'op maat' te communiceren kan gezamenlijk worden bepaald welke zorg en/of activiteiten het beste voor de patiënt in kwestie zijn. Zorg en/of activiteiten die vervolgens het liefst dichtbij huis, in de wijk, gerealiseerd worden.	x	x	x

BIJLAGE 2 RESULTATEN UIT INTERVIEWS

Voor het onderzoek zijn niet gestructureerde interviews gehouden met 11 POH's en 6 personen van organisaties die landelijk betrokken zijn bij dit onderwerp (V&VN, NHG, InEen, Hogeschool VIAA, zorgverzekeraar Zilveren Kruis, Vilans).

1. Wat is persoonsgerichte zorg voor jou?

POH (11):

10 benoemen alle 3 aspecten en noemt dingen als:

- breed kijken naar de persoon
- maatwerk
- meebewegen met wat patiënt wil en kan
- aansluiten bij wat nodig en belangrijk is op dat moment
- aansluiten bij niveau

1 benoemd alleen 2 en 3 en ziet het als de patiënt kennen in al zijn facetten (qua persoon, historie, context) en op basis daarvan motiveren om iets te gaan doen (bv meer bewegen, voedingsadvies opvolgen)

huisartsen (6)

- zorg die aansluit bij de wens van de patiënt
- de persoon staat centraal. Goed luisteren naar wat de patiënt kan en wil, samen komen tot een behandelingsvoorstel en daarbij niet eigen professionaliteit verliezen
- werken vanuit de hulpvraag, aansluiten bij mogelijkheden, wensen, capaciteiten en behoeften van de patiënt
- aandacht voor wat nodig is, de vraag en behoefte van de patiënt en de zorg daarop afstemmen en met kennis en kunde daarin iets betekenen
- zorg op maat, iemand zien in zijn geheel, lichamelijk en sociaal en wat past bij die persoon
- je als coach opstellen naar de patiënt toe en samen met hem/haar en mantelzorger/partner kijken wat haalbaar is met inachtneming van medisch goed handelen conform de standaarden/richtlijnen

overigen (6)

- uitgaan van zorgvraag, persoonlijke context en levensloop in ogenschouw nemend
- aansluiten bij de unieke persoon, niet alleen medisch, maar ook normen en waarden
- afgestemd op individuele behoeften, kijkend naar wat wetenschappelijk onderbouwd nodig is, bepaald in samenspraak met de patiënt
- contact maken met de patiënt en aansluiten bij wat hij wil en concretiseren, helpen handen en voeten te geven aan datgene wat iemand wil.

2. Waarom vind je persoonsgerichte zorg belangrijk, wat levert het op?

POH (11)

- je bouwt een band op, mensen voelen zich beter gezien, gehoord en begrepen
- ze zijn daardoor zelf opener en nemen meer aan
- het levert meer resultaat op (mensen komen letterlijk en figuurlijk in beweging)
- het kost minder energie als zorgverlener (niet het gevoel van trekken aan een dood paard)
- als je niet aansluit bij de motivatie kom je nergens
- mensen krijgen daardoor meer inzicht in ziekte en eigen wensen
- aandacht voor persoonlijke obstakels helpt mensen verder
- mensen zijn meer betrokken bij eigen zorg, ziekte, eigen gestelde doelen, meer kans van slagen als de patiënt er achter staat.
- patiënt is meer gemotiveerd
- mensen gaan zelf nadenken, komen zelf met oplossingen
- je kunt meer betekenen dan alleen controleren

3. Wat heb je nodig om persoonsgericht te kunnen werken?

POH (11)

- aanleren wat je hebt afgeleerd (weer gesprek voeren i.p.v. vink-lijsten aflopen)
- doorontwikkelen gespreksvoering, dialoog voeren
- goed contract met de patiënt
- meer bij de patiënt laten
- helder krijgen wat iemand wil
- eigen keuze helder hebben
- de mindset om zonder waarde iemand de keuze te kunnen geven
- vakinhoudelijke kennis en inzicht
- tijd
- luisteren
- denken vanuit mogelijkheden i.p.v. klachten
- breed kijken/ook naar achtergrond
- geduld
- verwachtingen kunnen managen
- los kunnen laten ('voorprogrammering is diep geworteld')
- empathisch vermogen
- goede begeleiding voor de POH met ook diepgang
- omgaan met weerstand
- doorvragen
- omdenken
- flexibiliteit bv met agendavoering
- vinken loslaten, controles zelf inrichten
- openheid
- betrokkenheid
- kunnen begrenzen
- kunnen confronteren
- metacommunicatie

- positieve bejegening
- ‘lui’ zijn in gesprekken, achteroverleunen, niet invullen/oplossen
- coachingsstijlen
- eigen waarden en normen opzij kunnen zetten om te kunnen luisteren naar de patiënt
- onderhandelen, samen met de patiënt afwegingen maken
- randvoorwaarden voor samen beslissen: goede voorlichting en ziekte-inzicht bij patiënt
- zelfinzicht: bewustwording van eigen reactie m.n. bij patiënten die in je ‘allergie zitten’

overigen (6)

- multifactorieel denken
- mindset positieve gezondheid (breed kijken)
- netwerken
- gegevens uitwisseling
- kunnen reflecteren
- onderscheiden hoofd- en bijzaken
- coördineren
- signaleren
- aansluiten bij…
- bewustwording van …. keuze?
- kennis van verschillende mogelijkheden
- tools kennen
- communicatietechnieken
- aan kunnen sluiten bij verschillende mensen
- openheid (diverse kanten benoemen, dilemma’s benoemen)
- goede dossiervorming (proces en keuze van patiënt vastleggen)
- niet alleen informatiebron zijn voor de patiënt, en de keuze aan hem overlaten, maar ook samen zoeken naar beste optie
- motiverende gespreksvoering
- grenzen weten van eigen kunnen, bij tijds doorverwijzen
- coachende vaardigheden
- jezelf kwetsbaar opstellen (je weet niet alles)
- instrumenten als 5A model (achterhalen, adviseren, afspreken, assisteren, arrangeren)
- kunnen stimuleren van het vertrouwen in eigen kunnen van de patiënt
- inzicht in welke rol de patiënt in een bepaalde situatie van de zorgverlener nodig heeft (coach, behandelaar, poortwachter, leraar)

4. Kun je aangeven hoe/met welke methode iemand kan nagaan in hoeverre persoonsgericht gewerkt wordt (jij zelf of bv de werkgever i.v.m. functioneringsgesprekken)

POH (11)

- zelf reflecteren door intervisie, videofeedback
- uit registratie in patiëntendossier
- meekijken met/door collega, stagiaire of werkgever
- patiënten vragen (of ze zich gehoord voelen, begrepen voelen, hun vraag is beantwoord)
- 360° feedback
- elkaar bevragen, ervaringen uitwisselen
- met patiënt spiegelen, samenvatten, terugvragen

overigen (6):

- eerst samen vaststellen wat de criteria zijn voor persoonsgerichte zorg
- option skill (meting zelfmanagement-ondersteuning)
- videofeedback
- meekijken in de spreekkamer

5. Hoe verhoudt zich volgens jou persoonsgericht werken tot protocollair werken?

POH (11)

- ik zie een protocol als een handvat, richtlijn - soort elastiek
- richtlijn voelde als verantwoordelijkheid, maar met no-show protocol niet meer
- 10% protocol/90% persoonsgericht
- protocol is hulpmiddel, geeft als je onervaren bent houvast en ook bv bij medicatie
- protocollair werken staat op gespannen voet met persoonsgericht werken

overigen (6):

- de behoefte te denken vanuit 'wat medisch goed is' zit soms in de weg
- er kunnen dilemma's zijn, maar het gaat om gedeeld vraagstuk
- het gaat om het fingerspitzengefühl wanneer je nu de rol van behandelaar moet hebben (en kunt werken vanuit een standaard) en wanneer je de rol van coach moet hebben.
- in de diagnostiek is het logischer om gestandaardiseerd te werken en in de monitorings/begeleidingsfase is het belangrijk te kijken naar behoefte, vraag.

Bij het lezen van het competentieprofiel POH 2017 (NVvPO et al., 2017) vallen een aantal zaken op:

- de update van het competentieprofiel lijkt met name gedaan vanuit de problematiek rond toename van de complexiteit van zorg, wat is uitgewerkt in het onderscheiden van complexe zorg (POH) en hoogcomplexe zorg (de toekomstige PVH)

- persoonsgerichte zorg wordt wel meegenomen in het profiel, als belangrijke kernwaarde van de huisarts, en daarbij beschrijft men persoonsgericht met name als integrale benadering van de patiënt (ook aandacht voor aspecten van zingeving en psychische en sociale factoren) In begrippenkader staat persoonsgericht als 'de huisarts evenals de POH en PVH houden rekening met individuele kenmerken van de patiënt en diens context. Onder context verstaan we levensloop en de leef- en werkomgeving van de patiënt'(rapport POH transitie p.8, 2017) - hier mist het component rekening houden met de waarden, wensen, en behoeften van de patiënt

- als kenmerk van complexe zorg wordt genoemd dat het een hoge mate van voorspelbaarheid heeft en te protocolleren is. (dit in tegenstelling tot hoogcomplexe zorg) (p.10)

- de poh verleent gedelegeerde medisch-inhoudelijke zorg die zich leent voor protocollering (p.12) met dien verstande dat zij daar in geëigende gevallen beargumenteerd van af mag of moet wijken (p. 7).

- als je scant op wat wordt genoemd met betrekking tot rekening houden met de waarden, wensen, en behoeften van de patiënt dan zie je: rekening houden met 'prognose en mogelijkheden', 'de toestand van de patiënt', 'zorgbehoefte', 'draagkracht/-last', 'ondersteuningsbehoefte', 'respect voor wensen en motieven', 'emoties en belangen' van de patiënt:

● 'Kiest een interventie uit beschikbare alternatieven, *gezien de prognose en mogelijkheden* van de patiënt en diens omgeving en bespreekt deze met hen (gezamenlijke besluitvorming)' (p14) -> NB wat hier gezamenlijke besluitvorming wordt genoemd is wat van der Weijden informed consent noemt en volgens haar 'gaat samen beslissen vérder dan informed consent (= toestemming vragen voor de optie die we zelf voorstellen of die uit het MDO komt.) In de relatie arts-patiënt is de dialoog de kern.' (Van der Weijden,2015)

● 'verricht werkzaamheden volgens protocollen of werkafspraken, met dien verstande dat zij (beargumenteerd) kan afwijken indien *de toestand* van de patiënt dat verlangt of daar aanleiding toe geeft' (p14)

● 'houdt rekening met *zorgbehoefte*, beschikbare zorg, *draagkracht/-last* en *ondersteuningsbehoefte* van patiënt en mantelzorger.' (p15)

● 'kan omgaan met en onderhandelen over (mogelijke) tegenstrijdige belangen van samenwerkingspartners' (p16) -> niet ook patiënt???

● 'kan actief luisteren naar de patiënt en stelt deze in staat keuzes te maken in de zorg; en benadert de patiënt *met respect voor* zijn achtergrond, mogelijkheden, *wensen en motieven*' (p16)

● 'houdt rekening met *emoties en belangen* van de patiënt en reflecteert op moreel-ethisch handelen' (p18)

- als je kijkt naar de verschillen die duidelijk worden gemaakt tussen POH en PVH dan zie je bij de POH nadruk op werken volgens protocollen en richtlijnen en bij de PVH nadruk op verpleegkundige diagnose en klinisch redeneren (continue proces van gegevensverzameling en analyse gericht op de vragen en problemen van een individu en diens naasten in relatie tot ziekte en gezondheid) p31)

In een interview met een van de leden van de expertgroep wordt duidelijk dat er ook met elkaar is nagedacht over de kernwaarde persoonsgericht werken bij het maken van dit profiel. Volgens haar geeft dit profiel op dat moment de beschrijving van wat men gezamenlijk vindt dat nodig is voor de POH om (ook persoonsgericht) te werken. Daarbij is helder dat protocollair werken een belangrijke factor is bij de POH en dat er ruimte is om persoonsgericht te werken en beargumenteerd af te wijken van de standaarden. Duidelijk wordt ook dat de verantwoording naar de zorgverzekeraar die stuurt op indicaties een bepalende factor is om zo de nadruk te leggen op het protocollaire werken. Immers: dit vraagt werken volgens standaard afvinklijstjes. Het is aan de hogescholen om dit profiel verder uit te werken, zodat mensen opgeleid worden met de juiste attitude, competenties en vaardigheden. Het borgen van de kwaliteit van de verschillende opleidingen is daarbij moeilijk te beïnvloeden.

Om de ontwikkelingen beschreven in hoofdstuk 1 het hoofd te kunnen bieden en om uit de versmalling te komen van de manier waarop richtlijnen worden toegepast is een expliciete stimulans nodig. Het competentieprofiel geeft reden tot *ambivalentie* t.o.v. persoonsgerichte zorg en dit lijkt te maken te hebben met de ervaren tegenstrijdigheid tussen persoonsgerichte zorg en zorg volgens protocollen en standaarden. Naar mijn mening wordt daardoor persoonsgerichte zorg onvoldoende daadwerkelijk *gestimuleerd* in het competentieprofiel poh 2017.

BIJLAGE 4 COMPETENTIES VOOR PERSOONSGERICHTE ZORG

Hiervoor is gebruik gemaakt van de beschrijving van 'Essentiële competenties vraagsturing voor medewerkers in de zorg' (Tuin et al, 2005) *(cursief)* en van de benodigde competenties genoemd in de interviews en competenties beschreven in andere literatuurbronnen.
Deze overlappen elkaar en vullen elkaar aan.
Omdat persoonsgericht werken breder is dan vraagsturing, namelijk ook aansluiten bij persoonskenmerken en context is het goed om op basis van de input uit de interviews de een aantal competenties uit de competentiewoordenlijst in bijlage 1 van het boek 'Vraagsturing en competenties' toe te voegen. De geïnterviewden noemden een aantal de competenties die passen bij de competenties helicopterview en probleemanalyse en mondelinge en schriftelijke uitdrukkingsvaardigheden en die Tuin et al (2005) niet noemen bij de essentiële competenties voor vraagsturing. Deze competenties hebben meer te maken hebben met aansluiten bij persoonskenmerken en context (aspect 2 en 3 van de definitie) dan met vraagsturing (aspect 1 van de definitie). Ook deze zijn naar mijn mening essentieel voor persoonsgerichte zorg en zijn daarom toegevoegd.
Daarmee kom ik tot volgende tabel voor essentiële competenties voor persoonsgerichte zorg:

conceptueel	operationeel	relationeel	persoonlijk
-oplossingsgerichtheid -helicopterview -probleemanalyse	-anticiperen -organisatievermogen -mondelinge en schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid	-clientgerichtheid -onderhandelen	-flexibiliteit -zelfstandigheid

Hieronder de uitleg en uitwerking vanuit de 'Vraagsturing en competenties' en de interviews en de andere literatuurbronnen.

Conceptueel

Oplossingsgerichtheid
Is in staat vanuit oplossingen te denken in plaats van problemen, waardoor niet op voorhand mogelijkheden worden uitgesloten.

Bij vraagsturing worden de verantwoordelijkheden en bevoegdheden lager in de organisatie gelegd. Dit betekent dat medewerkers meer oplossingsgericht moeten worden. Zij moeten inspelen op onverwachte situaties, moeten daarbij praktisch, zelfstandig en creatief zijn. De dagelijkse problemen moeten à la minute worden opgelost en er is vaak (te) weinig tijd om probleemsituaties terug te koppelen of om advies aan leidinggevenden te vragen.
Toevoeging uIt de interviews:
Het kunnen denken vanuit mogelijkheden i.p.v. vanuit beperkingen en klachten. Kunnen omdenken. Kennis van verschillende mogelijkheden en tools. Diverse coachingsstijlen kunnen inzetten om doelstellingen en plannen te kunnen formuleren met de patiënt en te kunnen bevorderen dat de patiënt vooruitgang boekt en verantwoordelijkheid neemt. Het kunnen stimuleren van het vertrouwen in eigen kunnen van de patiënt.
Toevoeging vanuit andere literatuur:
Kunnen adviseren over het gebruik van *keuzehulpmiddelen* (NHG, Laego & LHV, 2017, p.12)

Helicopterview:
Is in staat feiten en problemen in een breder verband te zien door het onderkennen van verwantschappen met onderwerpen van grotere omvang
Toevoeging uit de interviews:
Multifactorieel kunnen denken. Breed kunnen kijken naar de patiënt, naar integrale gezondheid.

Probleemanalyse:
Is in staat gecompliceerde problemen en situaties te ontrafelen om daarna alle deelproblemen opnieuw te ordenen en op een overzichtelijke wijze te formuleren
Toevoeging uit de interviews:
Het kunnen onderscheiden van hoofd- en bijzaken.

operationeel

Anticiperen
Is in staat om over de huidige taakstelling heen te kijken en veranderingen in de bestaande situatie te voorzien en daarop doeltreffend in te spelen.
Naast het kunnen inspelen op dagelijks voorkomende probleemsituaties, moeten medewerkers ook bepaalde situaties kunnen voorzien en daar adequaat op kunnen inspringen.
Inzicht hebben in welke rol de patiënt in een bepaalde situatie van de zorgverlener nodig heeft (die van coach, behandelaar, poortwachter of leraar)

Organisatievermogen
Is in staat activiteiten van zichzelf (en van anderen) op elkaar af te stemmen en hun volgorde te bepalen, zodat doeleinden efficiënt en effectief gerealiseerd worden.
Medewerkers zullen, binnen de kaders die zijn gesteld, zelfstandiger moeten zijn, zelf de eigen werkzaamheden/taken moeten indelen en organiseren en zelf keuzes moeten maken en beslissingen moeten nemen. Een van de aspecten van vraagsturing is dat er minder volgens regels wordt gewerkt ('zo doen we het hier'). De cliënt staat immers centraal. Vanuit die visie organiseren medewerkers het werk op een wijze die voor de betreffende cliënt optimaal is.
Toevoeging uit de interviews:
Controles zelf in kunnen richten naar wat op dat moment nodig is, zonder gebruik te maken van een vast stramien. Kunnen coördineren.

Mondelinge en schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid
Is in staat ideeën en meningen in begrijpelijke taal aan anderen mondeling duidelijk te maken en aan te sluiten bij betrokkenen (medewerkers en cliënten)
Is in staat opvattingen duidelijk onder woorden te brengen en aan te sluiten bij de lezer, ingewikkelde zaken kernachtig te formuleren en woorden trefzeker te kiezen. Is in staat adequate samenvattingen te maken en grammaticaal correct te schrijven.
Toevoeging uit de interviews:
Goede dossiervorming, het proces en de keuze van de patiënt vast kunnen leggen
Toevoeging vanuit andere literatuur:
Vaardigheid om risico's en onzekerheden op een begrijpelijke manier uit te leggen aan de patiënt. (Burgers, 2017)
Als je je niet letterlijk aan de richtlijnen houdt moet je kunnen uitleggen waarom het juist en professioneel is zoals je hebt gehandeld (Hart, 2017)

relationeel

Cliëntgerichtheid

Weet wensen of behoeften van cliënten of gebruikers te onderzoeken en hiernaar te handelen. Heeft een dienstverlenende attitude.

Deze competentie vormt de kern van vraaggestuurd werken. Cliëntgerichtheid behelst een combinatie van verschillende competenties. Het gaat om luisteren, doorvragen om de vraag achter de vraag te achterhalen, verwerken van de vraag in een zorgaanbod, terugkoppelen van de ideeën van de medewerker ten aanzien van de zorgvraag van de cliënt en realistisch kunnen inschatten hoe cliënten reageren. Met andere woorden: cliëntgerichtheid komt in alle facetten van het werken in de zorg naar voren, vanaf de intake, het zorgplan tot en met de uitvoering van de werkzaamheden in de dagelijkse gang van zaken. Het gaat erom dat de medewerker laat zien vanuit het perspectief van de cliënt te denken en te handelen. Hij onderzoekt de wensen en behoeften van de cliënt en weet daar ook in de zorgverlening op in te spelen. De medewerker dient continu de cliënt en zijn zorgaanbod in ogenschouw te nemen. Het gaat daarbij om een individuele aanpak op maat. Cliëntgerichtheid vereist invoelend vermogen en een grote dosis relationele sensitiviteit.

Toevoeging uit de interviews:

Goed contact kunnen maken met de patiënt. Betrokken zijn op de patiënt. Empathisch vermogen hebben. Goed kunnen signaleren. Aan kunnen sluiten bij verschillende soorten mensen en eigen waarden en normen opzij kunnen zetten om ruimte te geven aan de patiënt. Goede communicatietechnieken om helder te krijgen wat iemand wil. 'Lui' zijn in gesprekken, achteroverleunen, niet invullen/oplossen.

Toevoeging vanuit andere literatuur:

Vaardigheden om de wensen en verwachtingen en voorkeuren van de patiënt inzichtelijk te maken (Burgers, 2017)

Kunnen meedenken en coachen (neutraal zijn) (NHG, Laego & LHV, 2017, p.12)

Onderhandelen

Is in staat doelgericht contacten te leggen en te onderhouden, gericht op het bereiken van overeenstemming. Is vasthoudend aan het eigen standpunt, maar kan waar nodig toegeven.

Bij het vaststellen van de zorgvraag en het opstellen van zorgplannen is onderhandelen gericht op de keuze van mogelijke zorgproducten erg belangrijk. Samen met de cliënt worden de mogelijkheden afgewogen. Ook bij de uitvoering van de zorg is onderhandelen belangrijk, omdat de praktijk soms anders is dan van tevoren met de cliënt in bijvoorbeeld een zorgplan is vastgesteld. De medewerker speelt het spel van enerzijds meegaan met de cliënt en diens wensen en anderzijds de afweging of de kwaliteit van de zorg gewaarborgd blijft. Voor een goed onderhandelingsproces is het belangrijk dat de medewerker zich goed mondeling kan uitdrukken en over relationele sensitiviteit beschikt (zie cliëntgerichtheid).

Toevoeging uit de interviews:

Verwachtingen kunnen managen. Open kunnen communiceren, in staat tot metacommunicatie. Patiënten kunnen begrenzen en kunnen confronteren. Het kunnen benoemen van dilemma's en het neutraal kunnen benoemen van diverse kanten. Samen met de patiënt afwegingen kunnen maken, samen kunnen zoeken naar de beste optie. Eigen keuzes helder hebben. Voorprogrammering los kunnen laten. Jezelf kwetsbaar op kunnen stellen, omdat je niet alles weet.

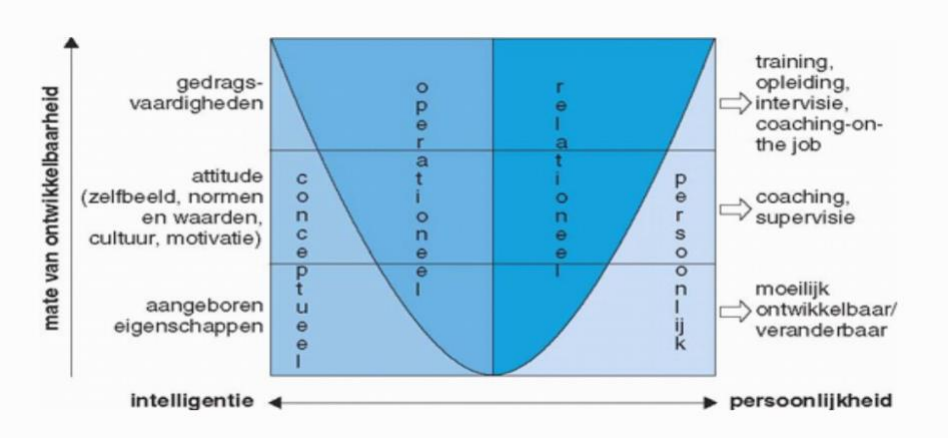
persoonlijk

Flexibiliteit

Is in staat af te wijken van bestaande patronen, en het eigen gedrag te veranderen teneinde een gesteld doel te bereiken. Is in staat zich aan te passen aan de eisen die de werksituatie stelt.
Van medewerkers wordt verwacht dat zij kunnen inspelen op onverwachte situaties, dat zij kunnen meegroeien met veranderingen in de zorg en met de soms veranderende behoeften van de cliënten. Medewerkers hebben daarnaast de flexibiliteit nodig om zich aan te passen aan de veranderingen in de organisatie die het gevolg zijn van vraagsturing, zoals veranderde werktijden of werkdagen. Tevens is het belangrijk dat medewerkers in staat zijn om zich aan te passen aan veranderende taakstellingen in de zorg.
Toevoeging uit de interviews:
Flexibel om kunnen gaan met tijd en agendavoering. Flexibel zijn in gespreksvoering in plaats van vast blijven houden aan vaste vormen.
Toevoeging vanuit andere literatuur:
Niet te snel naar een oplossing toewerken, maar de tijd nemen om de benodigde gespreksfasen te doorlopen, bij complexe beslissingen zelfs in meerdere consulten. (NHG, Laego & LHV, 2017, p.12)

Zelfstandigheid

Is in staat zonder hulp van anderen taken te verrichten, probeert op eigen kracht met probleemsituaties om te gaan. Handelt volgens eigen overtuiging, onafhankelijk van anderen.
Vraagsturing vraagt een grote mate van zelfstandigheid van de medewerkers. Deze zelfstandigheid is nodig om direct te kunnen reageren op de cliënt en keuzes te kunnen maken. Vraagsturing vergt daarmee ook een grote mate van taakvolwassenheid van medewerkers. Er zal daarmee een grotere afstand ontstaan tussen de leidinggevende en de medewerker. Medewerkers werken op een zelfstandige wijze met het zorgplan en gebruiken de organisatorische kaders als basis. Voor leidinggevenden betekent dit dat zij in staat moeten zijn op een constructieve manier feedback te geven, om tot correcties van gedrag, houding en bejegening te komen.'
Toevoeging uit de interviews:
Kunnen reflecteren. Zelfinzicht hebben. Bewustzijn van eigen reacties bijvoorbeeld op patiënten die in je 'allergie zitten'. Grenzen weten van eigen kunnen, bij tijds doorverwijzen
Toevoeging vanuit andere literatuur:
"Niet alle medewerkers zullen direct de professionele afweging kunnen maken. Zeker niet als ze 20 jaar lang is geleerd om oplossingen die door anderen worden bedacht uit te voeren. Niet alle professionals zullen in complexere situaties zelf de keuze kunnen of durven maken. Veel aandacht, afwegen en intervisie helpen daarbij." (Hart 2017, p. 57,58)



Cursieve tekst is uittreksel van: drs. Barbara C.M. Tuin, Wilma M.M. Beijer MMC en drs. Helene L. Akkerboom. 'Vraagsturing en competenties'. iBooks.

conceptueel	operationeel	relationeel	persoonlijk
-verbeeldingskracht/ creativiteit	-ondernemingszin -organisatievermogen	-cliëntgerichtheid -regisseren	-enthousiasmeren -resultaatgerichtheid

Verbeeldingskracht/creativiteit

Is in staat om met verschillende mogelijkheden (ook niet voor de hand liggende alternatieven) voor het oplossen van problemen te komen. Weet geheel nieuwe werkwijzen te bedenken ter vervanging van bestaande methoden en technieken.
De leidinggevenden moeten meer dan voorheen andere wijzen van aansturing of handelen ontwikkelen, waarbij zij over grenzen moeten leren kijken en ook minder voor de hand liggende opties moeten verkennen. Leidinggevenden moeten zich daarbij nieuwe situaties kunnen voorstellen en 'ruim' kunnen denken.

Ondernemingszin

Is in staat om in het werk weldoordacht risico's te nemen, waardoor nieuwe wegen kunnen worden ingeslagen en nieuwe vormen van zorg- en dienstverlening kunnen worden ontwikkeld en beter ingespeeld wordt op vragen van cliënten.
Leidinggevenden moeten het hoofd kunnen bieden aan mogelijke concurrenten. Dit betekent onder andere contact leggen met externe partijen en met hen afspraken maken. Cliënten (en hun ouders/verzorgers) worden steeds mondiger, gaan 'meer waar voor hun geld' eisen. Organisaties moeten met de andere rol overweg kunnen. Een belangrijk aspect van vraagsturing is dat leidinggevenden meer risico's moeten durven nemen. Zij zullen zich actiever moeten opstellen binnen het krachtenveld van cliënt, organisatie en omgeving. Leidinggevenden dienen hierbij initiatiefrijk te zijn.

Organisatievermogen

Is in staat activiteiten van 'zichzelf (en van anderen) op elkaar af te stemmen en hun volgorde te bepalen, zodat doeleinden efficiënt en effectief gerealiseerd worden.
Vraagsturing betekent ook differentiatie van zorgaanbod. Leidinggevenden moeten de kaders en voorwaarden scheppen waarbinnen de medewerkers dit kunnen bieden. De leidinggevende moet de (nieuwe) organisatie inrichten. Daarbij dient hij daadkrachtig te zijn. Als een organisatie bijvoorbeeld besluit om de maaltijdtijden te wijzigen en flexibele tijden te hanteren, zal de leidinggevende daarin het voortouw moeten nemen. Hij moet er ook voor zorgen dat hiertoe actie wordt ondernomen en zoekt samenwerking met anderen binnen de organisatie. Deze competentie staat in nauwe relatie tot resultaatgerichtheid: het bereiken van gestelde doelen vergt namelijk behoorlijk wat organisatievermogen.

Cliëntgerichtheid

Weet wensen of behoeften van cliënten of gebruikers te onderzoeken en hiernaar te handelen. Heeft een dienstverlenende attitude.
Vraagsturing betekent in interactie of gesprek met de cliënt het zorgaanbod afstemmen op de behoefte van de cliënt en dit binnen de organisatie te realiseren. Leidinggevenden moeten 'daarbij duidelijk de balans kunnen bewaken tussen enerzijds het inspelen op de wensen van de cliënt en anderzijds de professionaliteit/deskundigheid van medewerkers. Dit kan met elkaar conflicteren. Cliëntgerichtheid betekent immers niet 'u vraagt, wij draaien'. Voor leidinggevenden betekent cliëntgerichtheid qua houding een continu gericht-zijn op de cliënt. Een houding die gekenmerkt wordt door de intentie om de dienstverlening en de organisatie af te stemmen op de vragen van de cliënt. Een houding die aanzet tot zoeken naar antwoorden buiten het reeds aanwezige aanbod, tot zoeken naar aanpassingen van de organisatie zodat de vragen een positief antwoord krijgen.

Regisseren

Is in staat belangen, opinies en inbreng van diverse partijen samen te brengen. Geeft vorm en richting aan (uiteenlopende) samenwerkingsverbanden en realiseert een gemeenschappelijk resultaat.
De medewerkers krijgen meer verantwoordelijkheid en zelfstandigheid. Belangrijk is dat leidinggevenden aan medewerkers het vertrouwen geven, hen durven loslaten, veiligheid bieden, stimuleren en motiveren om volgens de principes van vraagsturing te werken. De leidinggevende wordt dus meer regisseur van de processen zonder deze strak aan te sturen. Randvoorwaarden scheppen en faciliteren zijn daarbij belangrijke elementen.

Enthousiasmeren

Is in staat anderen te enthousiasmeren en te stimuleren. Draagt een eigen positieve houding over op anderen.
Vraaggericht werken vergt (zeker in het begin) energie van mensen. Leidinggevenden moeten de drive/energie in de organisatie zien op te wekken om deze in beweging te zetten en om medewerkers gedreven te houden.

Resultaatgerichtheid

Is in staat resultaat- en doelgericht te werken, waarbij mogelijk interessante zijwegen ook worden benut. Werkt om iets concreets tot stand te brengen.
Het gaat niet langer om alleen de inspanning. Ook het resultaat, verwoord in heldere productiedoelstellingen, geldt. Van de leidinggevenden wordt een duidelijke gerichtheid op de resultaten verwacht. Zij stellen ook de productiedoelstellingen op en geven daarmee aan wat van eenieder verwacht wordt en hoe de medewerkers aan deze eisen moeten voldoen. De leidinggevende moet daarbij faciliteren (regisseren en organiseren).

Uittreksel van: drs. Barbara C.M. Tuin, Wilma M.M. Beijer MMC en drs. Helene L. Akkerboom. 'Vraagsturing en competenties'. iBooks.