

Competentieprofiel leefstijladviseur BeweegKuur

NISB ontwikkelt de BeweegKuur met subsidie van het ministerie van VWS en in samenwerking met NHG, NVD, LVG, NVDA, KNGF, LHV, DVN, NDF, VSG, PON, NOV, NIP, ActiZ.

Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB)

P Postbus 64, 6720 AB BENNEKOM

T 0318-490900

F 0318-490995

E info@nisb.nl

W www.nisb.nl

W www.beweegkuur.nl

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Achtergronden en ontwikkelingen rond het competentieprofiel van de leefstijladviseur	4
2.1	Integrale risicobenadering	4
2.2	Multidisciplinaire aanpak	4
2.3	Context	5
2.4	Relatie tot huidige huisartsen- en diabeteszorg en competentieprofiel Praktijkondersteuner	5
2.5	Uitzonderingssituaties: indien de leefstijladviseurstaken niet worden uitgevoerd door de praktijkondersteuner	5
3	Het competentieprofiel	6
3.1	<i>Doel van leefstijladvisering</i>	6
3.2	<i>Leefstijladvisering in de BeweegKuur</i>	6
3.3	<i>Beroepstaken Beweegkuur</i>	6
3.4	<i>Relatie met competentiegebieden POH</i>	7
4	Uitwerking beroepstaken BeweegKuur	10
4.1	<i>Beroepstaak: Het evalueren van de voortgang in voeding – en beweeggedrag van patiënten (in- en doorstroom BeweegKuur)</i>	10
4.2	<i>Beroepstaak: Het begeleiden en coachen van patiënten</i>	10
4.3	<i>Beroepstaak: Het informeren en adviseren van patiënten</i>	11
4.4	<i>Beroepstaak: Het coördineren van het zorgproces van patiënten in het zorgnetwerk</i>	11
Bijlage	Competenties en Eindtermen Praktijkondersteuners	12

1. Inleiding

Vanaf 2008 wordt in een groot aantal regio's in Nederland de BeweegKuur via het groeimodel geïmplementeerd. Doel is om per 01-01-2011 de BeweegKuur, als onderdeel van de basiszorgverzekering, landelijk beschikbaar te maken. De BeweegKuur is een geprotocolleerde interventie die het voeding- en beweggedrag van patiënten met een hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico beïnvloedt. De leefstijladviseur heeft hierin een centrale en specifieke rol. Zij¹ is een persoonlijke coach die de leefstijl van de patiënt tracht te beïnvloeden. Doel van deze gedragsverandering is het realiseren van gezondheidswinst. De leefstijladviseur is tevens de "spin in het web" en coördineert het begeleidingstraject rondom de patiënt in de 1^e lijn. Voor de BeweegKuur is een competentieprofiel 'leefstijladviseur' ontwikkeld waarin de beroeptaken van de leefstijladviseur beschreven worden. Dit profiel hanteert het werkdocument 'Competenties & Eindtermen Praktijkondersteuner, in 2004 opgesteld door de LHV, als uitgangspunt. Dit document is als bijlage toegevoegd.

2. Achtergronden en ontwikkelingen rond het competentieprofiel van de leefstijladviseur

Binnen de gezondheidszorg doen zich de laatste jaren veel veranderingen voor. Er is een duidelijke verschuiving waarneembaar van curatieve zorg naar preventieve zorg. De eigen verantwoordelijkheid van de burger staat steeds meer centraal en is er meer aandacht voor een gezonde leefstijl en gezonde arbeidsomstandigheden. Dit heeft gevolgen voor de aanbieders van zorg. Naast de curatieve en zorgverlenende functie vervullen zij ook steeds meer een preventieve functie. Stimuleren van een gezonde leefstijl, meer bewegen en aandacht voor gezonde voeding heeft een positief effect op veel (chronische) aandoeningen zoals Diabetes Mellitus type 2, Astma / COPD, overgewicht, obesitas en depressie.

In dit kader zijn er veel initiatieven opgezet die een bijdrage leveren aan preventie van gezondheidsproblemen. Hierbij springen initiatieven zoals de BeweegKuur, Van Klacht naar Kracht, Big Move en Bewegen op Recept in het oog. Centraal in deze initiatieven staat de begeleiding van de patiënt in zijn gedragsverandering naar een actieve en gezonde leefstijl. Voor de betrokken professionals in de eerste lijn betekent de BeweegKuur een uitbreiding van het takenpakket met leefstijladvising. De eerste lijn is hiervoor uitermate geschikt gezien het feit dat een groot deel van de mensen jaarlijks bij de huisarts of andere zorgverleners in de eerste lijn komt. Binnen de huisartspraktijk is daardoor een aanvullend takenpakket ontstaan aansluitend bij de functie van praktijkondersteuner; de zogenaamde leefstijladviseur. Gezien de medische aspecten en handelingen die uitgevoerd dienen te worden, heeft het de voorkeur dat de praktijkondersteuner de functie van leefstijladviseur uitvoert. Het is echter ook mogelijk dat een andere zorgverlener (fysio-/oefentherapeut, diëtist) de functie uitvoert. In dat geval moet er een duidelijke afstemming en verdeling van taken zijn tussen de leefstijladviseur en praktijkondersteuner.

Hieronder worden uitgangspunten voor de beroepsuitoefening van de leefstijladviseur toegelicht.

2.1 Integrale risicobenadering

De integrale risicobenadering houdt in dat er bij het stellen van een diagnose meerdere risicofactoren voor welvaartsziekten bekeken worden. Voor patiënten met een hoog risicoprofiel (Diabetes Mellitus 2, overgewicht, obesitas) betekent dit dat er een cardiovasculair risicoprofiel wordt opgesteld. Daarnaast wordt er gekeken naar leefstijlfactoren zoals voeding en bewegen. Hierop worden gerichte interventies ingezet. De gedachte is dat een integrale benadering een gezondheidsbevorderend effect heeft.

2.2 Multidisciplinaire aanpak

Van de leefstijladviseur wordt verwacht dat er met andere disciplines wordt samengewerkt volgens een multidisciplinaire aanpak. Tijdens de integrale risicobenadering gaat de leefstijladviseur in op meerdere risicofactoren zoals voeding, bewegen en overgewicht. Om kwaliteitsadviezen op deze en andere gebieden te kunnen leveren, wordt er met andere disciplines samengewerkt en een multidisciplinair advies / begeleidingstraject geboden. Een multidisciplinaire aanpak zal effectiever zijn dan een monodisciplinaire aanpak. Wanneer er structurele samenwerking plaatsvindt, de diverse disciplines kennis hebben van elkaanders vakgebied en er korte communicatielijnen bestaan, kan er tijdens de interventie synergie ontstaan. Om de kwaliteit van multidisciplinaire samenwerking te garanderen is het gewenst om de samenwerking te structureren en te protocolleren. De leefstijladviseur werkt samen met disciplines en organisaties zoals: fysiotherapeut, diëtist, huisarts, praktijkassistent, apotheek, GGD, thuiszorg en sport- en beweegbegeleiders.

2.3 Context

De leefstijladviseur verleent (door de huisarts) gedelegeerde coaching en begeleiding aan patiënten die van de huisarts de BeweegKuur voorgeschreven hebben gekregen. Het gaat hierbij om het begeleiden van patiënten naar een gezondere en actieve leefstijl. Het accent ligt op het stimuleren van intrinsieke motivatie van de patiënt en het verhogen van de eigeneffectiviteit en verantwoordelijkheid. Hierbij is speciale aandacht voor het voeding - en beweggedrag van mensen met een hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico. De coaching en begeleiding van deze patiënten vindt plaats naast of in aansluiting op de reguliere zorg. Belangrijke voorwaarde voor de BeweegKuur is dat de uitvoering geïntegreerd is in de reguliere huisartsenzorg.

2.4 Relatie tot huidige huisartsen- en diabeteszorg en competentieprofiel Praktijkondersteuner

Om de medisch inhoudelijke rol in de BeweegKuur te kunnen vervullen dient de leefstijladviseur tenminste te beschikken over competenties zoals door de LHV beschreven zijn in de huidige "Competenties en Eindtermen van de Praktijkondersteuner". Deze staan beschreven in de bijlage van dit document.

Voor het geven van leefstijladvies en leefstijlbegeleiding binnen de BeweegKuur zijn begeleiding- en coachingsvaardigheden vereist. De leefstijladviseur begeleidt de patiënt bij zijn gedragsverandering naar een gezonde leefstijl. Dit dient de huisarts te ontlasten en een toegevoegde waarde hebben in de zorg die vanuit de huisartsenvoorziening wordt geleverd. In de ideale situatie wordt het takenpakket van de leefstijladviseur vervuld door de praktijkondersteuner.

Zij zal dan zowel de leefstijladvisering als de medisch-inhoudelijke zorg (bv. diabetescontrole, hypertensiespreekuur) op zich nemen. Hierdoor ontstaat een optimale inbedding in de reguliere huisartsenzorg.

De leefstijladviseur werkt binnen de huisartsenzorg in nauwe afstemming met de huisarts, de praktijkassistente en eventueel de diabetesverpleegkundige. Buiten de huisartsenzorg vindt er intensieve samenwerking met de fysiotherapeut en diëtist plaats en wordt er nauw afgestemd met de GGD, thuiszorg, apotheek en lokaal sport- en beweegaanbod. Voor inhoudelijke kwaliteitsadviezen (bewegen en voeding) wordt door de leefstijladviseur doorverwezen naar de specifieke professionals (diëtist/ fysiotherapeut).

2.5 Uitzonderingssituaties: indien de taken van de leefstijladviseurs niet worden uitgevoerd door de praktijkondersteuner

In de situatie dat de functie van leefstijladviseur door een andere discipline dan de praktijkondersteuner vervuld wordt, bijvoorbeeld door een diëtist of een fysiotherapeut, vindt er een opsplitsing van taken plaats. De leefstijladviseur verzorgt dan de leefstijladvisering (begeleiding en coaching) in het kader van de BeweegKuur en de reguliere zorg en medische handelingen blijven in handen van de praktijkondersteuner. De praktijkondersteuner voorziet de leefstijladviseur van de noodzakelijke medische gegevens en assisteert bij de indicatiestelling en eventuele doorverwijzing naar de fysiotherapeut en / of diëtist. De praktijkondersteuner verleent, door de huisarts gedelegeerde begeleiding in de bijstelling van de medicatie. De leefstijladviseur werkt nauw samen met de praktijkondersteuner. Belangrijke voorwaarde ook hier is dat de taakuitoefening van de leefstijladviseur plaats vindt in de reguliere huisartsenzorg.

3. Het competentieprofiel

3.1 Doel van leefstijladvisering

Het doel van de leefstijladvisering binnen de BeweegKuur is de begeleiding van mensen met een hoog gewichtsgelateerd gezondheidsrisico naar een actieve en gezonde leefstijl. Hiertoe coacht, informeert en adviseert de leefstijladviseur patiënten om hun leefstijl te verbeteren. De leefstijladviseur tracht gedragsdeterminanten van een gezonde leefstijl in positieve zin te veranderen, zodat het risico op cardiovasculaire aandoeningen, diabetescomplicaties en /of andere aandoeningen wordt beperkt. De leefstijladviseur is verantwoordelijk voor de doorverwijzing naar andere disciplines, de doorverwijzing naar een passend beweeg- en voedingsprogramma en het coaching- en begeleidingstraject.

3.2 Leefstijladvisering in de BeweegKuur

De BeweegKuur is een gecombineerde leefstijlinterventie voor de (eerstelijns) zorg om mensen met een (hoog) gewichtsgelateerd gezondheidsrisico te begeleiden naar een gezonde leefstijl. Op basis van de intake wordt in overleg met de patiënt een persoonlijk zorgplan opgesteld waarin doelen en actieplannen zijn opgenomen. Onder begeleiding van een team van deskundige professionals (huisarts, fysiotherapeut, diëtist en leefstijladviseur) wordt de patiënt vervolgens begeleidt bij haar doelen en actieplannen naar een actieve en gezonde leefstijl. De leefstijladviseur functioneert hier als een spin in het web. Zij doet de de doorverwijzing naar een passend beweeg- en voedingsprogramma, biedt individuele begeleiding en coaching op gedragsverandering, faciliteert een eenduidige en vlotte communicatie in het multidisciplinaire team, coördineert het begeleidingstraject en stemt af met activiteiten buiten de zorgketen. De taken van de leefstijladviseur wordt vaak uitgevoerd door een praktijkondersteuner. Een belangrijk voordeel daarvan is dat deelnemers na een jaar BeweegKuur binnen de reguliere zorg contact houden met de praktijkondersteuner (diabetes-, hypertensiespreekuur e.d.). Hierdoor is monitoring van de veranderde leefstijl, het gedragsbehoud geborgd.

3.3 Beroepstaken Beweegkuur

De beroepstaken van de leefstijladviseur in de BeweegKuur worden hieronder beschreven.

1. Het evalueren van de voortgang in beweeg- en voedingsgedrag van patiënten

De leefstijladviseur neemt bij de eerste ontmoeting een anamnese/intake af. Op basis van deze gegevens stelt zij een gezondheidsprofiel op en maakt in overleg met de patiënt een zorgplan. De leefstijladviseur verwijst de patiënt voor voedingsadvies naar de diëtiste en indien nodig voor bewegen naar de fysiotherapeut. Indien van toepassing maakt de leefstijladviseur, met advies van de fysiotherapeut, een beweegplan op maat. Bij elke volgende ontmoeting van de patiënt en de leefstijladviseur zal geëvalueerd worden in hoeverre de patiënt vooruitgang boekt in de aanpassing van het beweeg- en voedingsgedrag. Daarbij reflecteren de leefstijladviseur en patiënt op de doelen en actieplannen in het zorgplan. Naar aanleiding van de voortgang die wordt gemeten aan de hand van cardiovasculaire- en diabetes parameters, kan de leefstijladviseur (indien van toepassing) de medicatie van de patiënt bijstellen.

2. Het begeleiden en coachen van patiënten

De leefstijladviseur kent de praktische, fysieke en sociaal-emotionele barrières en bestaande structuren van het aanpassen van het beweeggedrag en de leefstijl. De leefstijladviseur ondersteunt de patiënt bij het doorbreken van deze barrières, rekening houdend met de beleving en ontplooiingsmogelijkheden van de patiënt. De begeleiding kenmerkt zich door het coachen van de patiënt door de leefstijladviseur. De patiënt wordt gestimuleerd en gemotiveerd om uiteindelijk zelfstandig de verandering naar een gezonde leefstijl te willen en kunnen realiseren. De leefstijladviseur maakt samen met de patiënt het zorgplan, waar ook de persoonlijke doelen door de patiënt in geformuleerd zijn, naar een gezonde en actieve leefstijl.

3. Het informeren en adviseren van patiënten

De leefstijladviseur is aanspreekpunt voor de patiënt. De leefstijladviseur informeert en adviseert door het overdragen van feitelijke en relevante gegevens aan de patiënt. De leefstijladviseur informeert patiënten over de risicofactoren van Diabetes Mellitus type 2, overgewicht, obesitas en het belang van gezonde voeding en bewegen. Daarnaast geeft de leefstijladviseur advies hoe de leefstijl te veranderen om gezondheidswinst te realiseren. De leefstijladviseur betreft de specifieke situatie van de patiënt bij de advisering en houdt zo rekening met de omgeving van de patiënt en de mogelijkheden van de patiënt op fysiek, mentaal, sociaal en financieel gebied.

4. Het coördineren van het zorgproces van patiënten in het zorgnetwerk

De leefstijladviseur is verantwoordelijk voor de coördinatie van het begeleidingstraject rondom de patiënt. Voor de uitvoering van het begeleidingstraject zorgt de leefstijladviseur voor de opbouw en onderhoud van een netwerk van relevante en functionele contacten in het werkveld. De leefstijladviseur heeft contacten en organiseert multidisciplinair overleg met veel verschillende disciplines in de zorg, waaronder de fysiotherapeut, huisarts, diëtist, de thuiszorg, GGD en aanbieders van sport- en beweegactiviteiten. De leefstijladviseur maakt en bewaakt de afspraken over instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten gedurende het coaching- en begeleidingstraject en geeft terugkoppeling over de voortgang van de patiënt.

Na een jaar stromen patiënten uit de BeweegKuur. Voor het behoud van gedragsverandering is het belangrijk dat de veranderde leefstijl ook na dit jaar wordt gemonitord tijdens reguliere contactmomenten bij de praktijkondersteuner (diabetes-, hypertensiespreekuur e.d.) Indien de leefstijladviseur niet de praktijkondersteuner is, dient er gezorgd te worden voor een goede overdracht naar de praktijkondersteuner. De praktijkondersteuner dient dermate op de hoogte te zijn dat mogelijke terugval van de patiënt vroegtijdig kan worden gesignaleerd en adequaat opgevangen kan worden. Terugvalpreventie is belangrijk in het nazorgtraject van de BeweegKuur.

3.4 Relatie met competentiegebieden praktijkondersteuner²¹

De beroepstaken van de BeweegKuur staan niet op zichzelf maar vallen (gedeeltelijk) binnen de competentiegebieden van de praktijkondersteuner. Deze competenties staan beschreven in het document 'Competenties & Eindtermen Praktijkondersteuner'. Het document staat in bijlage 1 van dit functieprofiel.

In onderstaand overzicht kan worden afgelezen welke competenties tenminste nodig zijn bij het uitvoeren van de beroepstaken van de BeweegKuur. De competentiegebieden worden hieronder kort toegelicht. In hoofdstuk 4 worden de beroepstaken BeweegKuur uitgebreid beschreven.

	Zorgverlening	Voorlichting en educatie	Praktijkvoering	Samenwerken	Professionele rolontwikkeling	Kwaliteitszorg
1. Het en evalueren van de voortgang in bewegen en voedingsgedrag van patiënten	x			x	x	x
2. Begeleiden en coachen van patiënten		x			x	x
3. Het informeren en adviseren van patiënten		x			x	x
4. Het coördineren van het zorgproces van patiënten in het zorgnetwerk			x	x	x	x

Toelichting competentiegebieden POH:

Zorgverlening

Een doelgerichte (gedelegeerde) zorgverlening aan chronische zieken in de huisartsenzorg (vooral aan patiënten met diabetes, astma en COPD); op methodische wijze en met gebruikmaking van beschikbare standaarden en instrumenten voor de specifieke patiëntengroepen.

Voorlichting en educatie

Een doelgerichte educatie van en voorlichting aan individuele patiënten in de huisartsenzorg (vooral patiënten met diabetes, astma en COPD); gericht op kennis, gedragsverandering en het leren omgaan met de (gevolgen van de) aandoening en met gebruikmaking van beschikbare middelen voor de specifieke patiëntengroepen.

Praktijkvoering

Een doelgerichte organisatie van de eigen zorgverlening in de huisartsenpraktijk met een effectieve en efficiënte inzet van beschikbare mensen en middelen, en rekening houdend met de belangen van de praktijk en met de taken en activiteiten van andere teamleden, en externe hulpverleners en instellingen.

Samenwerking

Een doelgerichte samenwerking in de eigen zorgverlening en praktijkvoering in de huisartsenzorg en snel inspelend op korte, snel wisselende contacten met uiteenlopende samenwerkingspartners(chronisch zieken, teamleden, externe hulpverleners en instellingen).

Professionele rol ontwikkeling

Het doelgericht ontwikkelen van de professionele rol in de zorgverlening en praktijkvoering, en in de positionering, profilering en inhoudelijke ontwikkeling van de functie in de huisartsenzorg.

Kwaliteitszorg

Het systematisch verbeteren en borgen van de kwaliteit van de eigen zorgverlening en eigen praktijkvoering in de huisartsenzorg.

4. Uitwerking beroepstaken BeweegKuur

In dit hoofdstuk worden de handelingscriteria voor de uitvoering van de beroepstaken, weergegeven in paragraaf 3.3 beschreven.

4.1 Beroepstaak: Het evalueren van de voortgang in voeding – en beweeggedrag van patiënten (in- en doorstroom BeweegKuur)

De leefstijladviseur:

1. verzamelt gegevens voor het opstellen van het cardiovasculair risico profiel
2. besteedt gericht aandacht aan de aanwezigheid van andere risicofactoren en/of aandoeningen
3. verzamelt gegevens voor het vaststellen van de beweegscore en het beweeggedrag
4. verzamelt gegevens voor het vaststellen van de fase van gedragsverandering
5. verzamelt gegevens voor het invullen van het ICF formulier (ICF= International Classification of Functioning, Disability and Health)
6. maakt een dossier aan waarin de beweegscore, het beweeggedrag, het cardiovasculair risicoprofiel en de ICF BeweegKuur worden opgenomen
7. verwijst door naar het beweeg- en voedingsprogramma
8. verwijst, indien nodig, door naar de fysiotherapeut
9. bespreekt samen met de patiënt welke lokale beweegactiviteiten het beste aansluiten bij de wensen en de mogelijkheden van de patiënt
10. stelt indien nodig, met advies van de fysiotherapeut, een beweegplan op voor de patiënt waarin duur en frequentie in een opbouwschema vermeld staan
11. organiseert groepsbijeenkomsten voor patiënten over specifieke onderwerpen zoals voeding en bewegen
11. coacht en begeleidt ten aanzien van voeding en bewegen
12. verwijst de patiënt door naar de diëtist voor een individueel samengesteld voedingsplan
13. stimuleert (en verwijst door naar) deelname aan het sport- en bewegingsaanbod (bij voorkeur groepsactiviteiten)
14. evalueert het proces, toets de haalbaarheid en stelt, indien nodig, het zorgplan bij
15. evalueert tussentijds op resultaat en proces
16. biedt een passende begeleidingsstructuur (qua frequentie en aanhakend bij de reguliere controles)
17. past, zo mogelijk en van toepassing, medicatie aan
18. evalueert het effect van de gedragsverandering
19. begeleidt de uitstroom

4.2 Beroepstaak: Het begeleiden en coachen van patiënten

De leefstijladviseur”

De leefstijladviseur:

1. wijst de patiënt op de eigen verantwoordelijkheid en respecteert deze zelf ook
2. betreft de specifieke situatie van de patiënt bij de advisering en houdt zo rekening met de omgeving van de cliënt en de mogelijkheden van de cliënt op fysiek, mentaal, sociaal en financieel gebied.
3. past algemene adviesvaardigheden toe: onderhandelt over behoeften, weet om te gaan met tegenstrijdige motieven en weerstand, beschouwt het intake(vraag)gesprek als een interventie, comprimeert gegevens, is in staat professionele en persoonlijke context te scheiden
4. past de basistechnieken van motiverende gespreksvaardigheden toe (open vragen, samenvatten, ondersteunen en bevestigen, reflectie etc.)

5. kent de stadia van gedragsverandering en kan hierop interveniëren
6. ziet coachen als een interventie; maakt keuze uit toepasbare – motivational interviewing technieken en materialen
7. bespreekt knelpunten en barrières en monitort de fase van gedragsverandering
8. motiveert en stimuleert ten einde compliance te realiseren
9. signaleert terugval en weet hier adequaat op te handelen

4.3 Beroepstaak: Het informeren en adviseren van patiënten

De leefstijladviseur:

1. informeert patiënten over de risicofactoren van overgewicht en obesitas en het belang van een gezonde leefstijl
2. sluit aan en versterkt de adviezen van de diëtist en fysiotherapeut
3. geeft advies hoe de leefstijl te veranderen om gezondheidsverbetering te bereiken.
4. geeft follow-up op de voedingsadviezen van de diëtist en past hierbij de richtlijn gezonde voeding van de gezondheidsraad toe

4.4 Beroepstaak: Het coördineren van het zorgproces van patiënten in het zorgnetwerk

De leefstijladviseur:

1. neemt contact op met andere disciplines bv. diëtist, fysiotherapeut en lokale sport- en beweegaanbieders en verwijst de patiënt indien nodig door
2. is verantwoordelijk voor de coördinatie van het (zorg)proces rondom de patiënt
3. zorgt voor de uitvoering van het begeleidingstraject en voor de opbouw en onderhoud van een netwerk van relevante en functionele contacten
4. heeft contacten met veel verschillende disciplines in de zorg, waaronder de fysiotherapeut, huisarts, diëtist en aanbieders van sport- en beweegactiviteiten
5. organiseert multidisciplinair en / of interdisciplinair overleg
6. maakt en bewaakt de afspraken over instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten gedurende het advies- en begeleidingstraject met de bovengenoemde disciplines en geeft terugkoppeling over de voortgang van de patiënt.
7. zorgt voor de inhoudelijke afstemming van de adviezen van betrokken professionals.
8. kent laagdrempelige beweegactiviteiten en voedingsinterventies in de regio
9. borgt de doorstroom naar lokaal/regulier aanbod
10. is in samenwerking met derden (GGD, gemeente, welzijn) mede- verantwoordelijk voor het opstellen en het onderhouden de sociale kaart

Bijlage 1

Competenties en Eindtermen Praktijkondersteuners



COLOFON

Deze publicatie is een uitgave van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

Auteur: drs. Gerard H.W. van de Goor, adviseur/projectleider POH
Illustratie: De Beeldredactie
Vormgeving en drukwerk: CirCum Communicatie Groep, Deurne

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd zonder schriftelijke toestemming van de uitgever.

© 2004, Landelijke Huisartsen Vereniging

INHOUDSOPGAVE

1 Ontwikkeling en evaluatie	14
1.1 Doel competenties en eindtermen	14
1.2 Ontwikkeling werkdocument	14
1.3 Van project naar structurele situatie	15
2 Competenties praktijkondersteuners	16
2.1 Context werkzaamheden praktijkondersteuning	16
2.2 Competentiegebieden	16
2.3 Uitwerking competentiegebieden	18
3 Medisch-inhoudelijke eindtermen	23
3.1 Inleiding	23
3.2 Algemene taken praktijkorganisatie	25
3.3 Patiëntgebonden kennis en vaardigheden	27
3.4 Ziektegebonden kennis en vaardigheden	28
3.5 Begeleiding patiënten met diabetes mellitus type 2	30
3.6 Begeleiding patiënten met astma/COPD	32
3.7 Begeleiding patiënten met een hoog risico op HVZ	33
3.8 Facultatieve taken	34
3.9 Onderwijssuggesties	36
4 Functieomschrijving	37
4.1 Inleiding en toelichting	37
4.2 Kern en doel van de functie	37
4.3 Plaats in de organisatie	37
4.4 Leiding ontvangen en geven	37
4.5 Interne en externe contacten	37
4.6 Taken en verantwoordelijkheden	38
4.7 Gezichtspunten	39

1. ONTWIKKELING EN EVALUATIE

1.1 *Doel competenties en eindtermen*

Het document 'Competenties & Eindtermen Praktijkondersteuning' is ontwikkeld om helder en eenvoudig te formuleren aan welke competenties en eindtermen praktijkondersteuners moeten voldoen (aan het einde van de opleiding).

Het document biedt hogescholen handvatten voor hun opleidingsaanbod voor praktijkondersteuners en bevordert de vergelijkbaarheid van opleidingen. Daarnaast biedt het document inzicht aan huisartsen, (potentiële) praktijkondersteuners, praktijkassistenten en zorgverzekeraars in de eisen die gesteld worden aan opgeleide praktijkondersteuners.

1.2. *Ontwikkeling werkdocument*

Het voorliggende document is sinds het eerste werkdocument in 2001 in twee fasen geëvalueerd respectievelijk verder uitgewerkt.

In 2001 heeft de LHV bij de start van het project Praktijkondersteuning Huisartsen in samenwerking met een vijftal HBO-instellingen een werkdocument opgesteld. In twee 'invitational conferences' is uitvoerig met mensen uit proefprojecten, en medewerkers van de NHG, LVW, NVDA, HBO-opleidingen, DHV-en van gedachten gewisseld over de vereiste competenties van HBO-praktijkondersteuners.

Het werkdocument 'Competenties & Eindtermen' (2002) is breed verspreid onder hogescholen, DHV'en, landelijke en regionale organisaties en uiteraard (potentiële) praktijkondersteuners en huisartsen.

Een jaar later, op 14 juni 2002, heeft de LHV een werkconferentie georganiseerd waarin de evaluatie van het werkdocument Competenties & Eindtermen centraal stond. Uit deze evaluatie bleek dat er nog steeds brede steun was voor het werkdocument uit 2001. Verder was een belangrijke constatering dat met de beschreven competenties ook andere groepen chronisch zieken kunnen worden behandeld, mits praktijkondersteuners over de benodigde medisch-inhoudelijke kennis beschikken.

In de aangepaste versie van het werkdocument 2002 was daarom de belangrijkste vernieuwing dat de competenties van toepassing zijn op zorgverlening aan alle groepen chronisch zieken. De patiënten met DM 2 en astma/COPD behoren daarbij tot de landelijk afgesproken kern van de nieuwe functie.

In de LHV-kwaliteitsevaluatie Opleidingen POH 2002 bleek onder meer dat de opleidingen nog erg tweedelijnsgericht zijn, dat er grote verschillen in onderwijsprogramma's zijn en dat er binnen het competentiegerichte onderwijs meer aandacht besteed moet worden aan medisch-inhoudelijke kennis en vaardigheden. Ook de Huisartsenopleidingen en de huisartsenexpertgroepen DiHAG en CaHAG signaleerden deze punten.

In 2003 heeft de LHV daarom aan het NHG en de huisartsen expertgroepen DiHAG en CaHAG gevraagd de medisch-inhoudelijke eindtermen voor praktijkondersteuners verder uit te werken. In maart 2004 zijn in conferentie met opleidingen en diverse betrokken organisaties uit het werkveld de concept-medisch-inhoudelijke eindtermen voor Diabetes Mellitus type 2, Astma/COPD en Hart- en vaatziekten met grote instemming ontvangen. De eindtermen voor DM 2 en Astma/COPD zijn te beschouwen als borging van hetgeen in de praktijk is ontwikkeld, terwijl de eindtermen voor HVZ, nieuwe ontwikkelingsmogelijkheden bieden voor praktijkondersteuners. In de voorliggende versie van het werkdocument Competenties & Eindtermen 2004 zijn de medisch-inhoudelijke eindtermen in hoofdstuk 3 opgenomen.

1.3 Van project naar structurele studie

Het landelijke project Implementatie Praktijkondersteuning is in 2000 gestart met het doel om eind 2004 bij tachtig procent van de huisartsen praktijkondersteuning geïmplementeerd te hebben. Door ontbrekende macrofinanciering voor huisartsen is de implementatie sinds begin 2003 ernstig belemmerd. Het kwantitatieve implementatiedoel kon daardoor helaas niet worden gerealiseerd.

Het werkdocument Competenties & Eindtermen 2004 vormt een rapportage van de inhoudelijke ontwikkeling van praktijkondersteuning bij huisartsen. Het werkdocument beschrijft op welke wijze praktijkondersteuning anno 2004 in de huisartsenzorg wordt ingevuld.

2.1 Context praktijkondersteuners

De praktijkondersteuner verleent gedelegeerde medisch-inhoudelijke huisartsgeneeskundige zorg, in het bijzonder aan patiënten met een chronische ziekte. Het accent van de functie ligt op die medisch inhoudelijke activiteiten die zich lenen voor taakdelegatie en protocollering. De praktijkondersteuner is in dienst van dan wel gedetacheerd bij een bestaand of nieuw samenwerkingsverband van huisartsen. De praktijkondersteuner werkt een beperkt aantal uren per huisarts(enpraktijk).

Bij de implementatie van praktijkondersteuning maken de samenwerkende huisartsen een keuze voor uitvoering van de NHG-standaard diabetes mellitus of de NHG-standaard Astma/COPD. Met de uitvoering van een van deze standaarden is naar schatting vijftig procent van de tijd van de praktijkondersteuner gevuld.

De keuze op welke NHG-standaard en op welke overige patiëntengroep(en) de praktijkondersteuner zich richt, wordt gemaakt door het samenwerkingsverband van huisartsen op basis van de patiëntenpopulatie, de lokale omstandigheden, de gewenste taakdelegatie, de mogelijkheden van in de praktijken werkzame functionarissen, de resultaten van de praktijkanalyse en regionaal beleid.

De praktijkondersteuner zal een groot deel van de (gedelegeerde) zorgverlening in een eigen (te organiseren) spreekuur uitvoeren, waarbij sprake is van herhaalde, periodieke, korte, intensieve, contacten met chronisch zieken.

De praktijkondersteuner werkt als één van de professionals in een team. In veel gevallen zal de praktijkondersteuner in een aantal samenwerkende huisartsenpraktijken als enige in deze functie werkzaam zijn.

De praktijkondersteuner heeft als professional op HBO-niveau een eigen verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid voor door hem uitgevoerde delen van huisartsgeneeskundige zorg. De huisarts is eindverantwoordelijk voor de huisartsgeneeskundige zorg die de praktijkondersteuner verleent.

De functie praktijkondersteuner is in de beginjaren nieuw voor alle betrokkenen in de huisartsenzorg en daarbuiten. Voor de start van praktijkondersteuning maken de samenwerkende huisartsen onderling afspraken over organisatie en management.

2.2. Competentiegebieden

2.2.1. Zorgverlening

Een doelgerichte (gedelegeerde) zorgverlening aan chronisch zieken in de huisartsenzorg (met name aan patiënten met DM en Astma/COPD; op methodische wijze en met gebruikmaking van beschikbare standaarden en instrumenten voor de specifieke patiëntengroepen.

2.2.2. Voorlichting en educatie

Een doelgerichte educatie van en voorlichting aan individuele patiënten in de huisartsenzorg (met name patiënten met DM en Astma/COPD) gericht op kennis, gedragsverandering en het leren omgaan met de (gevolgen van de) aandoening en met gebruikmaking van beschikbare middelen voor de specifieke patiëntengroepen.

2.2.3. Praktijkvoering

Een doelgerichte organisatie van de eigen zorgverlening in de huisartsenpraktijk met een effectieve en efficiënte inzet van beschikbare mensen en middelen, en rekening houdend met de belangen van de praktijk en met de taken en activiteiten van andere teamleden, en externe hulpverleners en instellingen.

2.24. Samenwerking

Een doelgerichte samenwerking in de eigen zorgverlening en praktijkuitvoering in de huisartsenzorg en snel inspeland op korte, snel wisselende contacten met uiteenlopende samenwerkingspartners (chronisch zieken, teamleden, externe hulpverleners en instellingen).

2.2.5. Professionele rol ontwikkeling

Het doelgericht ontwikkelen van de professionele rol in de zorgverlening en praktijkvoering, en in de positionering, profilering en inhoudelijke ontwikkeling van de functie in de huisartsenzorg.

2.2.6. Kwaliteitszorg

Het systematisch verbeteren en borgen van de kwaliteit van de eigen zorgverlening en eigen praktijkvoering in de huisartsenzorg.

2.3. Uitwerking competentiegebieden

2.3.1. Zorgverlening

Een doelgerichte (gedelegeerde) zorgverlening aan chronisch zieken in de huisartsenzorg (met name aan patiënten met DM en Astma/COPD); op methodische wijze en met gebruikmaking van beschikbare standaarden en instrumenten voor de specifieke patiëntengroepen.

NB: De zorgverlening in de vorm van educatie en voorlichting is afzonderlijk uitgewerkt in een competentiegebied.

De praktijkondersteuner kan:

- gedelegeerd of zelfstandig in complexe situaties, volgens een afhankelijk van de situatie te kiezen methodiek, medisch of verpleegkundige problemen van patiënten inventariseren, gegevens verzamelen en analyseren, en gezondheidsproblemen vaststellen;
- de prognose en mogelijkheden van de patiënt bepalen resp. inschatten;
- bepalen of de patiënt terug- respectievelijk doorverwezen moet worden naar de huisarts of andere hulpverlener of instelling;
- in overleg met patiënt een beoogd resultaat formuleren en een resultaatindicator hiervoor aangeven;
- een interventie kiezen uit beschikbare alternatieven, gezien de prognose en de mogelijkheden van de patiënt en diens sociale omgeving, en dit met hem/hen bespreken;
- de gekozen interventie plannen en afstemmen met activiteiten van andere hulpverleners en instanties en de gekozen interventie uitvoeren;
- de interventie beoordelen op effectiviteit en efficiëntie en naar aanleiding daarvan actie ondernemen;
- probleemgericht rapporteren in het elektronisch medisch dossier;
- de eigen zorgverlening inzichtelijk maken en verantwoorden;
- de kwaliteit van de zorgverlening analyseren, verbeterpunten benoemen, prioriteiten ten aanzien van verbeteringen stellen, verbeterindicatoren benoemen, en verbeteracties kiezen en uitvoeren.

2.3.2 Educatie en voorlichting

Een doelgerichte educatie van en voorlichting aan individuele patiënten in de huisartsenzorg (met name patiënten met DM en Astma/COPD) gericht op kennis, gedragsverandering en het leren omgaan met de (gevolgen van de) aandoening en met gebruikmaking van beschikbare middelen voor de specifieke patiëntengroepen.

De praktijkondersteuner kan:

- bepalen welke gedragsfactoren en emotionele factoren samenhangen met het gezondheidsprobleem van de patiënt en/of dit beïnvloeden;
- met de patiënt de beoogde gedragsverandering vaststellen;
- een educatie-interventie kiezen uit beschikbare alternatieven, deze interventie bespreken met de patiënt, en hem hierover adviseren;
- de educatie-interventie plannen en afstemmen met activiteiten van andere hulpverleners en instanties;
- voorlichting geven voor aandoening en gevolgen, medicatie, behandeling, etc.;
- instructie geven over medicatie en behandeling en hoe zelf te handelen bij problemen;
- voorlichtingsmateriaal beoordelen op functionaliteit en kwaliteit;
- de kwaliteit van de educatie en voorlichting analyseren, verbeterpunten benoemen, prioriteiten ten aanzien van verbeteringen stellen.

2.3.3. Praktijkvoering

Een doelgerichte organisatie van de eigen zorgverlening in de huisartsenpraktijk met een effectieve en efficiënte inzet van beschikbare mensen en middelen, en rekening houdend met de belangen van de praktijk en met de taken en activiteiten van andere teamleden, en externe hulpverleners en instellingen.

De praktijkondersteuner kan:

- eigen spreekuur of visites plannen, organiseren, uitvoeren, afronden en evalueren;
- eigen werkzaamheden en die van andere hulpverleners (in- en extern) zowel inhoudelijk als organisatorisch op elkaar afstemmen;
- op verantwoorde wijze taken verdelen en overdragen aan huisarts, praktijkassistente(n), andere praktijkondersteuners en externe hulpverleners;
- informatie opvragen en rapporteren in een EMD;
- knelpunten en verstoringen in eigen praktijkvoering zelfstandig oplossen;
- eigen deskundigheid onderscheiden van die van de huisarts, praktijkassistente(n), andere praktijkondersteuners en externe hulpverleners. Met handhaving van de eigen professionaliteit flexibel met de grenzen omgaan;
- een sociale kaart (resp. netwerk en ontwikkelingen in andere zorgsectoren) opzetten en onderhouden ten aanzien van eigen taak resp. eigen patiëntengroepen;
- de kwaliteit van de eigen praktijkvoering analyseren, verbeterpunten benoemen, prioriteiten ten aanzien van verbeteringen stellen, verbeterindicatoren benoemen en verbeteracties kiezen en uitvoeren.

2.3.4. Samenwerking

Een doelgerichte samenwerking in de zorgverlening en praktijkvoering in de huisartsenzorg en adequaat inspeland op korte, snel wisselende contacten met uiteenlopende samenwerkingspartners (chronisch zieken, teamleden, externe hulpverleners en instellingen).

De praktijkondersteuner kan:

- met patiënt(systeem), teamleden, externe hulpverleners en instanties een functionele (samenwerkings)relatie opbouwen en onderhouden;
- omgaan met en onderhandelen over (mogelijke) tegenstrijdige belangen van samenwerkingspartners;
- met patiënt(systeem), externe hulpverleners en instanties vragen, problemen en knelpunten in de samenwerking benoemen en bespreken;
- (potentiële) conflicten signaleren, benoemen en daarbij adequaat handelen;
- met patiënt(systeem), teamleden, externe hulpverleners en instanties een beoogde verbetering in de samenwerking bespreken;
- met patiënt(systeem), teamleden, externe hulpverleners en instanties bespreken en bepalen hoe de samenwerking kan worden verbeterd;
- in uiteenlopende situaties een keuze maken uit gesprekstechnieken en –vormen;
- ten behoeve van uiteenlopende situaties functioneel schriftelijk en mondeling communiceren;
- aan patiënt(systeem), teamleden, externe hulpverleners en instanties feedback geven en van hen feedback ontvangen.

2.3.5. Professionele rol ontwikkelen

Het doelgericht ontwikkelen van de professionele rol in de zorgverlening en praktijkvoering en in de positionering, profilering en inhoudelijke ontwikkeling van de functie in de huisartsenzorg.

De praktijkondersteuner:

- positioneert de eigen functie;
- profileert de eigen functie;
- werkt zelfstandig volgens een omschreven takenpakket en draagt zorg voor periodieke evaluatie;
- draagt professioneel verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de eigen activiteiten;
- kan over eigen takenpakket onderhandelen met huisarts(en), praktijkassistente(n), en de eventuele andere praktijkondersteuners;
- heeft inzicht in de eigen mogelijkheden en de grenzen van de eigen bekwaamheid, mede in relatie tot relevante wet- en regelgeving;
- kan de eigen bekwaamheden onderhouden;
- kan reflecteren op het eigen handelen;
- draagt bij aan de inhoudelijke ontwikkeling van de functie in de huisartsenpraktijk.

2.3.6. Kwaliteitszorg

Het systematisch verbeteren en borgen van de kwaliteit van de eigen zorgverlening en eigen praktijkvoering in de huisartsenzorg.

De hierbij behorende competenties worden niet afzonderlijk benoemd maar zijn gekoppeld aan de bovenstaande vijf competentiegebieden.

3. MEDISCH-INHOUDELIJKE EINDTERMEN Risicofactoren voor diabetes mellitus type 2, astma/COPD en hart- en vaatziekten

3.1 Inleiding

Voor drie patiëntengroepen zijn medisch-inhoudelijke eindtermen geformuleerd, te weten diabetes mellitus 2, astma/COPD en hart- en vaatziekten. De eerste twee categorieën behoren tot de landelijke kern van de functie praktijkondersteuner. Hart- en vaatziekten zijn facultatief. De eindtermen vormen een meer gedetailleerde uitwerking van de competentiegebieden in hoofdstuk 2.

Van de praktijkondersteuner wordt basiskennis verwacht van anatomie, fysiologie en pathologie. Deze basiskennis ligt op het niveau van de HBO-verpleegkundige. Daarnaast is voor praktijkondersteuners specifieke kennis vereist van diabetes mellitus, Astma/COPD en hart- en vaatziekten.

De praktijkondersteuner hoeft niet over de totale kennis te beschikken die de huisarts heeft en die is beschreven in de desbetreffende NHG-standaarden. Wel moet een praktijkondersteuner bepaalde ziekten kunnen herkennen, vooral wanneer overleg met de huisarts is aangewezen. Als voorbeeld een patiënt die onder controle staat voor hypertensie klaagt over pijn op de borst bij inspanning, is het van belang dat de praktijkondersteuner denkt aan angina pectoris (zonder dat zij bekend is met alle differentiaal diagnostische aspecten en behandelopties). De praktijkondersteuner stelt geen diagnoses en start niet zelfstandig met medicatie.

In de *praktijkhandleidingen* over diabetes mellitus (DM), astma/COPD en hart- en vaatziekten (HVZ) wordt specifiek voor praktijkondersteuners en praktijkassistentes achtergrondinformatie gegeven over de verschillende aandoeningen.

De informatie die een praktijkondersteuner nodig heeft om tijdig te kunnen signaleren, staat beschreven in de *Telefoonwijzer* van het NHG die ontwikkeld is voor de triage op de huisartsenpost.

De praktijkondersteuner moet kennis hebben van ziektebeelden, maar ook kennis van niet direct medische zaken, zoals het Huisartsen Informatie Systeem (HIS), voorlichtingsaspecten en organisatorische vaardigheden. Daarnaast is het van belang dat de praktijkondersteuner op de hoogte is van kwaliteitsdenken in de huisartsenpraktijk en het begrip indicatoren. Voorbeelden van indicatoren zijn bij patiënten met diabetes mellitus het glyHb of de controles door de oogarts; bij hart- en vaatziekten het aantal patiënten met een ingevuld risicoprofiel. De praktijkondersteuner kan omgaan met deze evaluatie van het handelen in de praktijk.

De medisch-inhoudelijke eindtermen zijn geformuleerd en ingedeeld in taken. Bij een taak gaat het om kennis en vaardigheden. Van elke taak is aangegeven op welk competentieniveau de taak uitgevoerd moet kunnen worden door de praktijkondersteuner. Hierbij is gebruik gemaakt van de formulering van de *competentieniveaus van Miller*:

- M1.** Het eerste niveau houdt in dat iemand beschikt over feitenkennis op het vakgebied, die schriftelijk of mondeling getoetst kunnen worden (*'knows'*);
- M2.** Bij het tweede niveau weet men hoe kennis toegepast kan worden. Het gaat hier meer om het beredeneren van verbanden. Dit vergt schriftelijk of mondeling toetsbaar inzicht (*'knows how'*);
- M3.** Op het derde niveau kan men in een toetssituatie tonen, dat men een vaardigheid beheerst. Deze toetsing is in de regel niet schriftelijk, maar in een (gesimuleerde) situatie (*'knows how'*);

M4. Het vierde en hoogste niveau geeft aan dat de vaardigheden in de dagelijkse praktijk adequaat toegepast worden; dit vergt ook een toetsing in de dagelijkse praktijk ('does').

Bij elke eindterm is aangegeven op welk competentieniveau dit idealiter ingeschaald dient te worden. De niveaus zijn bestemd als handreiking voor opleidingen voor de toetsing van praktijkondersteuners. In de praktijk zal dat niet altijd haalbaar zijn. Zo vraagt Miller M4 bijvoorbeeld video-opnames of aanwezigheid bij een spreekuur.

De medisch-inhoudelijke eindtermen zijn beschreven in de volgende paragrafen:

- 3.2. algemene taken praktijkorganisatie
- 3.3. patiëntgebonden kennis en vaardigheden
- 3.4. ziektegebonden kennis en vaardigheden
- 3.5. begeleiding van patiënten met diabetes mellitus type 2
- 3.6. begeleiding van patiënten met astma/COPD
- 3.7. begeleiding van patiënten met een hoog risico op hart- en vaatziekten
- 3.8. facultatieve taken

3.2 Algemene taken praktijkorganisatie

Hoe organiseer je het oproepen van een groep patiënten? Welke randvoorwaarden zijn daarbij nodig?

Kennis (M2)

- Tijdsinvestering die de activiteit vraagt
- Kennis over de opbrengst van oproepen en screening
- Kennis van de onderdelen van een risicoprofiel.

Vaardigheden

- Planning maken
- Uitnodigingsbrief maken
- Algemeen inzicht in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS): markeringen, selecteren van patiëntgroepen op basis van markering, medicatie, probleemlijst of episodes (M4)
- Specifieke vaardigheden in het HIS: maken van een lijst, etiketten, registratie van spreekuurcontacten en het aanmaken van een risicoprofiel.

Hoe maak je een individueel aangepast controleschema?

Kennis (M2)

- Controleschema's, zoals geadviseerd in de desbetreffende NHG-Standaarden
- Vertalen van de aanbevelingen in de standaard naar de individuele patiënt
- Kennis over compliantiebevorderende maatregelen (compliantie = de patiënt houdt zich aan afspraken).

Vaardigheden (M4)

- Uitvoeren van een adequaat afsprakensysteem (direct een afspraak maken, meegeven van een kaartje, registratie in HIS, bewaken en nakomen van afspraken)
- Gebruik van het HIS voor het bewaken van controles en afspraken
- Bevorderen van compliantie.

Wat is er nodig om spreekuur te doen voor patiënten met (risicofactoren voor) DM, Astma/COPD resp. HVZ? Wat zijn de randvoorwaarden?

Kennis (M2)

- Werking en ijking van benodigd instrumentarium, zoals bloeddrukmeter, glucosemeter, peak-flowmeter, Semmes Weinstein monofilament
- Kennis over actuele protocollen en procedures in de praktijk.

Vaardigheden (M4)

- Beheersen van consultuitvoeringstechnieken
- Hanteren en ijken van benodigd instrumentarium
- Afstemmen van werkruimte, tijd voor overleg en evaluatie, samenwerking met praktijkassistente.
- Aanvragen van laboratoriumonderzoek, longfunctieonderzoek en verwijzen naar de oogarts voor fundusbeoordeling.

Uitvoeren van een kwaliteitsbeleid met het doel inzicht te krijgen in het ingestelde beleid (evaluatie).

Kennis

- Bekendheid met verschillende indicatoren (M1)

Vaardigheden (M2)

- Taken vastleggen in een protocol
- Handelingen vastleggen in procedures
- Meten van indicatoren
- Beschrijven van de kwaliteit van de organisatie en het proces van zorg
- (Laten) ijkken van instrumentarium
- Protocol bijstellen op basis van nieuwe feiten in overleg met de huisarts
- Definiëren en uitvoeren van verbeterplannen

3.3 Patiëntgebonden kennis en vaardigheden

Hoe neem je een gerichte anamnese af bij patiënten met (risicofactoren voor) DM, Astma/COPD resp. HVZ (uitwerking in de andere modules)?

Kennis (M2)

- Klachten (cardiovasculair, oogproblemen, voetproblemen, hoesten, kortademigheid, piepen, alarmsymptomen), leefstijlfactoren, gedrag
- Angsten, ervaringen aan de kant van de patiënt
- Invloed van HVZ/DM/Astma/COPD op de kwaliteit van leven (QOL)

Vaardigheden (M4)

- Inventarisatie van klachten, leefstijlfactoren en gedrag in relatie tot de ziekte
- Uitleg geven over de verschillende klachten en de relatie met het optreden van ziekte
- Communicatie met de arts voor overleg over de risicoschatting en het verdere beleid.

Hoe verricht je lichamelijk onderzoek bij patiënten met (risicofactoren voor) DM, Astma/COPD resp. HVZ? (wordt in volgende onderdelen concreet uitgewerkt)

Kennis (M2)

- Voorbereiding en uitvoering van lichamelijk onderzoek gericht op de aandoening
- Onderdelen van het lichamelijk onderzoek, per aandoening omschreven
- Preventieve maatregelen, per aandoening omschreven

Vaardigheden (M4)

- Meting van bloeddruk, lengte en gewicht en buikomtrek
- Berekenen van de Quetelet-index.

Hoe maak je met de patiënt een plan van aanpak van risicofactoren voor DM, Astma/COPD resp. HVZ?

Kennis (M2)

- Beïnvloeding van de verschillende risicofactoren en de verwachte winst
- Angsten en belemmeringen aan de kant van de patiënt
- Belemmeringen aan de kant van de arts/praktijkondersteuner
- Counselingtechnieken, zoals de MIS bij stoppen met roken en globale advisering over voeding en gewicht.

Vaardigheden (M4)

- Uitleg geven over manieren om de verschillende risicofactoren gunstig te beïnvloeden en de gevolgen daarvan voor het beloop van de aandoening en/of de kans op ziekte
- Counseling waaronder ook de MIS bij stoppen met roken
- Communicatie met de arts voor overleg over de risicoschatting en het verdere beleid

3.4 Ziektegebonden kennis en vaardigheden

Hoe selecteer je patiënten met DM, Astma/COPD respectievelijk HVZ?

Kennis

- Ziektebeelden HVZ/DM/astma/COPD met de bijbehorende aspecten van anatomie, fysiologie en pathofysiologie (M2)
- Verschillende fasen van HVZ/DM/astma/COPD (M2)
- Patiënten die niet in aanmerking komen voor begeleiding volgens de standaard (hoogbejaarden, terminaal zieken, intensieve begeleiding vanuit het ziekenhuis)

Vaardigheden (M4)

- Selecteren van patiënten met HVZ/DM/astma/COPD.

Hoe breng je de risicofactoren voor DM, Astma/COPD resp. HVZ bij een patiënt in kaart?

Kennis (M2)

- Het begrip risicofactor voor een bepaalde aandoening.
- De wijze waarop de verschillende risicofactoren elkaar beïnvloeden. (M2)
- De risicofactoren die van belang zijn om een inschatting te maken voor een individuele patiënt (M2)
- NHG-Richtlijnen over risicofactoren (Hypertensie, Cholesterol, DM) (M2)
- Hanteren van tabellen voor een risico-inschatting (M2).

Vaardigheden (M4)

- HIS: registratie van een risicoprofiel
- Hanteren (waaronder ook ijken) van instrumentarium dat vereist is voor de activiteit, zoals bepaling van bloeddruk en bloedglucose
- Individueel toepassen van richtlijnen
- Consultvaardigheden
- Kunnen interpreteren van en werken met risicotabellen.

Hoe kun je de aandoening beïnvloeden zonder medicatie? Hierbij gaat het vooral om de mogelijkheden om het gedrag te veranderen?

Kennis (M2)

- Voorlichtingsaspecten over de beïnvloeding van risicofactoren
- Effect van interventie van leefstijl (gewichtsbeïnvloeding, bewegen, voeding en roken)
- Voor astma/COPD: saneringsmogelijkheden
- Gedragsveranderingstechnieken, zoals de MIS bij roken. Dit geldt zowel voor de patiënt zelf als voor diens omgeving.

Vaardigheden (M4)

- Voorlichtingsgesprek.
- Toepassen van gedragsveranderingstechnieken, zoals bij roken, gewichtsreductie en meer bewegen
- Gebruik maken van schriftelijk voorlichtingsmateriaal.

Welk medicatiebeleid hoort bij de betreffende DM, Astma/COPD resp. HVZ?

Kennis

- Globale kennis van de verschillende medicatiegroepen die worden gebruikt bij HVZ/DM/astma/COPD (M1)
- Indicaties en contra indicaties voor het starten en uitbreiden van medicatie (M2)
- Effect van de medicatie op de risicofactoren (M2)
- Bijwerkingen van de medicatie en eventuele zelfmedicatie (M1)
- Interacties van de gebruikte medicatie met andere medicatie of middelen (alcohol etc.) (M2)
- Opbouw van medicatie om de streefwaarden te bereiken en de overlegmomenten met de huisarts in dit traject volgens een vastgelegd protocol (M2)
- Belemmerende en positieve factoren van therapietrouw (M2).

Vaardigheden (M4)

- Instructie van de inhalatietechniek bij astma/COPD met verschillende inhalatoren (M4)
- De richtlijnen zo goed mogelijk uitvoeren met aangepast aan de individuele patiënt
- Het doorvoeren van aanpassingen van het beleid bij de individuele patiënt volgens protocol en in overleg met de arts op de afgesproken momenten
- Beoordeling van de compliantie van de patiënt met zijn medicatie (therapietrouw, inhalatie techniek bij astma/COPD met verschillende inhalatoren).

Hoe ontsporing te signaleren (door patiënt en praktijkondersteuner)?

Kennis

- Parameters van het beloop van HVZ/DM/astma/COPD (M2)
- Mogelijkheden voor herstel door niet- medicamenteuze en medicamenteuze interventies.

Vaardigheden (M4)

- Informatieverwerving door toegespitste anamnese
- Informatie verwerving door metingen (bloeddruk, bloedglucose en andere)
- Instructie naar patiënt over ontsporing
- Benadering huisarts voor overleg.

Wanneer is verwijzing noodzakelijk, wenselijk?

Kennis (M2)

- Verwijsindicaties bij HVZ/DM/astma/COPD (M2)
- Kennis van de deskundigheden en vaardigheden van specialisten en paramedici.

Vaardigheden (M4)

- Voorlichting geven over verwijzingsmogelijkheden
- Eventueel verwijzen volgen protocol.

3.5 Begeleiding van patiënten met diabetes mellitus type 2

Driemaandelijke controles bij patiënten met diabetes mellitus type 2

Kennis (M2)

- De pathofysiologie van diabetes mellitus type 2 (insulineresistentiesyndroom, risicofactoren, erfelijkheid).
- De complicaties die diabetespatiënten kunnen krijgen (micro- en macrovasculaire complicaties, zoals oogproblemen en voetproblemen).
- De risicogroepen voor het krijgen van DM
- De verschijnselen van hypo- en hyperglykemie en de risico's ervan
- De factoren die het beloop van de aandoening gunstig of ongunstig beïnvloeden
- De mogelijkheden voor behandeling van DM (afvallen, bewegen, medicatie)
- Verschil in capillaire en veneuze bloedglucosebepaling
- Schema van laboratoriumonderzoek bij DM.
- Beleid bij intercurrente ziektes, alarmsymptomen en aspecten van voorlichting hierover (beleid bij koorts, braken, diarree ook bij reizen).
- Samenwerkingsafspraken met derden (internist, diëtist, podotherapeut)

Vaardigheden (M4)

- Meten en interpreteren van de capillaire en veneuze bloedglucosewaarde; gewicht, lengte en Quetelet-index; buikomvang; bloeddruk en de albumine/kreatinine-ratio in de eerste ochtendurine
- Interpretatie van laboratoriumonderzoek met name: glyHb of HbA1c, totaal cholesterol, HDL-cholesterol, cholesterol/HDL-cholesterol ratio, triglyceriden, kreatinine en albumineconcentratie of albumine/kreatinine-ratio in eerste ochtendurine
- Verwijzen naar de oogarts voor routinematige funduscontrole, dan wel verwijzen voor fundusfotografie
- Hanteren van voorlichtingsmateriaal van het NHG en de Diabetesvereniging

Voetonderzoek bij diabetes mellitus

Kennis (M2)

- Complicaties bij een diabetische voet en alarmsymptomen
- Maatregelen gericht op het voorkomen van voetproblemen

Vaardigheden (M4)

- Inspectie van de diabetische voet
- Beperkt neurologisch onderzoek (sensibiliteit met behulp van Semmes Weinstein-monofilament)
- Beperkt arterieel onderzoek (niet het uitvoeren EAX)
- Registratie bevindingen voetonderzoek

Bloedglucose zelfcontrole

Kennis

- Indicaties voor zelfcontrole
- Verschillende meetinstrumenten (bijvoorbeeld meters geschikt voor slechtzienden)
- Vergoedingsregelingen
- Interpretatie uitslagen
- IJken van bloedglucosemeter

Vaardigheid (M4)

- Voorlichting over zelfcontrole en randvoorwaarden
- Aanleren zelfcontrole door een bloedglucosebepaling, foutenbronnen en onderhoud van de meter
- Kwaliteit glucosemeter bewaken

3.6 Begeleiding van patiënten met astma/COPD

Controles bij astma/COPD

Kennis (M2)

- Richtlijn Astma/COPD waaronder kennis van anatomie, fysiologie en pathofysiologie van de longen
- Inhalatiemethoden, verschillende inhalatoren met bijbehorende instructie, de onderhoudseisen van de apparaten en de beperkingen
- Peakflowmeting inclusief de daarbij behorende reversibiliteitstest
- Allergisch (laboratorium) onderzoek en de interpretatie van de uitkomsten
- Streefdoelen bij behandeling en hoe te handelen bij exacerbaties.

Vaardigheden (M4)

- Optimale keus van inhalatieapparatuur voor de individuele patiënt
- Beperkingen van de apparatuur, instructie naar de patiënt en controle van de inhalatietechniek
- Uitvoeren en instrueren van peakflow metingen en registratie van de waarden
- Beoordelen of een individueel streefdoel van behandeling gehaald wordt en uitleg hierover naar de patiënt.
- Instructie naar de patiënt aan de hand van het allergisch onderzoek (waaronder ook saneringsadviezen)
- Niet gehaalde streefdoelen kunnen onderscheiden van exacerbaties.

3.7 **Begeleiden van patiënten met een hoog risico op HVZ**

Begeleiden van patiënten met hypertensie

Bij patiënten met hypertensie gaat het om patiënten bekend met hypertensie die nog geen uiting van vaatschade hebben en patiënten die dat wel hebben. Hoe kan de praktijkondersteuner bestaand vaatlijden in kaart brengen en vervolgen?

Kennis

- Bij de hypertensie *zonder* vaatschade (M2):
- Definitie van hypertensie en de methode om de diagnose hypertensie vast te stellen (door meerdere metingen)
- Hypertensie als risicofactor op zich en clustering met meerdere risicofactoren
- Preventieaspecten, begrippen als primaire, secundaire en tertiaire preventie.

Vaardigheden

- Bloeddruk meten (M4).

Kennis

Bij de hypertensie *met* vaatschade:

- Parameters van beloop van hart- en vaatziekten en de interpretatie ervan (M2)
- Instructie over progressie van vaatlijden
- Beslismomenten voor overleg met huisarts

Vaardigheden

- Tijdens de anamnese alert zijn op signalen van verslechtering op het gebied van HVZ zoals pijn op de borst, aanwijzingen voor een beginnende TIA of hartfalen (M2) en een adequaat vervolgbeleid kunnen inzetten (M4)
- Berekening van de kreatinine-klaring.

Begeleiden van patiënten met een verhoogd cardiovasculair risicoprofiel

Kennis

- Verschillende hart- en vaatziekten, zoals angina pectoris, (doorgemaakt) hartinfarct, TIA, (doorgemaakt) CVA, perifere arterieel vaatlijden en hartfalen (M2)
- Klachten behorend bij angina pectoris, perifere arterieel vaatlijden en hartfalen
- Risicofactoren voor hart- en vaatziekten zoals roken, hypertensie, verhoogd cholesterolgehalte, diabetes mellitus, (micro)albuminurie, overgewicht, bewegingsarmoede. (M2)
- Interpretatie van laboratoriumonderzoek met name: totaal cholesterol, HDL-cholesterol, cholesterol/HDL-cholesterol ratio, triglyceriden en kreatinine (M2)
- De wijze waarop de verschillende risicofactoren elkaar beïnvloeden (M2)
- De risicofactoren die van belang zijn om een inschatting te maken voor een individuele patiënt (M2)
- NHG-Richtlijnen over de verschillende risicofactoren (M2).

Vaardigheden (M4)

- Uitvoeren van meting van bloeddruk, pols, bloedglucose, lengte en gewicht, Quetelet Index berekenen en eventueel cholesterolgehalte bepalen
- Consultvaardigheden: vragen naar hart- en vaatziekten in de familie, leefwijze, waaronder alcoholgebruik en roken, reeds bekende risicofactoren als hypertensie en verhoogd cholesterolgehalte of bloedglucose
- Interpreteren van en werken met risicotabellen

3.8 Facultatieve taken

Onderwerpen die niet tot het basispakket behoren, maar als extra taken kunnen worden toegevoegd:

- Insulinetherapie
- Longfunctieonderzoek
- Hartfalen
- Perifeer arterieel vaatlijden
- Deze taken veronderstellen specifieke kennis en vaardigheden.

Insulinetherapie

Kennis (M2)

- Indicaties voor insulinetherapie en controleschema
- Relatie insulinebehoefte met voeding, beweging, stress, ziekte en reizen
- Gebruik van de verschillende insulinepennen
- Instructie om zelf te spuiten en eventueel de dosering aan te passen.

Vaardigheden (M4)

- Instrueren over controle van de bloedglucose en hoe deze te interpreteren (waaronder hypoglycemie)
- Instrueren over toedienen van insuline.
- Gegevens inzake insulinetherapie adequaat te registreren.

Longfunctieonderzoek

Kennis (M2)

- Uitvoering van longfunctieonderzoek.

Vaardigheden (M4)

- Uitvoeren van het longfunctieonderzoek waaronder een reversibiliteitstest
- Registratie van de resultaten
- Beoordelen van de uitslag in de zin van fysiologisch en pathologisch en welke waarden overleg met de huisarts vragen.

Hartfalen (NYHA stadium I en II)

Kennis (M2)

- Richtlijn hypertensie en richtlijn hartfalen, achtergrondinformatie over het hartinfarct
- Verschillende uitingen van hartfalen typisch en atypisch
- Risicofactoren voor optreden of verergering van hartfalen
- Samenhang van hartfalen als uiting van eerder doorgemaakte hart- en vaatziekten
- Samenhang met niet cardiovasculaire ziekten zoals COPD, artrose en de medicatie die daar bij wordt gebruikt
- Aandachtspunten in de anamnese die kunnen wijzen op (progressie van) hartfalen
- Afwijkingen bij lichamelijk onderzoek die kunnen wijzen op (progressie van) hartfalen.

Vaardigheden (M4)

- Bloeddruk en pols meten, gewicht volgen
- Voorlichtingsaspecten over de beïnvloeding van hartfalen
- Instructie van de patiënt voor zelfcontrole van gewicht, pols en dyspneu
- Voorlichting over leefstijlaspecten zoals gewicht, bewegen, voeding (met name zoutbeperking) en roken.

Perifeer arterieel vaatlijden (PAV)

Kennis (M2)

- Richtlijn PAV
- Risicofactoren voor optreden van PAV, met name roken
- Samenhang van PAV en andere doorgemaakte hart- en vaatziekten

Vaardigheden(M4)

- Globaal vaatonderzoek van voetarteriën
- Bloeddruk en pols meten
- Voorlichtingsaspecten over loopoefeningen en leefstijlaspecten met aandacht voor het stoppen met roken (MIS)
- Verwijzingsmogelijkheden in de regio
- Optioneel is afhankelijk van de praktijksituatie de meting van de enkel-armindex.

3.9 Onderwijssuggesties

- Breng in een stagepraktijk alle patiënten met hart- en vaatziekten, DM of astma/COPD in beeld of patiënten die bekend zijn met risicofactoren
- Maak een flowdiagram van een mogelijk oproepschema
- Maak een schriftelijk of elektronisch sjabloon van het risicoprofiel
- Elektronisch oefenen in recepten aanmaken
- Videofilm van 'model'consult/moeilijk consult etc.
- Metingen op elkaar oefenen
- Rollenspel om:
 - risicofactoren aan patiënt uit te leggen
 - gedragsveranderingstechnieken te oefenen
 - medicatiewerking en bijwerking uit te leggen
- Papieren casus om risicoschatting uit te rekenen of signalen voor ontsporing te leren benoemen
- Zelf een casus maken
- Aan de hand van het HIS indicatoren meten en uitkomsten beschrijven.

4. FUNCTIEOMSCHRIJVING PRAKTIJKONDERSTEUNING

4.1. Inleiding en toelichting

De functieomschrijving praktijkondersteuning is gebaseerd op het concept-functieprofiel praktijkondersteuner d.d. 24 februari 2000, de functieomschrijving wijkverpleegkundige en de functieomschrijving intramuraal verpleegkundige.

In de functieomschrijving zijn de organisatorische positie, de taken, de verantwoordelijkheden en de benodigde deskundigheid beschreven. Voor de uitwerking is aangesloten bij het format dat in de ziekenhuizen wordt gehanteerd (FWG 3.0), omdat bij dat format vooral veel aandacht wordt besteed aan de functie-eisen.

4.2 Kern en doel van de functie

Het verlenen van gedelegeerde medisch-inhoudelijke huisartsgeneeskundige zorg, in het bijzonder aan patiënten met een chronische ziekte.

4.3 Plaats in de organisatie

De praktijkondersteuner is in dienst van danwel gedetacheerd bij een samenwerkingsverband van huisartsen. De werkzaamheden worden verricht op één of meer praktijklocaties. Het accent van de functie ligt op medisch inhoudelijke activiteiten die zich lenen voor taakdelegatie, protocollering en/of meer routinematige uitvoering. De keuze op welke patiëntengroep(en) de praktijkondersteuner zich richt, wordt gemaakt door het samenwerkingsverband van huisartsen op basis van de patiëntenpopulatie, de lokale omstandigheden, de gewenste taakdelegatie, de mogelijkheden van in de praktijken werkzame functionarissen, de resultaten van de praktijkanalyse en regionaal beleid.

De praktijkondersteuner heeft als professional op HBO-niveau een eigen verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid voor door hem uitgevoerde delen van huisartsgeneeskundige zorg. De huisarts is eindverantwoordelijk voor de huisartsgeneeskundige zorg die de praktijkondersteuner verleent.

4.4 Leiding ontvangen en geven

- Functionaris (F.) ontvangt hiërarchisch leiding van degene die hiervoor door het samenwerkingsverband van huisartsen is aangewezen of aangesteld;
- F. ontvangt functioneel leiding van de huisartsen werkzaam in de samenwerkende huisartsenpraktijken;

4.5 Interne en externe contacten

- F. werkt binnen de praktijk(en) samen met de daar werkzame huisartsen, HAIO('s), praktijkassistente(n), praktijkassistente(n) in opleiding en eventuele andere disciplines;
- F. neemt deel aan patiëntgerichte, organisatorische en vakinhoudelijke overlegsituaties die relevant zijn voor de functie;
- F. onderhoudt contact met collega's in andere huisartsenpraktijken;
- F. onderhoudt buiten de praktijk(en) contact met andere hulpverleners en organisaties die relevant zijn voor de functie.

4.6 Taken en verantwoordelijkheden

De hoofdbestanddelen van de functie zijn:

1. het verlenen van door de huisarts gedelegeerde medisch-inhoudelijke zorg
2. het geven van voorlichting, adviezen, instructie en educatie
3. het coördineren en organiseren van zorgverlening
4. het verzorgen van de eigen administratie
5. taken op het gebied van kwaliteitszorg.

Deze hoofdbestanddelen zijn hieronder verder uitgewerkt.

4.6.1 Verlenen van door de huisarts gedelegeerde medisch-inhoudelijke zorg

- F. verricht gedelegeerde medisch-inhoudelijke diagnostiek en verricht aanvullend onderzoek (lichamelijk, psychisch en sociaal);
- F. signaleert en interpreteert (dreigende) problemen en/of eventuele veranderingen in de zorgvraag, rapporteert deze en schakelt zo nodig andere disciplines in;
- F. stelt (zo nodig) een zorgplan op met doelen en interventies;
- F. evalueert de resultaten van de eigen behandeling en stuurt zo nodig bij;
- F. draagt zorg voor de afstemming en terugkoppeling van de eigen bevindingen en het verloop van de eigen behandeling naar de huisarts;
- F. overlegt binnen de huisartsenpraktijk(en) zonedig over de gewenste behandeling;
- F. verricht werkzaamheden volgens protocollen en/of werkafspraken;
- F. kiest in samenspraak met de patiënt voor de best passende toedieningsvorm van door de huisarts voorgeschreven geneesmiddelen;
- F. treedt adequaat op bij afwijkende situaties en calamiteiten;

4.6.2. Het geven van voorlichting, adviezen, instructie en educatie

- F. geeft voorlichting, adviezen, instructie en educatie aan patiënten, en zonedig aan diens leefomgeving, over ziektebeeld en behandeling, leefregels (dieet, rust/activiteit, mobiliteit, pijnmanagement, copingstrategieën), psychosociale problematiek (zelfbeeld, lichaamsbeeld, isolement, e.d.), en materialen en hulpmiddelen;
- F. begeleidt en coacht patiënten, en zonedig diens leefomgeving, ten aanzien van zelfmanagement van de ziekte (medicijnen, therapietrouw, voeding, etc.), het leren omgaan met en het hanteren van de consequenties van de aandoening, het hanteren van leefregels;
- F. geeft informatie en adviezen aan relevante andere interne of externe hulpverleners;

4.6.3 Het coördineren en organiseren van zorgverlening

- F. organiseert een eigen spreekuur en voert dit uit;
- F. registreert consultaanvragen en vertaalt deze in te ondernemen activiteiten;
- F. coördineert de zorgverlening en de continuïteit daarvan;
- F. overlegt met andere relevante interne of externe disciplines/hulpverleners en verwijst patiënten zo nodig naar hen door;
- F. verleent (telefonische) consulten aan patiënten en intra- en extramurale hulpverleners;

4.6.4 Het verzorgen van de eigen administratie

- F. verzorgt de actuele registratie en rapportage in het patiëntendossier en rapporteert (zo nodig) schriftelijk over het verloop van de behandeling;
- F. registreert de eigen werkzaamheden ten behoeve van de evaluatie van de functie, het signaleren van tendensen in de functie/zorgverlening en effectmetingen;

4.6.5 Taken op het gebied van kwaliteitszorg

- F. kan gevraagd worden praktische protocollen voor de eigen activiteiten uit te werken;
- F. levert een bijdrage aan de verdere ontwikkeling van de functie (effectieve en efficiënte werkwijzen, andere patiëntengroepen, etc.);
- F. levert een bijdrage aan het kwaliteitsbeleid van de samenwerkende huisartsenpraktijken.

4.7 Gezichtspunten

4.7.1 Kennis

Vakkennis is nodig voor het verrichten, coördineren of afstemmen van gevarieerde, uitvoerende werkzaamheden. Ook regelmatig voorkomende afwijkende situaties moeten worden beoordeeld en opgelost. Er worden routinematige en ook meer gespecialiseerde werkwijzen, methoden en technieken toegepast.

- F. beschikt over HBO werk- en denkniveau, verkregen door:
 - HBO-V of
 - MBO-V of MBO-doktersassistente met werkervaring en aanvullende opleiding praktijkondersteuning, of is in staat het vereiste niveau d.m.v. deze opleiding te behalen
- F. beschikt over gespecialiseerde kennis en werkwijzen met betrekking tot de patiëntengroepen die gekozen zijn door het samenwerkingsverband van huisartsen;
- F. houdt zijn kennis op peil door mono- en interdisciplinair overleg binnen het samenwerkingsverband en door het bijhouden van vakliteratuur, het volgen van cursussen en symposia;
- F. is op de hoogte van de voor de functie relevante medische en psychosociale kennis;
- F. is op de hoogte van de kennis en werkwijze van andere teamleden binnen het samenwerkingsverband;
- F. is op de hoogte van de kennis en werkwijze van andere relevante hulpverleners en organisaties;
- F. beschikt over kennis van de sociale kaart, hulpmiddelen en aanpassingen, wetgeving en organisatie van de gezondheidszorg;
- F. weet zo nodig aan informatie te komen over verschillende culturen, levensgewoonten en levensbeschouwelijke invloeden.

4.7.2 Zelfstandigheid

De functie wordt naar eigen inzicht uitgeoefend aan de hand van globale richtlijnen, protocollen en planning. De functie vereist inzicht in en interpretatie van richtlijnen en procedures om gevarieerde problemen op te kunnen lossen, waarbij afgewogen keuzes moeten worden gemaakt uit verschillende oplossingsmogelijkheden en vindingrijkheid nodig is. De uitkomsten zijn op voorhand niet geheel duidelijk, maar zijn doorgaans terug te draaien of bij te sturen.

- F. werkt zelfstandig volgens het omschreven takenpakket, waarbij F. kan terugvallen op de huisartsen in het samenwerkingsverband met betrekking tot vakinhoudelijke en organisatorische problemen;
- F. heeft inzicht in de grenzen van de eigen bekwaamheid;
- F. consulteert op eigen initiatief de huisarts bij gecompliceerde problematiek;
- F. werkt zo nodig praktische protocollen voor de eigen activiteiten uit;
- F. stelt zo nodig een zorgplan op met doelen en interventies;
- F. geeft zelfstandig informatie, adviezen, instructie en educatie aan patiënten en eventueel hun leefomgeving/systeem;
- F. stelt prioriteiten bij de diversiteit aan werkzaamheden en bij piekdruk;
- F. is creatief en vindingrijk in de educatie, begeleiding en coaching van patiënten.

4.7.3 Sociale vaardigheden

De functie wordt gekenmerkt door redelijk intensieve en langdurige contacten met patiënten, waarbij naast somatische zorg een belangrijk deel van de zorg bestaat uit psychosociaal begeleiden

en/of stimuleren van patiënten tot activiteiten en leefwijze die passen bij hun chronische ziekte.

- F. kan houding en gevoelens, zowel verbaal als non-verbaal, van patiënten juist interpreteren en kan inschatten hoe er mee om te gaan;
- F. beschikt over educatieve vaardigheden en over vaardigheden om patiënten, en zo nodig diens leefomgeving, te motiveren en te stimuleren leefregels na te leven;
- F. heeft inzicht in en weet te handelen bij psychosociale problematiek;
- F. heeft empathisch vermogen, zoals het kunnen luisteren, indenken/invoelen bij het omgaan van verwerkingsprocessen van patiënten;
- F. is in staat een professionele relatie op te bouwen met patiënten;
- F. werkt collegiaal samen in een multidisciplinair samengesteld team;
- F. onderhoudt op een adequate wijze contact met relevante externe hulpverleners en organisaties;
- F. kiest eigen houding en gedrag jegens uiteenlopende patiënten van verschillende culturen en in uiteenlopende situaties.

4.7.4 Risico's, verantwoordelijkheden en invloed

De functie wordt gekenmerkt door vaktechnisch uitvoerende werkzaamheden binnen zorgverleningsituaties

- waarvoor vakmanschap vereist is en specifieke methoden worden toegepast in afwijkende situaties-, waarbij er een kans is op immateriële schade in het onderhouden van contacten met patiënten of met externe personen/relaties.
- F. is professioneel verantwoordelijk voor eigen activiteiten en verrichtingen volgens wettelijke richtlijnen;
- F. is verantwoordelijk voor het zelfstandig opstellen, aanpassen en uitvoeren van het zorgplan;
- F. is mede verantwoordelijk voor het materiaalbeheer;
- F. loopt het risico schade toe te brengen aan personen, zowel materieel als immaterieel;
- F. loopt het risico schade toe te brengen aan het imago van de functie en van de huisartsenzorg;

4.7.5 Uitdrukkingsvaardigheid

- F. rapporteert mondeling en schriftelijk, zowel intern als extern, naar personen en organisaties;
- F. brengt zowel mondeling als schriftelijk informatie, adviezen en instructies over aan patiënten, aangepast aan hun situatie en hun kennis/denkkniveau;
- F. hanteert het schriftelijke en/of elektronische rapportage/dossiersysteem dat in het samenwerkingsverband wordt gehanteerd.

4.7.6 Bewegingsvaardigheid

Niet van toepassing.

4.7.7 Oplettendheid

- F. is oplettend met betrekking tot het signaleren en interpreteren van veranderingen in de situatie van de patiënt, bij het adviseren over medicatiebeleid en voor het bewaken van de inzet van de gewenste zorg;
- F. is oplettend met betrekking tot begrip, onbegrip, vermoeidheid en motivatie van patiënten;

4.7.8 Overige functie-eisen

- F. houdt zich aan geheimhouding;
- F. is integer en betrouwbaar;
- F. heeft vermogen tot zelfreflectie;
- F. werkt zorgvuldig en accuraat;
- F. beschikt over doorzettingsvermogen en is flexibel;
- F. heeft oog voor ordelijkheid en hygiëne, en handelt hiernaar;
- F. beschikt in ruime mate over tact, geduld, invoelend vermogen, overredingskracht en volharding in de omgang met patiënten.

4.7.9 Inconveniënten

- De aard van het werk kan psychische belasting met zich meebrengen door confrontatie met het lichamelijk en geestelijk leed van patiënten.
- Psychische belasting kan optreden door het werken in een nieuw te ontwikkelen functie, waarbij een groot beroep wordt gedaan op de zelfstandigheid en het professioneel handelen.

^[1] Bij verwijzing naar personen wordt als vanzelfsprekend zowel de mannelijke als de vrouwelijke vorm bedoeld.

^[2] Van de Goor, G.H.W., Competenties en eindtermen praktijkondersteuners, Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) 2004