

Taakherschikking in de gezondheids- zorg

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en
Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, 2002

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
1	Inleiding	9
1.1	Waarom dit advies?	9
1.2	Functie in het beleidsproces	10
1.3	Beleidsvragen	11
1.4	Werkwijze	12
2	Taakherschikking: een terreinverkenning	14
2.1	Inleiding	14
2.2	Verkenning van begrippen	14
2.3	Opvattingen over taakherschikking	16
2.4	Taakherschikking in de Nederlandse praktijk	17
2.5	Taakherschikking in het buitenland	19
2.6	Taakherschikking als dynamisch proces	20
2.7	Conclusie	23
3	Probleemanalyse	24
3.1	Inleiding	24
3.2	Onzekerheid over acceptatie door patiënten	24
3.3	Domeindenken en psychologische barrières bij beroepsgroepen	27
3.4	Onzekerheid over effecten van taakherschikking	30
3.5	Juridische obstakels	32
3.6	Financiële barrières	35
3.7	Conclusie	37
4	Mogelijke oplossingen	39
4.1	Inleiding	39
4.2	Beoordelingskader: toegankelijkheid en kwaliteit	39
4.3	Patiënten informeren en diversiteit in hulpvragen erkennen	40
4.4	Erkenning van diversiteit in deskundigheid	45
4.5	Meten van effecten van taakherschikking	47
4.6	Aanpassen wetten en regelgeving	50
4.7	Financiële incentives inbouwen	54
4.8	Conclusies	58
5	Conclusies en aanbevelingen	61
5.1	Inleiding	61
5.2	Conclusies	61
5.3	Aanbevelingen	63

Bijlagen

1	Adviesaanvraag	75
2	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	81
3	Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	83
4	Begrippen	87
5	Inventarisatie belemmeringen wet- en regelgeving	91
6	Ervaringen met taakherschikking in het buitenland	95
7	Wie doet wat in de gezondheidszorg, waarom en kan het ook anders?	117
8	Kosteneffectiviteit van taakherschikking	143
9	Lijst van afkortingen	155
10	Literatuur	157
11	Overzicht publicaties	163

Samenvatting

Adviesvraag

In de gezondheidszorg werken verschillende beroepsgroepen. Hoe zij taken onderling hebben verdeeld, is te verklaren vanuit de historie en de traditie. Maar de verdeling van taken is natuurlijk nooit af. In de praktijk vinden voortdurend verschuivingen van taken plaats. Zo voeren verpleegkundigen tegenwoordig taken uit die vroeger alleen door een arts werden gedaan. Sommige daarvan, zoals bloeddrukmeten, zijn zo vanzelfsprekend geworden dat niemand er meer bij stilstaat. Over andere taken, bijvoorbeeld spreekuur houden voor diabetespatiënten of een recept uitschrijven, is meer discussie. Ook is er nog geen consensus over de vraag of mondhygiënisten gaatjes kunnen boren, of doktersassistenten in staat zijn telefonische klachten van patiënten te beoordelen, en of de fysiotherapeut beter dan de huisarts als eerste klachten van het bewegingsapparaat kan beoordelen.

Verschuivingen in taken vinden uiteraard niet zomaar plaats. Instellingen, beroepsbeoefenaren en verzekeraars zoeken naar manieren om bijvoorbeeld de wachtlijsten te verkorten of de zorg beter te organiseren. Aanpassingen in het takenpakket van beroepsbeoefenaren lijken daaraan een bijdrage te kunnen leveren.

Op dit moment wordt vaak informeel met taken geschoven. Maar dat heeft nadelen. De wijze waarop een andere verdeling van taken tot stand komt, kan per instelling of regio variëren. Bovendien lopen instellingen, beroepsbeoefenaren en verzekeraars tegen grenzen op.

Het is belangrijk voor alle partijen dat de verschuiving in taakverdeling tussen beroepen die zich nu aftekent duidelijker gestructureerd wordt. Rond taakherschikking zijn nu al problemen te constateren. Als er geen maatregelen worden genomen, zullen die in de toekomst alleen maar toenemen.

In het advies heeft de RVZ de beleidsproblemen die taakherschikking in de weg staan in vijf clusters ondergebracht: onzekerheid over de acceptatie van taakherschikking bij patiënten, domeindenken bij beroepsgroepen, onzekerheid over de effecten van taakherschikking, juridische obstakels en financiële barrières. Dit advies gaat over de vraag wat de overheid hier aan moet doen.

Uitgangspunten en visie

Wat zijn de uitgangspunten bij het oplossen van de problemen, die een gestructureerde taakherschikking nu nog in de weg staan? Taakherschikking moet volgens de RVZ beoordeeld worden op de mate waarin het een bijdrage levert aan de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Deskundigheid en competenties van hulpverleners dienen richtinggevend te zijn voor de vraag wie de patiënt kan helpen - niet de hiërarchie van een oude beroepenstructuur. De bescherming van patiënten moet daarbij uiteraard gewaarborgd zijn.

Voldoet taakherschikking aan die criteria, dan moet die maximale kansen krijgen. De RVZ ziet namelijk een grote toegevoegde waarde in taakherschikking in vergelijking met taak- en functiedifferentiatie. De zorg kan anders georganiseerd worden en dat versterkt weer het innovatief vermogen van de zorgsector. Toegevoegde waarde heeft taakherschikking eveneens voor de arbeidsmarkt. Door taakherschikking ontstaan meer perspectieven voor mensen met verschillende verwachtingen van beroepsuitoefening en carrière.

Om die toegevoegde waarde te kunnen benutten, moet dan wel overeenstemming bestaan over een aantal punten. Ten eerste moeten instellingen, beroepsbeoefenaren, zorgverzekeraars en patiënten het erover eens zijn, dat niet alle vragen van patiënten door artsen beantwoord moeten worden. Die vragen worden immers steeds diverser, niet alleen in de eerste lijn, maar ook in de ziekenhuiszorg. Ten tweede moeten de partijen het erover eens zijn, dat er sprake is van diversiteit in deskundigheid onder hulpverleners. De door artsen gepercipieerde 'eindverantwoordelijkheid' voor wat andere hulpverleners in de gezondheidszorg doen, is historisch te verklaren, maar feitelijk niet waar te maken en juridisch niet juist.

Aanbevelingen

De RVZ beveelt op grond van deze uitgangspunten en visie op een vijftal terreinen concrete maatregelen aan: informatie en communicatie, opleidingen, innovatie en toegankelijkheid, financiële incentives, en wet- en regelgeving.

Informatie en communicatie

Uit onderzoek voor dit advies blijkt, dat consumenten graag snel geholpen willen worden. Daarom wordt 88% van de respondenten op de EHBO liever opgevangen door een gespecialiseerde verpleegkundige, die binnen 15 minuten helpt, dan in een volle wachtkamer te moeten wachten op de arts. Verder

blijkt uit dat onderzoek, dat consumenten taakherschikking in het algemeen steunen, maar dat een flinke minderheid, variërend van 20 tot 30%, aangeeft niet in te kunnen schatten in hoeverre de zorgverleners deskundig zijn.

Hier ligt een taak voor de overheid. Die moet de burger informeren over wie wat doet in de gezondheidszorg, en waarom. Op die manier kan het draagvlak voor taakherschikking bij consumenten nog vergroot worden. De RVZ beveelt dan ook een voorlichtingsoffensief aan met gebruik van diverse middelen, waaronder het Internet. Verder zouden instellingen verplicht moeten worden informatie te verschaffen over de kwalificaties van hun personeel.

Opleidingen

Voor de opleidingen voor nieuwe beroepen beveelt de RVZ aan een opleidingsfonds te creëren, zodat gelden ook daadwerkelijk aan vernieuwing besteed worden. Verder dienen curricula van opleidingen aangepast te worden aan taakherschikking. Zo vindt de Raad dat de minister van VWS eisen moet kunnen stellen aan de opleiding tot doktersassistente.

Innovatie en toegankelijkheid

De toegankelijkheid van de zorg kan volgens de Raad vergroot worden door een voorziening te creëren, waar patiënten 24 uur per dag en zeven dagen per week telefonisch terecht kunnen voor een eerste screening en eventueel voor telefonisch advies. Om deze voorziening te onderscheiden van wat doorgaans onder een call centrum wordt verstaan, beveelt de Raad aan hiervoor de naam 'zorgadvieslijn' of 'zorglijn' te gebruiken.

Verder kan de toegankelijkheid vergroot worden door walk-in-centra, door diagnostische centra en door rechtstreekse toegankelijkheid van paramedische beroepen mogelijk te maken. Om de verdere ontwikkeling van nieuwe vormen van zorg en organisaties in de eerste lijn te stimuleren, beveelt de RVZ duidelijkheid aan over het basistakenpakket van de huisarts.

Financiële incentives

Financiële incentives voor taakherschikking moeten voor de ziekenhuizen meegenomen worden in de toekomstige financieringsstructuur via Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) en in de AWBZ-sector door een aparte budgetparameter te ontwikkelen. Verzekeraars kunnen taakherschikking stimuleren door polisdifferentiatie.

Wet- en regelgeving

Om belemmeringen in wet- en regelgeving voor taakherschikking weg te nemen en het juridisch kader toekomstbestendig te maken, doet de RVZ voorstellen om wetten aan te passen. Zo beveelt de Raad aan, deskundigheidsomschrijvingen in de wet BIG aan te passen, verpleegkundigen en mondhygiënisten een zelfstandige bevoegdheid te geven voor een aantal voorbehouden handelingen, en de titel van doktersassistente te beschermen. Verder moet de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst zo aangepast worden, dat duidelijk is dat patiëntenrechten ook gewaarborgd zijn in een overeenkomst met een zelfstandig gevestigde en rechtstreeks toegankelijke verpleegkundige of fysiotherapeut.

1 Inleiding

1.1 Waarom dit advies?

De adviesaanvraag komt voort uit een herbezinning op de taakverdeling tussen de verschillende zorgverleners in de gezondheidszorg (bijlage 1). Aanleiding voor die herbezinning zijn ontwikkelingen in de beroepsuitoefening en in de relevante opleidingsstelsels en vooral de capaciteitsproblematiek in de zorg.

Herbezinning nodig op taakverdeling tussen beroepsgroepen

De capaciteitsproblematiek zorgt voor wachtlijsten, wachttijden en andere tekorten in de zorg. Instellingen, beroepsbeoefenaren en verzekeraars proberen die problemen op te lossen. Ze doen dit onder andere door te kijken of de taken in de zorg niet anders verdeeld kunnen worden. In veel gevallen lukt dat, maar soms lopen zij daarbij tegen grenzen aan. Die grenzen worden soms bepaald door juridische regelingen, maar er zijn ook financiële en andere barrières.

Informeel worden taken al anders verdeeld, maar men loopt tegen grenzen aan

Een voorbeeld van een juridisch obstakel is de manier waarop de toegankelijkheid tot de fysiotherapeut geregeld is. Patiënten moeten eerst voor een verwijfsbrief naar de huisarts. Veel huisartsen zijn echter van mening, dat de fysiotherapeut veel deskundiger is om als eerste klachten van het bewegingsapparaat te beoordelen. Sommige huisartsen vinden dat gevaarlijk. Een verwijfsbrief is ook nodig om de zorg van de fysiotherapeut vergoed te krijgen.

Soms zijn dat juridische grenzen

Ook bij andere initiatieven rijzen juridische vragen, zoals bij het opzetten van call centers door zorgverzekeraars en bij de vorming van huisartsenposten, die de werklast van huisartsen verlichten. Mag dat wel binnen de huidige regelgeving? Mag de huisarts een hem of haar onbekende doktersassistente wel een eerste oordeel laten geven over de klachten van zijn patiënt? De patiënt heeft toch een behandelingsovereenkomst met de huisarts? Moet die dan niet persoonlijk de zorg leveren? Gaat de verzekeraar niet op de stoel van de huisarts zitten? Er zijn ook financiële kwesties die opgelost moeten worden. Wie moet die call centers of telefoontjes naar de huisartsenpost bijvoorbeeld betalen?

Financiële overwegingen, verzekeringsaanspraken en tarievenwetgeving belemmeren ook de zelfstandige vestiging van bijvoorbeeld verpleegkundigen. Die kunnen geen overeenkomst

Soms financiële grenzen

sluiten met een verzekeraar, hoewel dat (in de toekomst) gewenst zou kunnen zijn. Diabetesverpleegkundigen zijn in staat de zorg voor gediagnosticeerde en op medicatie ingestelde diabetespatiënten op zich te nemen. Verpleegkundigen controleren en bewaken dan de bloedwaarden, verwijzen naar andere disciplines voor periodieke controle (oogarts, vaatchirurg, podotherapeut) en stellen zo nodig de medicatie bij. Ze werken volgens protocol en verwijzen de patiënt terug naar de arts als daar aanleiding toe is. Een zelfstandig gevestigde verpleegkundige die deze zorg levert, kan een aantrekkelijke optie zijn bij een voorziene toename van 400.000 diabetespatiënten tot 2010. Maar de huidige regels laten niet toe dat deze werkzaamheden door een zelfstandig gevestigde verpleegkundige worden uitgevoerd.

Andere voorbeelden van taakherschikking zijn: taken van de medisch specialist naar de huisarts, taken van de huisarts naar de verpleegkundige, taken van de oogarts naar de optometrist, van de psychiater naar de psychotherapeut, van de tandarts naar de mondhygiëniste, et cetera.

Voorbeelden van een andere taakverdeling

In de adviesaanvraag wordt er op gewezen, dat het proces van herverdeling van taken zich vooral op de werkvloer afspeelt. Het wordt als een taak van de overheid gezien om die modernisering te stimuleren. Het aanpassen van wetgeving en financiering van de zorg is een invulling van die taak. Maar de overheid moet uiteraard ook de kwaliteit, veiligheid en toegankelijk van de zorg waarborgen.

1.2 Functie in het beleidsproces

Het advies is gevraagd tegen de achtergrond van het proces, dat in gang is gezet om de zorg te moderniseren. In dat proces gaat het om het vinden van een balans tussen enerzijds de rol van de overheid bij het borgen van publieke belangen als kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de zorg, en anderzijds de vrijheid van marktpartijen in de zorg om zelf de vraag en het aanbod te bepalen.

Modernisering van de zorg

Taakherschikking is verder een van de maatregelen, waarmee de overheid snel en efficiënt wil bijdragen aan het oplossen van de personeelsproblematiek in de zorg. Dat blijkt onder meer uit de aangekondigde maatregelen in het 'Plan van aanpak capaciteit zorgverleners' (brief van de minister van VWS, IBE-BO-2232427, 12 november 2001) en uit het kabinetsstandpunt

Oplossen van personeelsproblematiek

op het rapport *Nooit meer wachten* van de MDW-werkgroep Toetredingsbelemmeringen Medische Beroepen.

Het kabinet is zich er daarbij van bewust, dat de positie en de status van nieuwe beroepen in het veld duidelijk moeten zijn. Met het oog daarop, en ook vanwege een nadere oriëntatie op belemmeringen in de bestaande regelgeving en de uitvoering daarvan, meldt de Minister de Tweede Kamer dat advies is gevraagd aan de RVZ (Tweede Kamer, 24036 no. 262).

Positie en status van nieuwe beroepen moeten duidelijk zijn

Meer concreet kan het advies een bijdrage leveren aan:

- het wegnemen van belemmeringen in wet- en regelgeving voor een gewenste taakverdeling tussen zorgverleners;
- de implementatie van gewenste vernieuwingen in de beroepen- en opleidingsstructuur in de gezondheidszorg;
- het oplossen van het capaciteitsvraagstuk in de gezondheidszorg;
- het faciliteren van gewenste vernieuwingen in de organisatie van de zorg, zoals in de eerste lijn en de huisartsenzorg;
- het VWS-programma Modernisering Curatieve Zorg 2005;
- de discussie over het functioneel omschrijven van verzekeringsaanspraken.

Taakherschikking is nauw verbonden met de dagelijkse praktijk in de gezondheidszorg. Er zijn echter ook verzekerings-technische aspecten. Daarmee is het advies niet alleen van belang voor de overheid, maar ook voor patiënten, professionals, het instellingsmanagement en verzekeraars.

Taakherschikking voor alle partijen in de gezondheidszorg van belang

1.3 Beleidsvragen

De vragen uit de adviesaanvraag (bijlage 1) heeft de Raad geordend en geclusterd. Hieronder staan ze weergegeven. Ook is aangegeven, waar in het advies of in de achtergrondstudies de antwoorden op de vragen te vinden zijn.

Vragen:	Antwoorden in:
<i>Probleemanalyse</i> Wat zijn de huidige vormen van taakherschikking (zowel nationaal als internationaal) en welke opvattingen bestaan hierover?	Hoofdstuk 2 en achtergrondstudies

Vragen:	Antwoorden in:
Wat zijn op het terrein van taakherschikking de bestaande en te verwachten beleidsproblemen?	Hoofdstuk 3 en achtergrondstudies
Hoe ernstig en urgent zijn die problemen?	Hoofdstuk 3 en achtergrondstudies
Hoe worden die problemen veroorzaakt en in stand gehouden?	Hoofdstuk 3 en achtergrondstudies
<i>Beoordeling van oplossingen</i>	
Wat is het beoordelingskader voor het toetsen van oplossingen?	Hoofdstuk 4 en achtergrondstudies
Wat zijn mogelijke oplossingen voor de gesignaleerde beleidsproblemen?	Hoofdstuk 4 en achtergrondstudies
<i>Advies</i>	
Welke maatregelen zijn nodig?	Hoofdstuk 5
Hoe ziet het actieprogramma er uit?	Hoofdstuk 5

1.4 Werkwijze

Om te beginnen heeft de Raad de opvattingen in de gezondheidszorg over taakherschikking verkend door een debat te organiseren. Voor het debat waren vertegenwoordigers van koepelorganisaties uitgenodigd. In het algemeen reageerden de aanwezigen positief op taakherschikking. De deelnemers aan het debat staan vermeld in bijlage 3. Een verslag van het debat - en de daarvoor gebruikte discussienotitie - is op te vragen bij het secretariaat van de Raad.

Debat met koepelorganisaties

Met behulp van een enquête en met gebruik van panels van de Consumentenbond heeft de Raad daarnaast de opvattingen

<p>van consumenten over taakherschikking gepeild. De bevindingen zijn terug te vinden in de publicatie <i>Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg</i>, die de Raad tegelijk met dit advies publiceert.</p>	<p>Opvattingen consumenten geënuquêteerd</p>
<p>De Universiteit Maastricht heeft voor de Raad onderzocht welke opvattingen in de rechtspraak te vinden zijn, die tot taakherschikking kunnen inspireren of die taakherschikking juist in de weg kunnen staan. Die analyse is door de Raad gebruikt bij zijn afwegingen. De resultaten van het onderzoek zijn te vinden in 'Geschikt en geschoven: een jurisprudentie-onderzoek over taakherschikking in de gezondheidszorg', in deel II van de publicatie <i>Juridische aspecten van taakherschikking</i> die de Raad tegelijk met dit advies publiceert.</p>	<p>Onderzoek naar jurisprudentie over taakherschikking</p>
<p>Het secretariaat voerde zelf ook een aantal achtergrondstudies uit. Zo zijn onder meer de juridische belemmeringen voor taakherschikking in wet- en regelgeving geïnventariseerd. De bevindingen staan in deel I van de achtergrondstudie <i>Juridische aspecten van taakherschikking</i>. Verder is geïnventariseerd hoe taakherschikking in het buitenland een plaats krijgt in de gezondheidszorg. In het bijzonder is gekeken naar de USA, Canada en Engeland. Die resultaten staan in bijlage 6. Daarnaast is gekeken wie wat doet in de gezondheidszorg, en waarom. In het bijzonder is aandacht besteed aan de benodigde deskundigheid voor het telefonisch afhandelen van klachten van patiënten (telefonische triage). De bevindingen zijn terug te vinden in bijlage 7.</p>	<p>Achtergrondstudies over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - belemmeringen in wet- en regelgeving - wie wat doet in de gezondheidszorg, en waarom
<p>Twee klankbordgroepen hebben het de Raad mogelijk gemaakt het vraagstuk van taakherschikking van veel kanten te belichten. De inbreng van de leden was zeer waardevol. De deelnemers aan de klankbordgroep staan vermeld in bijlage 3. Verder zijn bilaterale gesprekken gevoerd. Het overzicht van geraadpleegde personen is eveneens te vinden in bijlage 3.</p>	<p>Klankbordgroepen</p>

2 Taakherschikking: een terreinverkenning

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden eerst de met taakherschikking samenhangende begrippen verkend en geeft de Raad zijn definitie. Ook de opvattingen van verschillende partijen over taakherschikking komen in dit hoofdstuk aan bod. Daarnaast wordt ingegaan op verschijningsvormen van taakherschikking, zowel in Nederland als in andere landen. Vervolgens beschrijft de Raad taakherschikking als een dynamisch proces. Het hoofdstuk eindigt met enkele conclusies.

2.2 Verkenning van begrippen

In de discussies over het herverdelen van taken worden veel verschillende begrippen gebruikt (zie voor literatuurverwijzingen ook bijlage 4). Zo zijn onder meer de termen ‘beroep’, ‘functie’, ‘taak’, ‘substitutie’ en ‘functiedifferentiatie’ van belang.

Veel begrippen die met taakherschikking te maken hebben

Een *beroep* wordt wel gedefinieerd als: een geheel van met elkaar samenhangende (kern)taken, gemeenschappelijk aanvaarde theoretische en ethische uitgangspunten en beroepsmethodieken, waarvan de aard en de onderlinge samenhang onafhankelijk zijn van de concrete werksituatie. Een beroep wordt ook wel gezien als een geïnstitutionaliseerd en gelegitimeerd kader rond een bepaald deel van de maatschappelijke arbeidsverdeling.

Beroep

Een *functie* wordt omschreven als het geheel van arbeidstaken dat door één persoon verricht moet worden. Het begrip omvat de eisen, die (door een bedrijf) aan het arbeidsvermogen (van een werknemer) worden gesteld.

Functie

Een *taak* is een volgens bepaalde regels geformuleerde activiteit, die een zinvol, logisch en noodzakelijk bestanddeel is in het uitvoeren van werk, gericht op een bepaald doel.

Taak

Bij *substitutie* gaat het om het verschuiven van werkzaamheden tussen beroepsgroepen. Vervolgens wordt nog het onderscheid gemaakt tussen verticale en horizontale substitutie. Bij vertica-

Substitutie

le substitutie worden taken overgedragen aan beroepsbeoefenaren met een lager (opleidings)niveau, bij horizontale aan beroepsbeoefenaren met een gelijk (opleidings)niveau.

Func tiedifferentiatie is het uitsplitsen van taken in een functie, waardoor nieuwe functies ontstaan. Deze term wordt ook wel gebruikt om de spreiding van functies binnen een organisatie aan te geven.

Func tiedifferentiatie

Deze invulling van begrippen geeft al aan, dat beroepsbeoefenaren met een zelfde beroepsopleiding en beroepsmatige achtergrond in uiteenlopende functies werkzaam kunnen zijn. Zo kan een arts een functie bekleden in een algemeen ziekenhuis (in de directe patiëntenzorg of in de raad van bestuur). Een verpleegkundige kan werkzaam zijn in de functie van ambulancerverpleegkundige of in de functie van wijkverpleegkundige. Bij een indeling in functies bepaalt de organisatie, waar een beroepsbeoefenaar werkzaam is, hoe het takenpakket is samengesteld. De inhoud van functies kan dan ook per ziekenhuis, per zorgorganisatie of per regio variëren.

Bij *taakherschikking* staat niet de functie centraal. Taken worden niet anders over functies verdeeld, maar over beroepen of beroepsgroepen. In de adviesaanvraag wordt taakherschikking dan ook beschreven als een manier om taken tussen beroepen opnieuw te verdelen, en wel structureel. In aansluiting daarop definieert de Raad taakherschikking als: *'het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen'*.

Taakherschikking

Deze definitie van taakherschikking maakt een duidelijk onderscheid mogelijk tussen 'beroep' en 'functie'. En dat onderscheid is van belang. In de eerste plaats omdat juridische regelingen (bijvoorbeeld voor titelbescherming en erkende specialismen) en opleidingen doorgaans gekoppeld zijn aan beroepen en niet aan functies. Wel kan er sprake zijn van een zekere mate van overlap tussen taakherschikking en func tiedifferentiatie. Zo zijn er typen of vormen van func tiedifferentiatie, die overeenkomen met de in de adviesaanvraag gehanteerde definitie van taakherschikking.

In de tweede plaats is het onderscheid tussen beroepen en functies van belang, vanwege 'het structureel karakter', zoals dat in de adviesaanvraag wordt aangeduid. Bij begrippen als 'substitutie' en 'func tiedifferentiatie' is onduidelijk of er sprake is van een incidenteel of structureel karakter van het overdragen van taken. Functies veranderen immers voortdurend.

Onderscheid tussen beroep en functie van belang voor taakherschikking

Werkgevers en instellingen kunnen op ieder moment beslissen om de doelstellingen van hun organisaties te bereiken met andere functies, of met een andere samenstelling van het takenpakket van beroepsbeoefenaren. Beroepen en beroepsuitoefening daarentegen zijn veel bestendiger, ondanks de onvermijdelijke veranderingen.

2.3 Opvattingen over taakherschikking

Verschillende partijen zien taakherschikking tussen beroepen als een instrument waarmee capaciteitstekorten bij een of meer beroepsgroepen opgelost kunnen worden. Taakherschikking wordt ook als oplossing gezien voor organisatorische problemen. De verwachtingen die verschillende partijen daarover hebben, staan in deze paragraaf.

Verwachtingen van verschillende partijen

RVZ

In zijn adviezen *Professionals in de gezondheidszorg* en *Medisch specialistische zorg in de toekomst* bepleit de Raad een andere werkverdeling tussen diverse disciplines in de gezondheidszorg. In beide adviezen zijn ontwikkelingen beschreven, waaruit die wens voor een andere werkverdeling voortvloeit. Die wens is, behalve door capaciteitsproblemen, vooral ingegeven door inhoudelijke veranderingen in de (toekomstige) patiëntenzorg.

Verwachting van de RVZ

De explosief toenemende medisch-wetenschappelijke kennis, en de toegankelijkheid daarvan voor een breder publiek, ziet de Raad als een kernontwikkeling bij een herverdeling van taken tussen beroepen. Die ontwikkeling wordt nog versneld door de informatie- en communicatietechnologie (ICT). De technologie zal zich volgens de Raad steeds sneller ontwikkelen en daardoor meer mogelijkheden bieden voor taakherschikking dan nu het geval is, en op grotere schaal.

VWS

Het capaciteitsvraagstuk in de gezondheidszorg heeft de afgelopen jaren regelmatig op de agenda gestaan van de Tweede Kamer (TK 28000, no. 23, TK 28008, no. 7, TK 24036, no. 243, TK 24036, no. 77, TK 24036, no. 262). Taakherschikking en substitutie worden daarbij door VWS veelvuldig aangehaald als pijlers onder het plan van aanpak voor het capaciteitstekort. Tegelijkertijd is van die kant steeds benadrukt, dat naast uitbreiding van de opleidingscapaciteit kwalitatieve wijzigingen in

Verwachting van VWS

de opleidingen- en beroepenstructuur net zo belangrijk zijn als een kwantitatieve benadering.

De arts van straks

Kwalitatieve wijzingen in de opleidingen- en beroepenstructuur zijn eveneens de achtergrond van het (recent afgeronde) project voor een nieuw medisch opleidingscontinuüm, dat heeft geresulteerd in het rapport *De arts van straks*. De taakverschuiving tussen artsen, verpleegkundigen en paramedici wordt in dit rapport beschreven als een dynamisch en continu proces.

Verwachting van de projectgroep 'de arts van straks'

Taakverschuiving wordt in het rapport in de eerste plaats onderzocht op de consequenties die het heeft voor de benodigde competenties, leerstrategieën en medische opleidingen. Verder wordt taakherschikking gezien als een bijdrage aan de verbetering van de kwaliteit, continuïteit en efficiëntie van de zorg, en als een gedeeltelijke oplossing voor het capaciteitsprobleem. Wel moeten de verantwoordelijkheden duidelijk geregeld worden, meent de projectgroep die het advies voorbereidde.

Opvattingen in het veld

In het door de Raad georganiseerde debat over taakherschikking reageerden de vertegenwoordigers van koepelorganisaties in het algemeen positief op taakherschikking. Vanuit de kring van patiëntenorganisaties rapporteerde men over positieve effecten. Wel werd benadrukt, dat taakherschikking vooral vanuit patiëntenperspectief benaderd zou moeten worden. Maar er zijn uit patiëntenkringen ook minder positieve reacties.

Verwachting van koepelorganisaties in de gezondheidszorg

De aanwezigen zagen op veel fronten voordelen: mogelijkheden voor een betere organisatie van de zorg, meer mogelijkheden voor een optimale bedrijfsvoering, meer kwaliteit van zorg, een adequatere aanwending van de beschikbare capaciteit (zowel mensen als middelen), meer carrièreperspectieven, et cetera.

2.4 Taakherschikking in de Nederlandse praktijk

Uit de inventarisatie voor het project over het medisch opleidingscontinuüm (zie hiervoor *De arts van straks*), blijkt dat de meeste voorbeelden van taakherschikking te vinden zijn in de eerste lijn en in de ziekenhuizen. Over taakherschikking in de

Veel voorbeelden van taakherschikking in de eerste lijn en in ziekenhuizen,

geestelijke gezondheidszorg wordt nauwelijks gerapporteerd in de literatuur. Ook in de thuiszorg en verpleeghuizen lijkt taakherschikking nauwelijks voor te komen.

In de mondzorg en de oogzorg is taakherschikking een al langer bekend fenomeen. In de farmacie zijn de eerste stappen gezet om in de toekomst taken over te dragen van de academisch gevormde apotheker naar een hbo-opgeleide farmakundige. In de mondzorg zijn taken van de tandarts verschoven naar mondhygiënisten en in de oogzorg van de oogarts en de huisarts naar onder meer de optometrist.

en in de mondzorg en oogzorg

Een voorbeeld van taakherschikking, dat op dit moment veel in de belangstelling staat, is dat van de nurse practitioner. Een nurse practitioner is een verpleegkundige die met aanvullende scholing en met een grote mate van zelfstandigheid taken overneemt van huisartsen en medisch specialisten. Dat kan bijvoorbeeld in de huisartsenpraktijk, waar ze specifieke groepen patiënten begeleidt en behandelt voor onder andere diabetes, astma of hartfalen.

Bekend voorbeeld is de nurse practitioner

In een aantal ziekenhuizen houden nurse practitioners eigen spreekuren, veelal direct gerelateerd aan de verschillende medisch specialismen. Evenals in het buitenland zijn de ervaren met nurse practitioners overwegend positief (zie ook bijlage 6). Onderzoek laat een hoge mate van patiënttevredenheid zien. Patiënten voelen zich vaak beter geholpen dan door de arts, want nurse practitioners dragen bij aan de bereikbaarheid en helpen wachttijden terug te dringen. Vergelijkend onderzoek laat zien, dat de kwaliteit van leven van patiënten en hun gezondheidstoestand bovendien niet verschillen bij een behandeling door een nurse practitioner of door een arts.

In april 1998 is op de chirurgische mammapolikliniek van het Universitair Medisch Centrum Utrecht de eerste nurse practitioner aangesteld. Zij verzorgt een belangrijk gedeelte van de geprotocolleerde follow-up van patiënten met mammacarcinoom en helpt voorzien in het gesignaleerde tekort aan voorlichting en begeleiding van nieuwe patiënten met borstkanker. Onderzoek maakte duidelijk dat de beoogde verbetering van de bereikbaarheid, de reductie van wachttijden en de verbetering van de stroomlijning van het diagnostische traject grotendeels werden gehaald. De inzet van de nurse practitioners droeg daar in belangrijke mate aan bij.

Bron: Schlooz-Vries, et al. Medisch Contact, 17 januari 2002.

Recent is in Nederland de opleiding voor Physician Assistant (PA) van start gegaan. Het is een opleiding waar mensen met een hbo-opleiding in de gezondheidszorg aan deel kunnen nemen. Deze mensen worden opgeleid om medische taken te kunnen overnemen (bijlage 6).

Nieuw in Nederland is de Physician Assistant

Niet alleen op de werkvloer en in de opleidingen worden initiatieven genomen om taken over te hevelen. Ook verzekeraars zitten niet stil. Zo hebben zij zogeheten call centers opgericht, om daarmee de werkdruk van huisartsen te verminderen. Twee zijn er inmiddels actief. De accenten verschillen (bijvoorbeeld wat betreft bereik, inzet van personeel en openingstijden), maar in essentie komt het er op neer dat een eerste telefonische beoordeling van gezondheidsklachten plaatsvindt door niet-artsen: doktersassistenten of verpleegkundigen.

Verzekeraars zetten call centers op

Ook de huisartsen hebben niet stilgezeten. Zij hebben de bereikbaarheid in avond- en nachtdiensten georganiseerd in zogenoemde huisartsenposten, om op die manier de werkdruk te verminderen. In 1999 was er nog maar één huisartsenpost, nu ligt dat aantal rond de honderd. Per huisartsenpost zijn soms rond de tweehonderd huisartsen aangesloten voor werkgebieden met enkele honderdduizenden inwoners. Daar is het de doktersassistente die als eerste de klachten beoordeelt en de urgentie bepaalt, nu niet alleen voor patiënten uit de eigen huisartsenpraktijk, wat al langer de gewoonte was, maar voor alle aangesloten huisartsen. In het weekeinde nemen per post soms meer dan tien doktersassistenten de telefoon aan. Zo nodig vragen zij de dienstdoende arts om raad.

Huisartsen richten huisartsenposten op

2.5 Taakherschikking in het buitenland

Taakherschikking is een fenomeen dat niet alleen in Nederland speelt. In ons omringende landen, en ver daarbuiten, vinden soortgelijke ontwikkelingen plaats. In bijlage 6 worden de ontwikkelingen in de USA, Canada en Engeland beschreven. De drijfveren achter taakherschikking in het buitenland komen voor een belangrijk deel overeen met die in Nederland. Het gaat meestal om een combinatie van factoren, zoals capaciteitstekorten bij één of meer beroepsgroepen, en tekorten in beschikbaarheid en toegankelijkheid van een kwalitatief goede gezondheidszorg.

In ons omringende landen en ver daarbuiten, soortgelijke ontwikkelingen

De call centra van het NHS Direct project in Engeland zijn volgens de Raad een voorbeeld van hoe de toegankelijkheid

van de zorg te verbeteren is met gebruik van ICT en een andere organisatie van de zorg. De toegankelijkheid tot de zorg vormde een groot probleem. Inmiddels zijn daar 22 call centra operationeel die voor 50 miljoen mensen gedurende 24 uur per dag en zeven dagen van de week telefonisch bereikbaar zijn voor advies over gezondheidsklachten. De call centra worden gerund door verpleegkundigen. Het is de bedoeling op termijn alle contacten met huisartsen buiten kantooruren te laten lopen via NHS Direct.

Call centra om de toegankelijkheid te verbeteren

Een ander voorbeeld van een nieuwe organisatie van de zorg zijn de zogenoemde walk-in-centres. Om de toegankelijkheid te vergroten zijn in Engeland, in navolging van projecten in Canada, walk-in-centres ingericht, die gerund worden door verpleegkundigen. De centra bieden 'primary care' in de vorm van onderzoek, en door kleine gezondheidsproblemen en lichte verwondingen te behandelen. De toegang tot de centra is drempelloos en een afspraak is niet nodig. De centra zijn vaak ook buiten kantooruren toegankelijk.

Walk-in-centra vergroten eveneens de toegankelijkheid

Voorals in de USA en in Canada bestaat sinds ongeveer een jaar of tien veel aandacht voor de mogelijkheden van integratie van opleidingen van gezondheidswerkers om een beter gebruik te kunnen maken van de beschikbare capaciteit. Het gaat om een fenomeen, dat wordt aangeduid als 'multiskilling'. Multiskilling lijkt vooral vruchten af te kunnen werpen in situaties waarin sprake is van relatief smalle opleidingen. Dit is bijvoorbeeld het geval in de USA. In Nederland zijn de opleidingen doorgaans breder.

Multiskilling: verbreden takenpakket werkers in de gezondheidszorg

Recent heeft de British Medical Association (BMA) een voorstel ontwikkeld voor het onder voorwaarden door nurse practitioners laten verzorgen van een eerste screening van patiënten in de eerste lijn (primary care). Daarmee geeft de artsorganisatie de poortwachterfunctie voor de huisarts in feite in handen van verpleegkundigen. Dat voorstel heeft veel reacties losgemaakt. Het is nog onduidelijk hoe dit proces verder zal verlopen.

Britse artsorganisatie wil verpleegkundige als poortwachter

2.6 Taakherschikking als dynamisch proces

Taakherschikking wordt veelal voorafgegaan door functiedifferentiatie en substitutie. Het zijn immers de voortdurende veranderingen in de beroepspraktijk die aanpassingen van taken en functies tot gevolg hebben. Een rationalisatie van de ar-

Meestal gaat functiedifferentiatie vooraf aan taakherschikking

beidsverdeling c.q. bedrijfsprocessen ligt daaraan veelal ten grondslag. Andere drijfveren zijn arbeidsmarktproblemen en kennisontwikkeling op de verschillende vakgebieden.

Het ontstaan van het beroep van operatieassistent is een goed voorbeeld van het dynamisch karakter van taakherschikking. Vroeger waren het uitsluitend verpleegkundigen die in de operatiekamer de chirurg assisteerden. In de andere Europese landen is dat nog steeds het geval, maar in Nederland hebben we die taken bij verpleegkundigen weggehaald en kunnen mensen na hun middelbare opleiding rechtstreeks in de daarvoor bestemde opleiding instromen.

Een ander voorbeeld zien we op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. De psychotherapie is onderdeel van het behandelarsenaal van de psychiater. Tegelijkertijd is een specifiek beroep, dat van psychotherapeut, tot stand gekomen, met als behandelmethode uitsluitend de psychotherapie. Overigens ligt nu een wetsvoorstel bij de Tweede Kamer, waarbij het beroep van psychotherapeut uit de wet BIG geschrapt wordt en de psychotherapie tot het deskundigheidsgebied van de psychiater en de gezondheidszorgpsycholoog wordt gerekend.

Taakherschikking is dus een dynamisch proces. Wie wat doet in de gezondheidszorg, en waarom, is historisch bepaald. Maar opvattingen over wie deskundig is en wie wat hoort te doen in de gezondheidszorg variëren in de tijd (zie ook bijlage 7). Op dit moment zien we dat vooral in ziekenhuizen veel gebeurt. In het rapport over functiedifferentiatie in de medisch specialistische zorg wordt melding gemaakt van 892 initiatieven in de ziekenhuizen (CVZ, 2002).

Wie wat doet in de gezondheidszorg, en waarom, is historisch bepaald

Die dynamiek zal in de nabije toekomst nog versterkt worden door nieuwe technologische mogelijkheden. De techniek zal ook van invloed zijn op de opvattingen over wie deskundig is en wie wat hoort te doen.

Dynamiek wordt versterkt door technologische mogelijkheden

Op bepaalde, specifieke terreinen kan de computer reeds zelfstandig beslissingen nemen. Zo kan de computer ECG's analyseren. Een toepassing hiervan zijn defibrillatoren die zelf de aard van een hartritmestoornis bepalen waarna de computer zelfstandig besluit tot het al dan niet geven van een elektrische shock.

Telemonitoring van patiënten met hartaandoeningen, zoals hartfalen, lijkt veelbelovend bij de verwachte toename van deze groep chronische patiënten. Het aantal personen met hartfalen zal tussen 1994 en 2015 met 42,6% stijgen (Maas et al., 1997). Bij telemonitoring worden gegevens als hartslag, bloeddruk en gewicht via de telefoon naar een medisch call centrum gestuurd waar artsen en verpleegkundigen zo nodig acties ondernemen. De patiënt hoeft niet eerst naar het spreekuur van de cardioloog. Advies en/of medicatie bijstellen kan telefonisch worden afgehandeld. Bij acute klachten kan de patiënt zelf (met een eenvoudige band) een ECG maken en laten beoordelen. De tijdwinst die behaald kan worden om de patiënt zo nodig in het ziekenhuis te behandelen, kan zes uur bedragen.

Bron: Philips Telemedicine

Een ander voorbeeld waarbij de computer diagnosen ondersteunt, is de beoordeling van moedervlekken op kwaadaardigheid. Met een speciale videocamera wordt een opname gemaakt van de verdachte moedervlek. Deze opnamen worden door een computerprogramma geanalyseerd, waarna het programma de kans aangeeft dat de moedervlek kwaadaardig is. Om een dergelijk systeem te kunnen bedienen behoeft men geen medische opleiding te hebben gevolgd. Een dergelijk diagnostisch apparaat kan in de toekomst voor consumenten/patiënten ook op andere dan tot nu gebruikelijke locaties gebruikt worden (zie bijlage 7).

Diagnostische apparatuur niet alleen in ziekenhuizen

Ook op het terrein van de behandeling zijn er ontwikkelingen die de verdeling van taken zullen beïnvloeden. Zo is er een implanteerbaar insulinepompje, dat zelfstandig het glucosegehalte in het bloed meet en afhankelijk van de gemeten waarde de hoeveelheid insuline regelt. Als een dergelijk pompje zelfstandig de dosering kan aanpassen, komt ook de discussie of een diabetesverpleegkundige wel zelfstandig de dosering mag aanpassen, enigszins in een ander licht te staan.

Overigens vindt de Raad dat nieuwe technieken sneller dan tot nu toe gebruikelijk ingang moeten vinden in de behandeling van patiënten. Eerder stelde de Raad dat de zorgsector achterloopt bij andere sectoren, wanneer het gaat om de inzet van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, zoals e-health. Er is een duidelijke kloof tussen wat mogelijk is en de toepassingen in de praktijk (RVZ, 2002). Mogelijk biedt de opleiding technische geneeskunde c.q. medisch technicus die aan de Universiteit Twente van start zal gaan, nieuwe perspectieven op dit vlak.

Nieuwe technieken sneller toepassen

Gezien al deze ontwikkelingen staat het wel vast dat de zorgverlening er in de toekomst anders uit komt te zien. De huidige taakverdeling tussen professionals zal dan ook voortdurend bijgesteld moeten worden.

Taakverdeling voortdurend bijstellen

2.7 Conclusie

Taakherschikking wordt vaak voorafgegaan door een periode, waarin taken op informele wijze van de ene beroepsgroep naar de andere gaan. Veelal is dat een proces dat in de praktijk van alledag ontstaat, maar het kan ook een bewuste keuze zijn, bijvoorbeeld om arbeidsmarktproblemen te helpen oplossen. Op zeker moment ontstaat echter de behoefte die ontwikkeling een structureler karakter te geven – bijvoorbeeld, omdat opleidingen aangepast of ontwikkeld moeten worden.

Informele andere taakverdeling gaat vooraf aan taakherschikking

Partijen in de gezondheidszorg zien op veel fronten voordelen van taakherschikking. Taakherschikking biedt mogelijkheden voor een betere organisatie van de zorg, een optimale bedrijfsvoering, meer kwaliteit van zorg, een adequatere aanwending van de beschikbare capaciteit en meer carrièreperspectieven voor mensen in de gezondheidszorg.

Voordelen voor patiëntenzorg

In Nederland komt taakherschikking relatief het meest voor in de ziekenhuizen en de eerstelijnszorg. (Internationaal) onderzoek laat een hoge mate van tevredenheid zien onder de patiënten die met taakherschikking in aanraking zijn geweest. Verder zijn in het buitenland voorbeelden van taakherschikking te vinden die tot een betere toegankelijkheid van de zorg hebben geleid.

Patiënten tevreden over taakherschikking

Taakherschikking is en blijft een dynamisch proces. Opvattingen over wie wat doet in de gezondheidszorg en waarom zal sterk bepaald worden door technologische ontwikkelingen. De taakverdeling tussen professionals zal daaraan voortdurend aangepast moeten worden.

Taakherschikking is en blijft een dynamisch proces

Ondanks de steun in het veld voor een andere taakverdeling tussen professionals, blijven veel mogelijkheden onbenut en bestaat er de nodige onduidelijkheid. In het volgende hoofdstuk gaat de Raad daarom na welke beleidsproblemen zich voordoen.

3 Probleemanalyse

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaat de Raad na welke beleidsproblemen zich nu en in de toekomst aandienen bij taakherschikking. Die problemen laten zich in vijf clusters onderbrengen: onzekerheid over de acceptatie door patiënten, domeindenken en psychologische barrières bij beroepsgroepen, onzekerheid over de effecten van taakherschikking, juridische obstakels en financiële barrières. De Raad gaat bij elk cluster ook in op de ernst en de oorzaken van de problemen.

Vijf clusters van beleidsproblemen

3.2 Onzekerheid over acceptatie door patiënten

Probleem

In hoofdstuk 2 is gerefereerd aan de grote mate van patiënttevredenheid bij de inzet van nurse practitioners. Rond de vorming van huisartsenposten en de oprichting van call centra door verzekeraars is echter veel verwarring ontstaan. Die doet twijfels rijzen aan de acceptatie van deze vormen van taakherschikking bij patiënten. Welke klachten hebben patiënten?

Twijfels over acceptatie door patiënten

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) heeft klachten geïnventariseerd over verschillende huisartsenposten in verschillende regio's. De klachten spitsen zich toe op de selectie van patiënten. Een doktersassistente beslist of de klacht ernstig genoeg is om aan de arts voor te leggen. Patiënten voelen zich daardoor afgescheept of niet serieus genomen. De hulpvraag wordt onderschat en/of er wordt een foute diagnose gesteld. Meerdere mensen kregen geen contact met de huisarts, terwijl achteraf bleek dat de klacht serieus genomen had moeten worden (NPCF, juni 2002).

*Op kamer B4-1 wacht patiënt Peter van den Bosch op zijn physici-
cian assistent. De 50-jarige organisatie-adviseur heeft een nieuwe
hartklep, maar sindsdien baart zijn hartritme zorgen. 'Slim!, dacht
ik toen ze mij vertelde dat ze geen echte dokter was. Maar dat is
mijn bedrijfskundige blik, als patiënt heb ik het liefst een specialist
naast mijn bed.' Van den Bosch stelde onlangs een paar vragen
waar de hulparts geen antwoord op had. 'Toen is ze een arts gaan
halen en daar gaat het om.'*

Bron: Onder het mes bij de hulpdokter, Volkskrant, 28-09-2002, 3G.

Ernst en oorzaken van het probleem

Patiënten verwachten veel van de informatievoorziening door huisartsen. Ze willen in begrijpelijke taal volledige informatie over onderzoek, diagnose en de verschillende behandelingsmogelijkheden, maar ervaren de informatievoorziening, ook over veranderingen in de praktijkvoering, vaak als onvoldoende (NPCF, juni 2002).

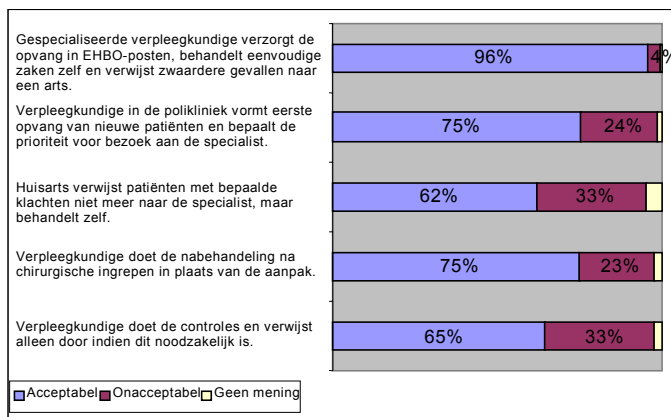
Toch zijn patiënten in het algemeen zeer tevreden over taakherschikking. Dat geldt ook voor patiënten in het buitenland die met taakherschikking te maken hebben (zie ook bijlage 6). Verder blijkt uit onderzoek naar de opvattingen van verzekerden over het takenpakket van de huisarts, dat tweederde van de ondervraagden (n=438) van mening is, dat voor eenvoudige klachten in plaats van met de huisarts, contact opgenomen kan worden met een verpleegkundige of doktersassistente (ZN journaal 2002 nr. 27).

Patiënten over het algemeen tevreden over taakherschikking

Een positieve houding blijkt eveneens uit het in opdracht van de Raad uitgevoerde onderzoek door de Consumentenbond. Een algemene conclusie is dat taakherschikking in de regel op bijval kan rekenen. Op onderdelen zijn er echter ook groepen mensen die er kritisch tegenover staan. Beide opvattingen komen naar voren in onderstaande figuren.

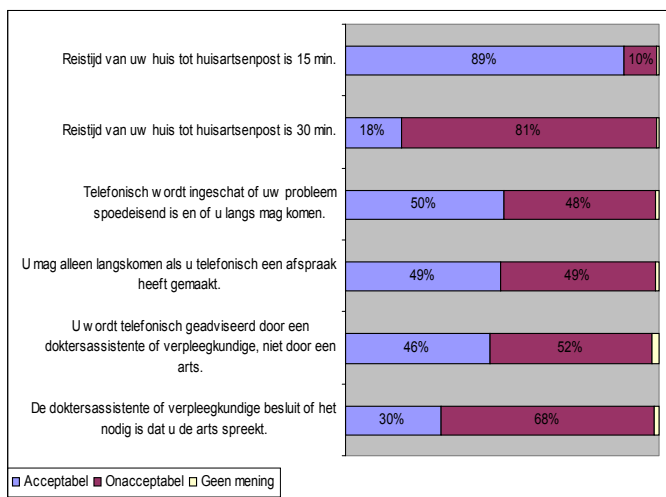
Maar ook groepen consumenten die er kritisch tegenover staan

Acceptatie verschuiving taken van specialist naar verpleegkundige of huisarts



Bron: Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg. Consumentenbond

Voorwaarden acceptatie huisartsenposten ter vervanging van avond- en weekenddiensten huisartsen

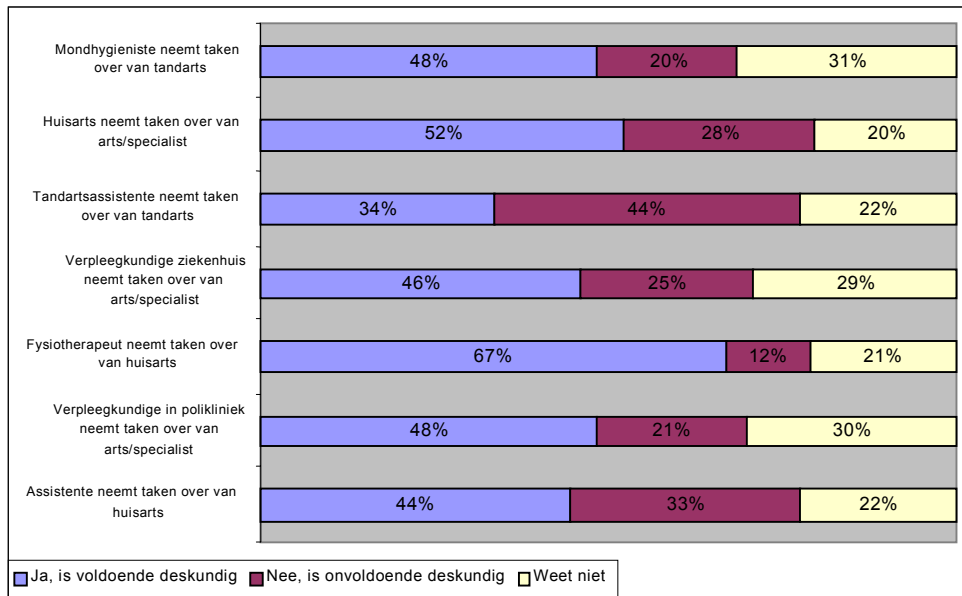


Bron: Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg. Consumentenbond

De ernst van de problemen lijkt dus mee te vallen. Wel meent de Raad, dat de gevolgen van verdergaande taakherschikking (en verdergaande organisatorische veranderingen in de zorg) voor de patiënt niet altijd inzichtelijk zijn. Ook dat wordt bevestigd in het eerdergenoemde onderzoek van de Consumentenbond. Overigens blijkt uit dat onderzoek ook dat een groot aantal mensen, variërend van 20 tot 30%, niet goed kan inschatten in hoeverre hulpverleners deskundig zijn om taken over te nemen.

Taakherschikking voor patiënten niet altijd inzichtelijk, deskundigheid hulpverleners onvoldoende bekend

Mening over deskundigheid van degenen die taken overnemen



Bron: Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg. Consumentenbond

3.3 Domeindenken en psychologische barrières bij beroepsgroepen

Probleem

De geschiedenis van de beroepen laat zien, dat het domeindenken stevig veranderd is in de beroepsgroepen. Van oudsher is het medisch domein dominant. In de uit 1865 stammende Wet op de uitoefening van de geneeskunst (WUG) was het alleenrecht om op dat gebied werkzaam te zijn aan artsen toegekend. De verloskundigen en tandartsen kregen een beperkte bevoegdheid. Pas in 1963 krijgen paramedici beperkte deelbevoegdheden.

Domeindenken stevig veranderd in beroepsgroepen

De in 1995 in werking getreden wet BIG kan weliswaar worden getypeerd als liberaal - iedereen mag in beginsel werkzaam zijn op het terrein van de individuele gezondheidszorg - maar het medisch domein wordt nu verdedigd via deskundigheidsomschrijvingen en via een claim op 'eindverantwoordelijkheid'. Die domeindiscussie is bijvoorbeeld in alle hevigheid gevoerd

In beginsel mag iedereen werkzaam zijn op het terrein van de individuele gezondheidszorg

rond de wettelijke regeling van beroepen als optometrist, tandprotheticus en (in een iets verder verleden) rond dat van psychotherapeut.

Dat verdedigen van het domein heeft overigens goede gronden. Rond 1865 wilde men voorkomen dat kwakzalvers schade zouden toebrengen aan de patiënt. Nu is daarnaast het uitgangspunt, dat patiënten deskundig geholpen moeten worden. Bovendien is een herkenbaar 'eigen' domein nodig voor beroepsgroepen om gemeenschappelijk aanvaarde theoretische en ethische uitgangspunten voor de beroepsuitoefening te formuleren. De professionele standaard komt langs die weg tot stand. Bovendien biedt de herkenbaarheid van een eigen domein duidelijkheid voor de patiënt.

Een 'eigen' domein is onder meer nodig om de professionele standaard te ontwikkelen

Niet alleen artsen hechten aan een eigen domein. Hoewel voor verpleegkundigen nooit sprake is geweest van beroepsbescherming, is het domeindenken ook binnen die beroepsgroep niet onbekend. Zo wordt binnen de beroepsgroep nog volop gediscussieerd over de wenselijkheid van taakherschikking. Voorstanders wijzen op de competenties die nu niet benut worden. Tegenstanders willen niet dat verpleegkundigen halve dokters worden. De patiëntenzorg zou daardoor gevaar lopen. Voor en tegenstanders zijn het er echter over eens, dat verpleegkundigen niet gezien moeten worden als het 'hulpje' van de arts.

Niet alleen artsen hechten aan een eigen domein

Domeindenken lijkt ook een rol te spelen bij de mate, waarin tandartsen taken aan anderen overdragen. De aanbevelingen van de Adviesgroep Capaciteit Mondzorg (2000) die nieuwe zorgverleners (de mondzorgkundige) in de mondzorg wenselijk acht, leidt tot levendige discussie binnen de wereld van de tandartsen. Het door de adviesgroep bepleitte teamconcept in de mondzorg wordt door sommigen gezien als een 'ernstige, ondermijnende fragmentatie van een beroep met een hoog kennisgehalte' (Strawn, 2002). Uitgangspunt voor de NMT is dat de tandarts een spilfunctie moet blijven behouden (Claesens, 2001). Ook de mondhygiënist lijken niet op de mondzorgkundige te zitten wachten. Hoewel het merendeel van de tandartsen bereid lijkt taken over te dragen aan medewerkers in de praktijk, wordt er volop gediscussieerd over voordelen op macro- en microniveau (Kerckhoffs, 2002).

Domeindenken speelt ook een rol in de mondzorg

Ernst en oorzaak van het probleem

Het domeindenken van professionals wordt door betrokkenen in de gezondheidszorg beschouwd als een hardnekkig probleem. Hoewel het artsenmonopolie met de komst van de wet

Hardnekkig probleem

BIG dus werd opgeheven, is het medisch domein nog stevig verankerd in de gezondheidszorg. Niet alleen in de hoofden van mensen en in de beroepenwetgeving, maar ook in de afspraken op zorg. Zo is voor de fysiotherapeut een verwijzing van de arts nodig om voor vergoeding in aanmerking te komen.

In de praktijk heeft dat nadelen voor de wijze waarop en het tempo waarmee veranderingen in de (organisatie van de) zorg doorgevoerd kunnen worden. Zo leidt het ‘eindverantwoordelijk’ zijn van de huisarts voor de huisartsenzorg tot veel bureaucratie bij de inzet van een praktijkverpleegkundige. Soms wordt iedere patiënt met de huisarts nabesproken.

Domeindenken heeft gevolgen voor de praktijk

De wijze, waarop in Nederland de poortwachterfunctie van de huisarts (en tandarts) is vormgegeven, is zowel een oorzaak als een gevolg van dat domeindenken. Met de huisarts als poortwachter kunnen de kosten in de hand worden gehouden. Beslissingen over een verwijzing naar andere paramedici of naar medisch specialistische zorg is deels om die reden in handen gelegd van de huisarts. Er worden ook inhoudelijke argumenten aangevoerd - de huisarts als dé deskundige om te beoordelen of andere hulp nodig is en de huisarts als coördinator van de zorg -, maar de financiële argumenten zijn minstens zo belangrijk.

Financiële argumenten spelen nog op een andere manier een rol bij het in stand houden van het domeindenken. Wie (eind)verantwoordelijk is voor de zorg, heeft meestal ook de positie om de vergoeding voor de geboden diensten te incasseren. En ook via onderlinge afspraken is het domein in stand te houden. In het standpunt op het rapport van de MDW-werkgroep Toetredingsbelemmeringen Medische Beroepen kondigt het kabinet aan de kwestie van mogelijk ongewenste domeinafbakening onder de aandacht van de NMa te brengen (Tweede Kamer, 24036, no. 262).

Financiële argumenten spelen een rol bij het domeindenken ...

Als oorzaak voor het domeindenken bij artsen wordt door velen aangevoerd het veronderstelde verlies aan macht. Dat door artsen gepercipieerde verlies van machtspositie wordt vervolgens afgewenteld op het begrip ‘eindverantwoordelijkheid’. Met een claim op eindverantwoordelijkheid proberen artsen, zo is de redenering, het medisch domein in stand te houden.

De angst voor aansprakelijkheid speelt eveneens een rol bij het instandhouden van het domeindenken. In discussies over taakherschikking komt bij beroepsbeoefenaren die taken overnemen ook al snel de vraag om de hoek kijken, hoe het dan zit met de rechtsbescherming. Kortom, angst voor aansprakelijkheid leidt er toe dat beroepsbeoefenaren (en instellingen) soms angstvallig binnen het eigen domein blijven. net als de angst voor aansprakelijkheid

3.4 Onzekerheid over effecten van taakherschikking

Probleem

Op basis van de literatuur kan geconcludeerd worden, dat van taakherschikking positieve effecten te verwachten zijn op de toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg (zie bijlage 6). Toch bestaat in een aantal opzichten nog onduidelijkheid over de effecten. Heeft taakherschikking bijvoorbeeld ook een positief effect op de medisch-inhoudelijke kwaliteit en op de capaciteit? En is taakherschikking kosteneffectief?

Naast positieve effecten van taakherschikking bestaat over een aantal effecten onduidelijkheid

a. Medisch-inhoudelijke kwaliteit

Onderzoek in Ierland heeft aangetoond, dat een patiënt met hartfalen langer en beter leeft door de begeleiding van een verpleegkundige. In een kliniek in Dublin zijn twee groepen patiënten vergeleken (in totaal 102 patiënten). De ene groep kreeg een reguliere behandeling van de medisch specialist, de andere groep werd begeleid door een gespecialiseerde verpleegkundige. Het aantal heropnames bedroeg in de eerste groep 22 procent en in de speciaal begeleide groep slechts 7 procent. In de eerste groep overleden binnen de onderzoeksperiode van twee jaar vier patiënten en in de tweede groep één (Dr. K. McDonald in zijn presentatie 'Pros en cons with nurse-led drugtitration' op het congres Heart Failure Update 2002 van de European Society of Cardiology in juni 2002 in Oslo, volgens informatie van de directeur van de Nederlandse Hartstichting).

Soms veelbelovende effecten op medische kwaliteit

In dit voorbeeld heeft taakherschikking een positief effect op de medische kwaliteit. Toch is het in het algemeen bijzonder moeilijk om voor het medisch handelen goede output parameters te vinden. Sterftcijfers zijn een goede graadmeter, maar niet altijd beschikbaar. Dat maakt het ook lastig uitspraken te doen over het effect van taakverschuiving op de medisch-inhoudelijke kwaliteit.

maar effecten op medische kwaliteit worden niet systematisch onderzocht

Er is weinig wetenschappelijke literatuur beschikbaar, waarin rechtstreeks de kwaliteit wordt vergeleken van dezelfde taken die door verschillende gekwalificeerde personen worden verricht. Zo kan op basis van de wetenschappelijke literatuur geen eenduidig oordeel geveld worden over de effecten van taakherschikking op de telefonische screening en afhandeling van gezondheidsklachten (triage). Triage heeft betrekking op selectie en/of routing van patiënten. Meer en meer vindt triage, met name voor eerstelijnsvoorzieningen, telefonisch plaats, buiten kantooruren, en door zelfstandige centra. In het buitenland zijn het voornamelijk verpleegkundigen die deze triage uitvoeren (zie verder bijlage 7).

De voorbeelden in hoofdstuk 2 laten zien dat er in ieder geval sprake is van een achterstand in zorg als patiënten onvoldoende voorlichting krijgen of niet op tijd worden doorverwezen naar een oogarts. Van taakherschikking zou dan een positief effect verwacht mogen worden, omdat tekorten in de zorg op die manier kunnen worden gecompenseerd.

Met taakherschikking worden tekorten in de zorg gecompenseerd

b. Capaciteit

Er bestaat twijfel of taakherschikking wel een oplossing is voor het capaciteitsvraagstuk. De inzet van andere professionals om wachtlijsten bij artsen weg te werken is mogelijk niet erg effectief of zet te weinig zoden aan de dijk. In veel publicaties wordt gewezen op mogelijk positieve effecten van taakherschikking, maar harde kwantitatieve gegevens ontbreken vooralsnog.

Weinig harde gegevens over de invloed van taakherschikking op benodigde capaciteit artsen

Die gegevens ontbreken ook in het Capaciteitsplan voor de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen. Wel is rekening gehouden met de mogelijke invloed van taakherschikking (in het rapport substitutie) op de vraagontwikkeling. De schattingen lopen uiteen van -5% tot + 10% (Nivel/Prismant, 2001).

c. Kosteneffectiviteit

In onderzoek wordt wel gewezen op het effect van taakherschikking op de verblijfsduur van patiënten in het ziekenhuis. Veelal wordt melding gemaakt van een (significante) daling van het gemiddeld aantal dagen dat de patiënt wordt opgenomen, met als gevolg een betere doorstroom van patiënten. Zo leidde de toevoeging van een nurse practitioner in het cardiologisch team in Alkmaar tot een daling van gemiddeld drie dagen opname (van 8,6 dagen naar 5,5 dagen). Maar die verandering in ligdagen wil nog niet zeggen, dat de inzet van de nurse practi-

tioner daarmee ook kosteneffectiever is (Broers, et al., MC, 55, 2000).

Een belangrijke conclusie in het eerder genoemde rapport van het College van Zorgverzekeringen is, dat de verwachte effecten van functiedifferentiatie niet eenduidig zijn. Het daadwerkelijk effect op de doelmatigheid is niet of nauwelijks te kwantificeren. Bepaalde typen van functiedifferentiatie die in het rapport worden onderscheiden, komen overeen met wat de RVZ in het advies onder taakherschikking verstaat (CVZ, 2002).

Effecten op kosten niet eenduidig

Taakherschikking, zo laten de ervaringen in het buitenland zien (zie bijlage 8), kan leiden tot een toename in het volume van behandelingen. Dit kan weer leiden tot een verhoging van de overheidsuitgaven. Of dit zich in Nederland zal voordoen, zal onder andere afhangen van de financiering van de zorg.

Ernst en oorzaak van het probleem

Dat geen outputcriteria voor de zorg beschikbaar zijn, is een ernstig probleem. Prestaties in de gezondheidszorg kunnen zodoende onvoldoende gemeten worden, maar ook effecten van veranderingen in de zorg, zoals door taakherschikking, zijn dan moeilijk te meten. Dat belemmert een 'evidence based' beleid in de gezondheidszorg. Zonder outputcriteria ontbreken automatisch ook harde gegevens over de kosteneffectiviteit van taakherschikking. In een kosteneffectiviteitsanalyse wordt immers gekeken naar wat bij een gegeven output de meest goedkope (meest kosteneffectieve) manier is om deze output te bereiken.

Zonder outputcriteria ontbreken automatisch ook harde gegevens over de kosteneffectiviteit van taakherschikking

Het capaciteitstekort vindt deels zijn oorsprong in de strikte instroombeperking in de (medische) opleidingen die in het verleden gehanteerd is. Sinds 1994 wordt die instroom weer verruimd.

Een andere oorzaak van het capaciteitstekort is het nog altijd hoge percentage ziekteverzuim in de sector. Daar valt dus nog het nodige te winnen.

3.5 Juridische obstakels

Probleem

In de adviesaanvraag zijn enkele voorbeelden genoemd van obstakels voor taakherschikking in wet- en regelgeving. Het

dilemma daarbij is dat de overheid wil dereguleren, maar tegelijkertijd de wetgeving moet aanpassen om taakherschikking te faciliteren. Uit het jurisprudentieonderzoek blijkt namelijk, dat de rechter niet tot grensverleggende uitspraken komt. Dat is ook niet verwonderlijk, omdat de vigerende wet- en regelgeving het toetsingskader is voor de rechter. Zo zal de rechter niet accepteren, dat verpleegkundigen medicatie voorschrijven als de wet dit niet toestaat.

Dilemma: dereguleren of wetten aanpassen

In deel I van de achtergrondstudie *Juridische aspecten van taakherschikking* heeft de Raad de belemmeringen geïnventariseerd (zie bijlage 5). Hieronder volgen de belangrijkste belemmeringen.

Inventarisatie van belemmeringen in wet- en regelgeving voor taakherschikking

a. Wet BIG

De belangrijkste belemmeringen voor taakherschikking in de wet BIG liggen in de deskundigheidsomschrijvingen van beroepsbeoefenaren, in het ontbreken van een beschermde titel voor bepaalde beroepen, en in de regeling voor voorbehouden handelingen. De mate waarin de wet belemmeringen opwerpt, kan per beroepsgroep verschillen.

Belemmeringen door deskundigheidsomschrijvingen en regeling voorbehouden handelingen

Zo is de fysiotherapeut deskundig, voor zover hij/zij werkt op verwijzing van de arts. Dit geldt ook voor andere paramedici. In de deskundigheidsomschrijving van de verpleegkundige komt de zelfstandigheid, waarmee groepen verpleegkundigen op het medisch domein werkzaam zijn, onvoldoende tot uiting.

Verder is het beroep van doktersassistent niet geregeld in de wet hoewel, door veranderingen in de beroepsuitoefening, behoefte ontstaat aan titelbescherming en aan omschrijving van het deskundigheidsgebied. Hoe weet bijvoorbeeld de huisarts of hij taken aan een hem of haar onbekende doktersassistent op de huisartsenpost kan overdragen en hoe weet hij of zij of die voldoende geschoold is? Zonder beschermde titel kan de arts de gekwalificeerde doktersassistent niet van de niet-gekwalificeerde onderscheiden.

Belemmeringen door het ontbreken van een beschermde titel

b. WGBO

De belemmeringen voor taakherschikking in de WGBO zijn vooral gelegen in de terminologie. Zo brengt de wet onvoldoende tot uitdrukking, dat ook het handelen van andere beroepsbeoefenaren dan medici onder het toepassingsbereik van de WGBO valt. Verder is het niet vanzelfsprekend, dat de patiëntenrechten uit de WGBO van toepassing zijn bij een

WGBO niet geschikt voor nieuwe vormen van zorg

zelfstandige vestiging van verpleegkundigen of als de patiënt middels een persoonsgebonden budget zelf een verpleegkundige inschakelt. Dit is niet consistent met doel en strekking van de wet. Verder lijkt de WGBO onvoldoende te zijn toegesneden op bepaalde nieuwe organisatorische vormen van beroepsuitoefening, zoals die geleverd worden door call centra.

c. WOG

In de praktijk komt het veelvuldig voor dat een verpleegkundige – binnen vastgestelde kaders – medicatie voorschrijft. Zo past een diabetesverpleegkundige medicatievoorschriften aan op geleide van bloedwaarden. In tegenstelling tot bijvoorbeeld de regeling van voorbehouden handelingen in de wet BIG, is de opdrachtfiguur in de WOG niet geregeld. Een verpleegkundige kan derhalve niet ‘in opdracht van de arts’ medicatie voorschrijven. In de praktijk is daar echter wel behoefte aan.

Wet staat niet toe dat verpleegkundigen medicijnen voorschrijven

d. Ziekenfondswet en AWBZ

De Ziekenfondswet kent als aanspraken (en dus als verstrekkingen) huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg. Hoewel de wet dit niet met zoveel woorden zegt, ligt hierin de suggestie besloten dat het leveren van deze vormen van zorg tot het exclusieve domein van deze beroepsbeoefenaren behoort.

Aanspraken in verzekeringswetten niet toegesneden op taakherschikking

Taakherschikking noopt eveneens tot een heroverweging van de formulering van aanspraken in de AWBZ. Tot de aanspraak op verpleging in de AWBZ wordt bijvoorbeeld doorgaans geen verpleging gerekend die voortvloeit uit taakherschikking en die daarvoor onderdeel uitmaakt van de aanspraak op medisch specialistische zorg in de Ziekenfondswet.

e. WTG

In de praktijk wordt het ontbreken van een tarief voor beroepsbeoefenaren, bijvoorbeeld voor verpleegkundigen, gezien als een belemmering voor taakherschikking.

Soms ontbreekt een tarief

f. Europese regelgeving

Belemmeringen voor taakherschikking zien we soms terug in Europese regelgeving. De belangrijkste belemmeringen liggen in de inflexibiliteit van de opleidingsduur van een aantal beroepen en in scholingsvereisten voor bijvoorbeeld beroepen, die met ioniserende stralen werken. Zo kan men niet aan een willekeurige beroepsgroep alle taken op een röntgenafdeling overdragen. Op dit moment is een richtlijn in voorbereiding, waarbij het voorschrijven van contactlenzen wordt voorbehouden

Europese regels stellen grenzen aan taakherschikking

aan specialisten. Voor Nederland zou die richtlijn kunnen betekenen dat de praktijk waarbij in de optiekzaak lenzen worden aangemeten, tot het verleden behoort. Waarschijnlijk zou dat een forse uitbreiding van het aantal oogartsen en/of optometristen tot gevolg moeten hebben.

Ernst en oorzaak van het probleem

Veel regels vinden hun oorsprong in de wens de patiënt te beschermen tegen ondeskundig handelen. De regels die daarvoor nodig zijn, moeten volgens de Raad ook blijven.

Regels nodig om patiënten te beschermen,

De Raad constateert verder dat binnen de huidige wet- en regelgeving al veel vormen van taakherschikking mogelijk zijn. Toch zijn de juridische obstakels in de praktijk een behoorlijke rem op verdergaande taakherschikking. Met de huidige wet- en regelgeving is de overheid voor verdergaande taakherschikking in hoge mate afhankelijk van de opvattingen van het instellingsmanagement en beroepsgroepen. Die conclusie is eveneens te vinden in de rapportage van de MDW-werkgroep Toetredingsbelemmeringen Medische Beroepen. Zo wordt opgemerkt, dat de beroepsorganisatie van tandartsen het door het ministerie van VWS gewenste beroep van mondzorgkundige kan frustreren met een beroep op de wet BIG.

maar huidige regels zijn een rem op verdergaande taakherschikking en ...

De regelingen zijn bovendien niet berekend op toekomstige ontwikkelingen en veroorzaken op dit moment de nodige bureaucratie. De nodige veranderingen in de organisatie van de zorg worden er namelijk door geremd. Voor patiënten is bovendien van belang dat geen onduidelijkheid bestaat over hun rechten in de behandeling, door welke hulpverlener dan ook. In die zin is er sprake van ernstige problemen.

.. zijn niet berekend op toekomstige ontwikkelingen

3.6 Financiële barrières

Probleem

Over financiële barrières wordt vaak wat omzichtig gesproken als het gaat over taakherschikking. Toch kunnen die hindernissen niet buiten beschouwing blijven. De praktijk wijst immers uit, dat de financiering wel degelijk een rol speelt bij het al dan niet anders organiseren van de zorg.

Of de huisarts al dan niet een praktijkondersteuner of nurse practitioner in dienst neemt, zal voor een deel worden bepaald door de wijze, waarop dat van invloed is op zijn inkomen. Als taakherschikking betekent dat hij of zij er in inkomen op ach-

Als taakherschikking van invloed is op inkomen (huis)arts, is dat geen aantrekkelijke optie

teruit gaat, is dat geen aantrekkelijke optie. Daarbij komt, dat niet duidelijk is hoe het basis takenpakket van de huisarts er uit ziet. “Enerzijds zien huisartsen elke taakverandering als een taakuitbreiding die extra moet worden gehonoreerd, anderzijds zien zij overname van taken door praktijkverpleegkundigen, ’nurse practitioners’ en arbo-artsen als een bedreiging voor de professie. Het verdient dus aanbeveling ook in Nederland het basishuisartspakket naar huidige mogelijkheden en behoeften te formuleren” (Ankoné en Klein, 2002).

Dat basistakenpakket is niet alleen voor de financiering van de praktijkkosten relevant, maar ook voor taakherschikking. Immers, een deel van de taken zou volgens de commissie Tabaksblat niet in aanmerking moeten komen om door andere beroepsgroepen te worden uitgevoerd.

Ziekenhuizen zijn mogelijk nog huiverig om nurse practitioners aan te stellen, omdat ze verwachten dat dit een opwaartse druk zal veroorzaken op de loonkosten en een uitstralings-effect zal hebben naar andere verpleegkundige functies. Bovendien hebben ze te maken met specialisten die het inkomenseffect van taakherschikking in de gaten houden.

Mogelijk opwaarts effect op loonkosten

Een ziekenhuisdirecteur die de pré-operatieve screening doelmatiger wil inrichten:

*Ja, iedere patiënt die naar de OK gaat, ik noem maar wat, een patiënt voor een cataract is meestal dermate oud dat die voldoet aan het criterium om gezien te worden pré-operatief en dan wordt ie gescreend door een internist en vervolgens wordt er nog een ECG gemaakt. Nou, de internist scoort dat als een officieel eerste polikliniek bezoek en dat zijn bele interessante patiënten, want die komen maar één keer en daarna niet meer, en die doen ze in 10 minuten of zo. Die raken ze allemaal kwijt. Dus waar ze voorheen zeg maar een productie hadden van 100% wordt die nou afgeroomd naar 60%. En daar willen ze met ons over praten uiteraard.’
(Bron: citaat uit Inventarisatie van functiedifferentiatie in de Nederlandse ziekenhuizen, 2002.)*

Ernst en oorzaak van het probleem

Dat werknemers (inclusief de medisch specialisten en huisartsen) in de gezondheidszorg oog hebben voor het effect op hun inkomen is vanzelfsprekend. Financiële barrières voor taakherschikking hangen echter vooral samen met de bestaande financierings- en bekostigingsstructuur. Er zijn namelijk te weinig prikkels om taakherschikking te stimuleren.

Financiële barrières hangen vooral samen met financierings- en bekostigingsstructuur

Zo lopen ziekenhuizen een risico als ze niet-artsen verrichtingen laten doen, die ze niet kunnen declareren. Eerder is gezegd dat de inzet van een nurse practitioner tot minder ligdagen kan leiden. Maar minder ligdagen betekent minder inkomsten voor het ziekenhuis.

De Raad vindt de gevolgen van de financiële barrières ernstig. Veel goede initiatieven om de zorg kwalitatief te verbeteren lopen dan gevaar. Als innovatie in de zorg vooral ook met ondersteuning van taakherschikking tot stand moet komen, moeten de juiste financiële prikkels in het systeem gebracht worden.

3.7 Conclusie

Taakherschikking stuit nu en in de toekomst op verschillende problemen. De Raad heeft die in vijf clusters geordend, maar het is duidelijk dat die problemen met elkaar samenhangen en elkaar beïnvloeden. Zo is de acceptatie van patiënten van belang voor de vraag welke taken door welke beroepsbeoefenaren uitgevoerd kunnen worden. En de financiering is weer van invloed op de bereidheid van artsen om anderen toe te laten op 'hun' domein.

Vijf clusters van problemen

Van de beleidsproblemen worden het domeindenken en de psychologische barrières bij beroepsgroepen, door betrokkenen in de gezondheidszorg en door de Raad als het meest hardnekkige probleem beschouwd. Het domeindenken is echter ook weer een gevolg van de wet- en regelgeving, met financiële regelingen en met percepties bij beroepsbeoefenaren over aansprakelijkheid en 'eindverantwoordelijkheid'.

Domeindenken is een hardnekkig probleem

De Raad concludeert, dat het ontbreken van outputcriteria voor de kwaliteit van de medische zorg de belangrijkste oorzaak is voor onzekerheid over de effecten van taakherschikking. Dat maakt het ook bijzonder lastig iets te zeggen over de kosteneffectiviteit.

Onzekerheid over effecten door ontbreken outputcriteria voor de medische zorg

Wie de beleidsproblemen overziet die zich nu en in de toekomst rond taakherschikking voordoen, is wellicht geneigd te concluderen dat de problemen aanzienlijk zijn. Dat kan de vraag oproepen of taakherschikking wel een aantrekkelijke optie is. Dat zal mede afhangen van het antwoord op de vraag of en hoe de problemen op te lossen zijn en welke beoorde-

Zijn problemen op te lossen?

lingsmaatstaven worden aangelegd. Daarover gaat het volgende hoofdstuk.

4 Mogelijke oplossingen

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk verken de Raad oplossingsrichtingen voor de in hoofdstuk 3 geschetste beleidsproblemen. Evenals de problemen zijn die in vijf clusters ondergebracht. Maar eerst wordt het beoordelingskader geschetst. Dat is immers mede bepalend voor de oplossingen die in beeld komen. Aan het eind van dit hoofdstuk trekt de Raad conclusies.

4.2 Beoordelingskader: toegankelijkheid en kwaliteit

Hoewel de afgelopen jaren fors is geïnvesteerd om de wachtlijsten weg te werken, is de toegankelijkheid van de gezondheidszorg nog steeds een ernstig probleem. Zo constateert de Commissie Modernisering Eerste Lijn, dat de toegankelijkheid en de kwaliteit van de eerstelijnszorg onherroepelijk tot problemen zullen leiden als het beleid niet wordt bijgesteld (Commissie Modernisering Eerste Lijn, mei 2002). Bij sluiting van een huisartsenpraktijk is bijvoorbeeld niet altijd een opvolger beschikbaar, waardoor patiënten regelmatig zonder huisarts komen te zitten. En door de grootschalige waarnemingsregelingen is bovendien de drempel naar de huisarts verhoogd (NPCF, juni 2002).

Toegankelijkheid verder onder druk als geen maatregelen worden getroffen

Eerder heeft de RVZ geconstateerd dat volledige informatie over de medisch-inhoudelijke kwaliteit van zorg ontbreekt. Dit komt, doordat er geen overeenstemming bestaat over geschikte uitkomstindicatoren. Maar er zijn voldoende aanwijzingen (onder andere in de studies van het RIVM), dat de kwaliteit op onderdelen veel beter kan (RVZ, 2001).

Kwaliteit kan op onderdelen veel beter

Toegankelijkheid en kwaliteit van zorg zijn voor de Raad derhalve steeds een ijkpunt bij het vinden van oplossingsrichtingen.

4.3 Patiënten informeren en diversiteit in hulpvragen erkennen

Voor de korte termijn lijkt het probleem van de onzekerheid over de acceptatie van taakherschikking door patiënten goed oplosbaar. Waar patiënten te maken krijgen met andere disciplines dan gebruikelijk, spreekt het voor zich dat aanbieders de patiënten hierover informeren. Uit onderzoek blijkt dat patiënten die veranderingen dan goed accepteren.

Op korte termijn duidelijkheid verschaffen over de eerste lijn

Die onzekerheid lijkt zich vooral voor te doen in de eerste lijn. De Minister zou een voorlopig oordeel kunnen geven over de situatie in de huisartsenzorg. Voor de patiënten is het verwarrend dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg herhaaldelijk laat weten geen voorstander te zijn van centra waar telefonisch klachten van patiënten worden beoordeeld, terwijl dergelijke centra tegelijkertijd blijven functioneren. Het gaat om centra van zowel verzekeraars als de huisartsenposten.

Voor de langere termijn moet de oplossing veeleer gevonden worden in de erkenning, dat sprake is van een toenemend aantal zorgvragen en een grotere diversiteit in hulpvragen. Daarbij moet duidelijk zijn, dat niet al die vragen door een arts beantwoord moeten worden.

Voor de langere termijn: erkennen van diversiteit in hulpvragen

Mensen die zich tot de gezondheidszorg wenden, hebben heel uiteenlopende vragen en problemen. De een wil gerustgesteld worden, de ander wil zo snel mogelijk een diagnose, een ander heeft hulp nodig om te leren hoe met een chronische aandoening weer orde te brengen in zijn of haar leven, of moet geleerd worden zelf blaas- of darmspoelingen uit te voeren. Weer een ander moet met de grootst mogelijke spoed geopereerd of behandeld worden.

Die diversiteit in hulpvragen maakt het niet eenvoudig in zijn algemeenheid uitspraken te doen over welke vraag waar het best beantwoord kan worden. In zijn advies over de medisch-specialistische zorg heeft de Raad er al op gewezen, dat het aanbod van medisch-specialistische zorg te zeer uitgaat van het principe van *one size fits all*, en te weinig rekening houdt met de differentiatie in de vraag.

Aanbod afstemmen op diversiteit in hulpvragen

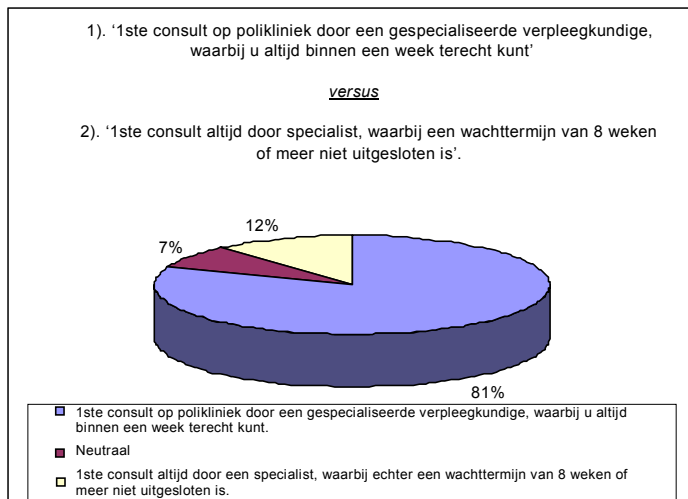
Het principe van *one size fits all* is naar de mening van de Raad eveneens van toepassing op het aanbod van zorg door de huisartsen. Dat is weinig toegesneden op de verschillende vragen die patiënten hebben. Dé patiënt bestaat niet, concludeert ook

de Commissie Modernisering Eerste Lijn (Commissie Modernisering Eerste Lijn, 2002).

Naar de mening van de Raad zou de erkenning van de diversiteit in hulpvragen er toe moeten leiden dat eenvoudige hulpvragen op een andere manier afgehandeld worden dan tot nu toe gebruikelijk is. Daar is ook steun voor. Zo blijkt uit het onderzoek van de Consumentenbond, dat meer dan de helft van de respondenten (52%) het een goed idee vindt om centra in te richten waar gespecialiseerde telefonisten vragen beantwoorden en adviseren over het al dan niet bezoeken van de huisarts. Verder blijkt dat een ruime meerderheid (81%) kiest voor snelle hulp door te kiezen voor een gespecialiseerde verpleegkundige op de polikliniek, in plaats van voor de specialist als daarvoor langer gewacht moet worden. De resultaten staan weergegeven in de onderstaande figuren.

Eenvoudige vragen moeten op een andere manier afgehandeld kunnen worden

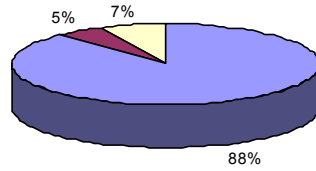
Voorkeur bij keuze tussen twee mogelijke situaties



1). 'Bij EHBO wordt u opgevangen en evt. behandeld door een gespecialiseerde verpleegkundige, waarbij u altijd binnen 15 min. aan de beurt bent'

versus

2). 'Bij EHBO wordt u altijd opgevangen / behandeld door een arts, met gevaar van volle wachtkamers'.

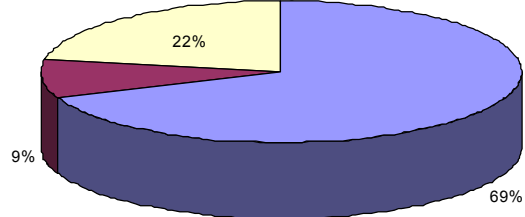


- Bij EHBO wordt u opgevangen door een gespecialiseerde verpleegkundige voor beoordeling en eventuele behandeling, waarbij u altijd binnen 15 minuten aan de beurt bent.
- Neutraal
- Bij EHBO wordt u altijd opgevangen / behandeld door een arts, met gevaar van volle wachtkamers.

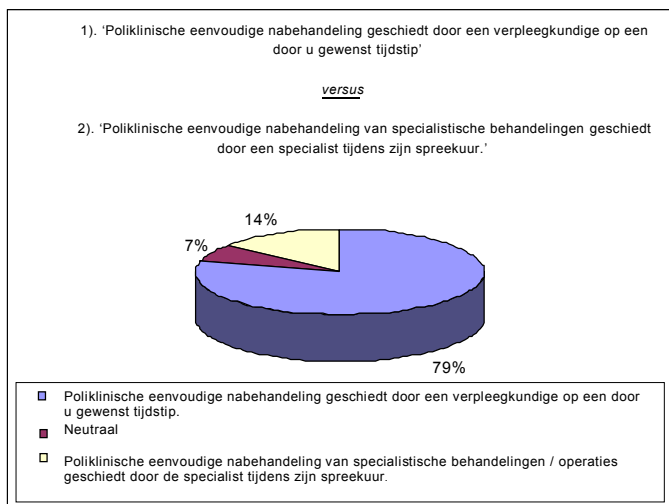
1). 'Bespreken van labonderzoeken door verpleegkundige zodra uitslag binnen is'

versus

2). 'Specialist bespreekt uitslagen, maar bepaalt moment waarop dat gebeurt'.



- Bespreken van labonderzoeken door verpleegkundige zodra uitslag binnen is.
- Neutraal
- Specialist bespreekt uitslagen, maar bepaalt moment waarop dat gebeurt.



Bron: Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg. Consumentenbond

De toegankelijkheid tot de zorg zou naar de mening van de Raad vergroot kunnen worden door een herbezinning op de rol van de (huis)artsen als poortwachter. Gezien de diversiteit, ook in complexiteit, is naar de mening van de Raad een 'brede' toegang tot de zorg gewenst.

Bredere toegang tot de zorg wenselijk

Volgens de Raad kan die toegankelijkheid vergroot worden door laagdrempelige voorzieningen aan te bieden. De Raad denkt daarbij aan een voorziening waar patiënten telefonisch terecht kunnen voor advies. In het dagelijks spraakgebruik wordt dit veelal een call centrum genoemd, maar het zou meer moeten zijn dan louter een technische voorziening. In de ogen van de Raad is het een nieuw 'product' en een nieuwe 'aanspraak' in het stelsel van ziektekostenverzekeringen, gericht op screening en telefonische afhandeling van gezondheidsklachten. Om de voorziening te onderscheiden van wat doorgaans onder een call centrum wordt verstaan, zou de Raad liever spreken van een zorgadvieslijn of zorglijn.

Laagdrempelige telefonische voorziening voor advies over gezondheidsklachten

Een zorgadvieslijn of zorglijn

De technische uitwerking zou met geïnteresseerde aanbieders uitgewerkt moeten worden. Zo zou onderzocht kunnen worden of een doorschakeling via 1-1-2 tot de mogelijkheden behoort en/of in technische zin aansluiting gezocht kan worden met huisartsenposten en/of ambulancediensten.

Een andere nieuwe voorziening om de toegankelijkheid te vergroten met behulp van taakherschikking zouden walk-in-centra kunnen zijn. Net als in het buitenland zouden de centra gerund kunnen worden door nurse practitioners, die daarvoor speciaal zijn opgeleid. De Raad denkt in het bijzonder aan centra in gebieden waar de huisartsenzorg tot grote problemen leidt of gebieden waarvan bekend is dat er sprake is van achterstanden in de zorg.

Walk-in-centra kunnen toegankelijkheid eveneens verbreden

Uiteraard moeten beroepsbeoefenaren die deze nieuwe voorzieningen moeten bemensen, voldoende deskundig zijn om die taken uit te voeren. Tijdens de adviesvoorbereiding bleek dat het antwoord op de vraag, wie en met welke deskundigheid vragen van patiënten kan beantwoorden, niet eenduidig is. De meningen daarover lopen uiteen. De ervaring uit het verleden leert echter, dat veel taken waarvan men in eerste instantie dacht dat deze alleen door artsen uitgevoerd konden worden, heel goed aan anderen overgelaten kunnen worden. Mede door wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen en het gebruik van ICT, nemen de mogelijkheden voor taakherschikking toe. De behoefte om hier flexibel op in te kunnen spelen neemt eveneens toe. De vraag welke beroepsbeoefenaren straks het best welke vraag kunnen beantwoorden zal steeds opnieuw beantwoord moeten worden (zie bijlage 7).

Nieuwe voorzieningen moeten deskundig personeel inzetten

Hoe de organisatie van de zorg er in de toekomst ook mag uitzien, goede en betrouwbare informatie aan patiënten over de deskundigheid van hulpverleners is zonder meer een vereiste. De Raad ziet daarin dan ook een taak voor de overheid. Die zou op het Gezondheidsportaal voor toegankelijke informatie over beroepsgroepen moeten zorgen: wat is hun deskundigheid en welke opleiding hebben ze gevolgd (eventueel aangevuld met andere voor de patiënt belangrijke informatie).

Ongeacht de organisatievorm is betrouwbare informatie nodig over deskundigheid hulpverleners

Een alternatief zou zijn om beroepsgroepen zelf die informatie te laten geven. Toch heeft de Raad een voorkeur voor de overheid. Beroepsgroepen zelf zullen geneigd zijn een meer gekleurde voorstelling van zaken te geven over hun deskundigheid en het terrein waar ze werken willen verbreden. De liberalisering in de beroepsuitoefening door de invoering van de wet BIG brengt met zich mee, dat patiënten een grotere eigen verantwoordelijkheid hebben voor de keuze van hulpverlener (zie verder ook de juridische achtergrondstudie). Tegelijkertijd blijft het een taak van de overheid patiënten te beschermen tegen ondeskundig handelen. Naast wetgeving is het instrument van voorlichting daartoe een geëigend instrument.

Voorlichting door de overheid is gewenst

Bovendien sluit voorlichting door de overheid over geregelde beroepen goed aan bij de filosofie van de wet BIG.

Wat de wet BIG betreft, is bij de invoering destijds het accent gelegd op voorlichting aan de beroepsgroepen. De Raad vindt dat goede voorlichting aan patiënten in de nabije toekomst op zijn plaats is, zeker nu de organisatie van de zorg verandert en nieuwe beroepen hun intrede doen. Voorlichting aan beroepsgroepen blijft eveneens nodig.

Accent op voorlichting aan patiënten

4.4 Erkenning van diversiteit in deskundigheid

Aan oplossingen van de problemen die voortvloeien uit het domeindenken wordt al geruime tijd gewerkt. Wie het rapport *De arts van straks* leest, ziet dat men in de praktijk en in het onderwijs doordrongen is van de noodzaak van een multidisciplinaire aanpak van problemen van patiënten.

Cruciaal is naar de mening van de Raad de erkenning, dat niet-artsen zelfstandig werkzaam kunnen zijn op wat heet het 'geneeskundig of medisch domein'. Hoewel met de wet BIG in dat opzicht al veel is bereikt en deze daarvoor ook ruimte biedt, blijkt de praktijk weerbarstiger.

Naast artsen zijn er andere hulpverleners die deskundig zijn op medisch gebied

Een reëel beeld van mogelijke juridische consequenties van de beroepsuitoefening is ook van belang. Dit kan ertoe bijdragen dat de betekenis van het 'eigen domein' in de juiste proporties wordt gezien. Duidelijkheid over juridische implicaties kan ook helpen psychologische barrières weg te nemen.

De Raad is er in dat verband geen voorstander van een praktijk in stand te houden waarin artsen worden gesteund in de gedachte, dat zij te allen tijde 'eindverantwoordelijk' kunnen zijn voor wat verpleegkundigen, doktersassistenten of andere hulpverleners doen. Feitelijk en juridisch kan die eindverantwoordelijkheid namelijk niet waargemaakt worden. In juridische zin is iedere hulpverlener zelf verantwoordelijk voor doen of nalaten.

Juridisch en feitelijk zijn artsen niet 'eindverantwoordelijk' voor wat andere hulpverleners in de zorg doen

Het paraferen van behandelingsvoorschriften door de arts of een stapel voorgedrukte recepten voor medicijnen zonder dat de patiënt gezien wordt, kan de arts bovendien tuchtrechtelijk worden aangerekend. Wanneer in feite geen controle door de arts plaatsvindt, worden patiënten niet alleen verkeerd voorgelicht, maar wordt ook een verkeerd beeld geschapen.

Bovendien miskent deze manier van doen de deskundigheid van degene die zelfstandig taken uitvoert, en werkt het bureaucratie in de hand.

Deskundigheid is uiteraard een voorwaarde voor taakherschikking. Waar tussen beroepsgroepen geen overeenstemming ontstaat over deskundigheidsgebieden, is het definiëren van deskundigheidsgebieden door ‘relatieve buitenstaanders’ noodzakelijk. Het parlement kan die taak vervullen door deskundigheidsgebieden wettelijk vast te leggen. Dat is bijvoorbeeld gebeurd bij de optometrist: wettelijk is vastgelegd dat de optometrist deskundig is om een eerste screening op oogafwijkingen te doen.

Deskundigheid is zonder meer voorwaarde voor taakherschikking

Als men met taakherschikking echte veranderingen met meer kwaliteit in de (organisatie van de) zorg wil bereiken, moet de erkenning, dat er naast artsen anderen zelfstandig werkzaam kunnen zijn op het medisch domein, wel een vervolg krijgen in wet- en regelgeving. Anders blijft de overheid te veel afhankelijk van initiatieven van individuele instellingen en beroepsbeoefenaren. Met verandering in wetgeving kan een andere organisatie van de eerstelijnszorg vorm krijgen. Verder kan dan directe toegankelijkheid van de fysiotherapeut of van de nurse practitioner gerealiseerd worden.

Erkenning deskundigheid van andere hulpverleners moet wel geregeld worden

Tijdens de adviesvoorbereiding bleek de Raad hoeveel onduidelijkheid er in de sector is over de juridische aspecten van de beroepsuitoefening. Voorlichting aan beroepsgroepen over juridische aspecten van de beroepsuitoefening, inclusief die over (tuchtrechtelijke) aansprakelijkheid, mag daarom in geen enkele opleiding voor hulpverleners in de gezondheidszorg ontbreken. Ook in bij- en nascholingsprogramma’s dienen die naar de mening van de Raad steeds een plaats te krijgen. Een andere optie is dat instellingen (en beroepsbeoefenaren) in een regio besluiten gezamenlijk een platform in het leven te roepen waar ze voor vragen terecht kunnen. Op die manier kan expertise gebundeld worden.

Voorlichting aan beroepsgroepen over juridische aspecten van beroepsuitoefening

Financiële incentives zullen naar de mening van de Raad eveneens bijdragen aan een juiste perceptie van het eigen domein en aan het wegnemen van psychologische barrières.

4.5 Meten van effecten van taakherschikking

De beschikbare gegevens laten niet toe harde uitspraken te doen over de effectiviteit van taakherschikking. Vooral gegevens over de effecten op de medisch-inhoudelijke kwaliteit ontbreken. Dat is overigens geen verrassing, omdat de Raad reeds eerder heeft geconstateerd, dat geen goede outputparameters voorhanden zijn om het medisch handelen te beoordelen. Als er geen parameters zijn om de kwaliteit van de huisartsenzorg te beoordelen, is het dus ook niet mogelijk om het effect van taakherschikking op die kwaliteit vast te stellen. Idealiter zouden bovendien nulmetingen voorhanden moeten zijn om de effecten te meten. Die zijn er echter niet.

De oplossing ziet de Raad in zijn aanbeveling uit het advies *Volksgezondheid en zorg*, om het meten van gezondheidswinst met behulp van kwaliteitsindicatoren voor de individuele gezondheidszorg tot speerpunt in het overheidsbeleid te maken. Meten is ook een noodzakelijke voorwaarde om op termijn iets te kunnen zeggen over de effecten van taakherschikking op de gezondheid.

Indicatoren nodig om effect taakherschikking te kunnen vaststellen

Hoewel harde cijfers over het effect op de medisch-inhoudelijke kwaliteit dus veelal ontbreken, zijn er wel aanwijzingen dat met taakherschikking achterstanden in de zorg kunnen worden aangepakt. Zo zouden door de inzet van diabetesverpleegkundigen diabetespatiënten jaarlijks een controle kunnen krijgen van ogen en voeten. Daarmee wordt dan weer een belangrijke bijdrage geleverd aan het terugdringen van complicaties en daarmee aan de kwaliteit van zorg.

Door algemene primaire en tertiaire preventieve maatregelen en door de verdere verbetering van de oogheelkundige zorg kan voor diabetespatiënten een reductie met 30% van slechtziendheid en blindheid ten gevolge van diabetische retinopathie bereikt worden. Maar lang niet alle diabetespatiënten worden jaarlijks op oogafwijkingen gescreend. Met goede preventie is een deel van de complicaties bij diabetespatiënten te voorkomen. Als we uitgaan van een toename van 400.000 diabetespatiënten tot 2010 (en van de bekende risico's op complicaties) kan met goede preventie bereikt worden dat daarvan 24.000 mensen niet blind worden, 35.000 keer minder nierfunctiestoornissen optreden, 35.000 mensen hun ledematen kunnen behouden en 32.000 mensen minder een hartinfarct en CVA krijgen. Het gaat alleen voor diabetespatiënten al om aanzienlijke aantallen (RVZ, 2001).

Capaciteit

Als de Raad kijkt naar het buitenland, zijn de aantallen beroepsbeoefenaren die voor taakherschikking ingezet worden niet overtuigend om het capaciteitsstekort bij artsen op te lossen. Dat wil zeggen: bij de huidige wijze van werken en organiseren van de zorg.

Niet alleen kijken naar capaciteit, maar ook andere organisatie nodig

In Engeland zijn bijvoorbeeld slechts circa 3.000-3.500 nurse practitioners werkzaam; in de VS zijn dat er daarentegen circa 196.000. In Nederland is het aandeel nog marginaal. Dat kan ook niet anders, omdat de opleiding recent is. De tweejarige opleiding is in 1997 gestart met 16 studenten, en de totale uitstroom tot nu toe ligt op 170. De belangstelling onder verpleegkundigen is echter groot: in september 2002 zijn 70 mensen met de opleiding begonnen. Volgens de Commissie Marktprikkels Medische Opleidingen is er in Nederland zeker ruimte voor nieuwe zelfstandige zorgberoepen, met name in de eerste lijn. De commissie denkt voor de eerste lijn aan onder meer circa 5.000 nurse practitioners.

Hoewel het voorlopig nog om kleine aantallen gaat, is het waarschijnlijk dat met taakherschikking een aantal verpleegkundigen voor de gezondheidszorg behouden kan blijven door ze in te zetten voor bijvoorbeeld telefonische screening en afhandeling van gezondheidsklachten, of als praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk. Dat is lichamelijk minder zwaar werk. Niet onbelangrijk in het licht van een verdriedubbeling van het aantal 50-plussers in de verpleging de komende tien jaar (RMO/RVZ, 1999).

Door taakherschikking kunnen verpleegkundigen behouden blijven voor werken in de zorg

Jaarlijks verlaten bovendien circa 30.000 verpleegkundigen en verzorgenden het vak. Daarvan geeft meer dan 55% aan dat dit vertrek voorkomen had kunnen worden als er meer was geïnvesteerd in carrièreperspectieven (LCVV, 2001). De Raad deelt dan ook niet de opvatting die wel wordt geventileerd, dat taakherschikking verpleegkundigen onttrekt aan de toch al krappe bezetting in de ziekenhuizen en thuiszorg.

Wil taakherschikking bijdragen aan het oplossen van het capaciteitsstekort van artsen, dan is in ieder geval een forse uitbreiding nodig van de opleidingscapaciteit voor nurse practitioners en physician assistants. Daarvoor moet dan ook ruimte gevonden worden in het budget dat beschikbaar is voor de gezondheidszorg. Als de overheid niet afhankelijk wil zijn van de bereidheid van individuele instellingen om hierin te investeren,

Uitbreiding opleidingscapaciteit nurse practitioners en physician assistants

Geoormerkt opleidingsbudget of opleidingsfonds

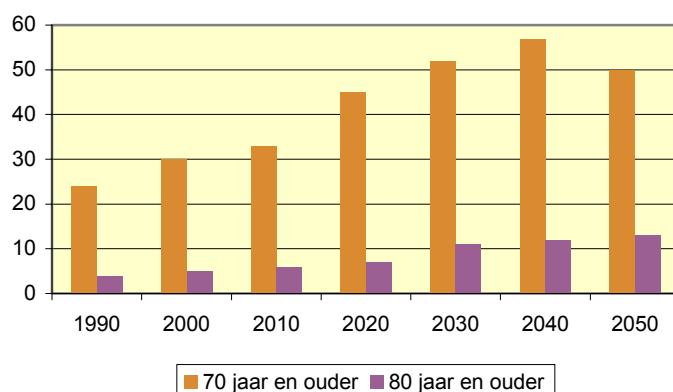
ligt een geoormerkt opleidingsbudget of opleidingsfonds voor de hand.

Hoewel de getallen nog niet overtuigend zijn, acht de Raad het aannemelijk, dat met taakherschikking een adequatere aanwending van bestaande menskracht mogelijk is. Dat kan weer capaciteit genereren bij artsen. Voor de toekomst is eveneens van belang, dat nieuwe beroepen en opleidingen jongeren met specifieke of gerichte belangstelling voor de zorg kunnen aantrekken. Het is hoopgevend, dat veel belangstelling bestaat voor de opleiding van technisch geneeskundige.

Zeker in het licht van demografische en epidemiologische ontwikkelingen is het nodig zoveel mogelijk mensen voor de arbeidsmarkt in de zorgsector aan te trekken en te behouden. De cijfers in het laatste SCP-rapport laten daar geen twijfel over bestaan. Er komen steeds minder potentiële verzorgers te staan tegenover de potentiële zorgbehoevenden. Het volgende figuur laat dat zien.

Zoveel mogelijk mensen voor de arbeidsmarkt in de zorg aantrekken en behouden

De bevolking van 70-plus en van 80-plus als percentage van de bevolking van 20-59 jaar



Bron: Sociaal en cultureel Planbureau. Rapport 2002; de kwaliteit van de quataire sector

Kosteneffectiviteit

In bijlage 8 is te lezen wat in de (internationale) literatuur te vinden is over de kosteneffectiviteit van taakherschikking. Het merendeel van het onderzoek heeft betrekking op de nurse practitioner en de physician assistant. Het beschikbare materiaal

Kosteneffectieve inzet van nieuwe beroepen behoort tot de mogelijkheden

laat niet toe harde uitspraken te doen over de kosteneffectiviteit, maar laat zien dat een kosteneffectieve inzet van nurse practitioners en physician assistants tot de mogelijkheden behoort. Wel blijkt uit onderzoek (ook in Nederland), dat met taakherschikking doelstellingen als betere bereikbaarheid, reductie van wachttijden, stroomlijning van het diagnostisch proces en een betere informatievoorziening worden bereikt.

Ook hieruit blijkt de noodzaak te komen tot het vaststellen van kwaliteitsindicatoren om op termijn iets te kunnen zeggen over de kosteneffectiviteit. Voorlopig zullen bevindingen uit deelonderzoeken echter de richting wijzen voor een kosteneffectieve inzet van nieuwe beroepen of van aanvullend geschoold personeel voor taakherschikking.

4.6 Aanpassen wetten en regelgeving

De voor de hand liggende oplossing voor het probleem van de belemmeringen in wet- en regelgeving is het aanpassen van de wetgeving. Tegelijkertijd wordt door zowel de overheid als door partijen in de gezondheidszorg benadrukt, dat deregulering wenselijk is. Zijn alternatieven denkbaar?

Alternatieven

Een alternatief zou zijn als de rechtspraak voldoende ruimte biedt voor taakherschikking. Uit het jurisprudentieonderzoek *Geschikt en geschoven* blijkt echter, dat geen opzienbarende openingen voor verdergaande taakherschikking te verwachten zijn. Het bestaande wettelijk kader is voor de rechter namelijk richtinggevend. Weliswaar heeft de rechter zich enkele keren uitgelaten over welke handelingen wel of niet in aanmerking komen voor taakherschikking, maar de conclusie luidt dat voor échte taakherschikking wetswijziging nodig zal zijn.

Rechtspraak biedt geen opzienbare openingen voor verdergaande taakherschikking

Een ander alternatief zou zijn een goed werkend en betrouwbaar systeem, waarmee zorgresultaten worden gemeten en gepubliceerd, zoals de Raad in zijn advies *Volksgesondheid en zorg* heeft aanbevolen. De overheid zou dan de norm kunnen vaststellen waaraan de zorg zou moeten voldoen en het verder aan partijen kunnen overlaten hoe die resultaten bereikt worden. Een deel van de bestaande wetgeving zou dan overbodig kunnen zijn.

Een systeem, waarmee zorgresultaten worden gemeten, is niet voorhanden

Een dergelijk systeem is echter niet voorhanden, zodat toch het aanpassen van wet- en regelgeving als optie overblijft.

Uitgangspunt zou volgens de Raad moeten zijn dat de regels zodanig aangepast worden dat taakherschikking, ook in de toekomst, maximale kansen krijgt, terwijl tegelijkertijd de bescherming van de patiënt gewaarborgd wordt. Verder zou gezocht kunnen worden naar een wijze van regelgeving, die de minste uitvoerings- en handhavingslasten met zich meebrengt. Dit kan bijvoorbeeld door meer te regelen via een algemene maatregel van bestuur (AmvB) of via een ministeriële regeling.

Aanpassen wet- en regelgeving blijft als optie over

Zo zou in plaats van aan te geven welke deskundigheid bijvoorbeeld vereist is om telefonische hulpvragen van patiënten te beantwoorden, volstaan kunnen worden met een verplichting tot publicatie van gegevens over opleidingen en diploma's van het personeel. Een dergelijke verplichting zou geformuleerd kunnen worden op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Een dergelijke optie komt tegemoet aan de wens van flexibiliteit. Zij laat immers ruimte om bij toekomstige ontwikkelingen (onder andere technologische) naar bevind van zaken te handelen. Tegelijkertijd wordt toezicht mogelijk op een belangrijk kwaliteitsaspect (mate van scholing van het personeel als input voor zorgproces).

Kiezen voor regels, die flexibiliteit toelaten

De overheid moet zich in deze optie niet uitspreken of verpleegkundigen de telefonische screening en afhandeling van gezondheidsklachten voor hun rekening moeten nemen, zoals in het buitenland gebruikelijk is. Als blijkt, dat anders getrainde of geschoolde mensen, bijvoorbeeld de doktersassistente, net zo goed scoren op daarvoor vastgestelde kwaliteitsindicatoren, moet het instellingsmanagement de vrijheid hebben zelf te bepalen met welke mensen en middelen die kwaliteit wordt gerealiseerd. Voorwaarde is wel een goed werkend systeem om de kwaliteit van de adviezen te meten.

Uitgangspunt voor toekomstig juridisch kader

In paragraaf 4.4 heeft de Raad er al op gewezen, dat de erkenning dat er naast artsen anderen zelfstandig werkzaam kunnen zijn op het medisch domein, een vervolg moet krijgen in wet- en regelgeving. Het (toekomstig) juridisch kader voor taakherschikking is volgens de Raad dan ook te vinden in een heldere verdeling van verantwoordelijkheden. Dat betekent duidelijk zijn over de deskundigheid van hulpverleners in de gezondheidszorg. De bij wet of AmvB vastgestelde deskundigheidsgebieden van beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg bieden daarvoor een goed aanknopingspunt.

Uitgangspunt moet zijn: heldere verdeling van verantwoordelijkheden

Zo zouden volgens de Raad in een aantal omschrijvingen van deskundigheidsgebieden wijzigingen doorgevoerd moeten worden om die erkenning van zelfstandigheid tot uitdrukking te brengen. 'Op verwijzing van de arts' zou in de deskundigheidsomschrijving van paramedische beroepen kunnen verdwijnen. Ook de deskundigheidsomschrijving van verpleegkundigen zou aangepast kunnen worden.

Omschrijving van deskundigheidsgebieden aanpassen en 'op verwijzing' schrappen

Een heldere verantwoordelijkheidsverdeling betekent niet alleen dat duidelijk moet zijn wie waar verantwoordelijk voor is, maar eveneens dat verantwoordelijkheden daar gelegd worden waar ze thuishoren. Als in de praktijk de 'eindverantwoordelijkheid' van de arts niet waargemaakt kan worden, verdient het de voorkeur dat als uitgangspunt te nemen voor het ontwerpen van een regeling. Bovendien voorkomt dat ingewikkelde constructies en bureaucratie, zoals een veelgehoorde klacht is bij de regeling van de voorbehouden handelingen in de wet BIG.

Volgens de Raad is het goed denkbaar, dat verpleegkundigen (of specifieke groepen daarbinnen) en mondhygiënisten bevoegd worden verklaard tot het uitvoeren van bepaalde handelingen. Uiteraard voor zover dat past binnen hun deskundigheidsgebied. In dat geval kan aangesloten worden bij de formulering die voor tandartsen en verloskundigen is gebruikt in artikel 36. Artikel 36 lid 14 stelt verder als eis, dat die bevoegdheid slechts geldt voor zover de bevoegde redelijkerwijs mag aannemen over de bekwaamheid te beschikken die vereist is voor het behoorlijk verrichten van die handelingen. Van verpleegkundigen en mondhygiënistes mag verwacht worden, dat ze die verantwoordelijkheid kunnen dragen. Als daar behoefte aan zou zijn, zou van een dergelijke constructie ook gebruik gemaakt kunnen worden voor de physician assistant en andere beroepen die daarvoor in aanmerking komen.

Zelfstandige bevoegdheid voorbehouden handelingen voor verpleegkundigen en mondhygiënistes goed denkbaar

De betekenis van deze juridische aanpassingen voor de praktijk kan aan de hand van het volgende voorbeeld geïllustreerd worden. In de deskundigheidsomschrijving van de verpleegkundige kan opgenomen worden, dat ze deskundig is om injecties te geven conform de in richtlijnen en standaarden gehanteerde voorschriften en om injecties te geven in het verlengde van de behandeling van de arts. Een verpleegkundige die zelfstandig spreekuren houdt in een huisartsenpraktijk zal dan griepinjecties kunnen geven bij daarvoor (volgens het protocol) in aanmerking komende patiënten. De verpleegkundige die op een interne afdeling werkt en betrokken is bij de

Betekenis van zelfstandige bevoegdheid voor de praktijk

behandeling van patiënten voor wie geen protocol geldt, zal injecties geven op geleide van het voorschrift van de arts. Voor beide situaties geldt tevens de eis dat ze bekwaam moet zijn (zie deel I van de juridische achtergrondstudie).

Bij het schrijven van dit advies had de Raad niet de beschikking over de uitkomsten van de evaluatie van de wet BIG. Mogelijk dat die gegevens een ander licht werpen op bovenstaande oplossing. De Raad heeft die oplossing in het kader van dit advies primair geformuleerd, gebaseerd aan de hand van zijn uitgangspunten: maximale ruimte voor taakherschikking en een heldere verantwoordelijkheidsverdeling, gebaseerd op deskundigheid.

Meer beroepen regelen uit oogpunt van kwaliteit

Door taakherschikking ontstaat de behoefte meer beroepen in het kader van de wet BIG te regelen dan de overheid in de jaren negentig voor ogen stond. De Raad denkt daarbij op dit moment in het bijzonder aan het beroep van doktersassistente. Voor patiënten is het belangrijk te weten wie wat doet in de gezondheidszorg. Zeker als er naast de huisarts meer beroepen rechtstreeks toegankelijk worden voor de patiënt, als zelfstandige beroepsuitoefening en vestiging van diverse beroepsbeoefenaren meer regel dan uitzondering worden, en als nieuwe organisaties ontstaan die voor specifieke categorieën patiënten zorg leveren. Ook over nieuwe beroepen die in de nabije toekomst ontstaan, zoals de technisch geneeskundige, zal de burger/patiënt geïnformeerd willen worden.

In het belang van kwaliteit meer beroepen regelen in de wet BIG

Meer regelen per AmvB of bij ministerieel besluit dan bij wet

Om een evenwicht te vinden tussen deregulering en regelgeving, valt te overwegen meer per algemene maatregel van bestuur (AmvB) te regelen dan in de wet vast te leggen. Die optie biedt meer ruimte om de regelgeving aan te passen aan veranderende omstandigheden. Zo zou de deskundighedsomschrijving van bijvoorbeeld de verpleegkundige niet in de wet zelf geregeld moeten worden, maar in een AmvB. Een ander optie is om meer per ministerieel besluit te regelen.

Meer regelen per AmvB of ministeriële regeling

Patiëntenrechten veilig stellen

Een consequentie van het uitgangspunt dat taakherschikking maximale kansen moet krijgen, terwijl tegelijkertijd de bescherming van patiënten gewaarborgd moet zijn, is dat de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst aangepast dient te worden. De verplichtingen uit de WGBO (zoals *informed consent* en

WGBO aanpassen

dossierplicht) dienen op iedere zelfstandig werkende beroepsbeoefenaar in de individuele gezondheidszorg te rusten, ook als deze handelingen verricht die niet rechtstreeks voortvloeien uit de behandeling van artsen.

Andere belemmeringen opheffen

Om verdere belemmeringen voor taakherschikking op te heffen, zou bij de wijziging van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening voorzien moeten worden in een bepaling die het mogelijk maakt, dat specifieke groepen verpleegkundigen (bijvoorbeeld de diabetesverpleegkundige of de verpleegkundige die specifieke patiëntengroepen begeleidt) binnen bepaalde kaders medicijnen kunnen voorschrijven. Ook hier gaat de voorkeur van de Raad uit naar een formulering die ruimte laat voor flexibele aanpassing aan zich wijzigende omstandigheden en voor de eigen verantwoordelijkheid van verpleegkundigen (zie verder ook hoofdstuk 4 van de juridische achtergrondstudie).

WOG aanpassen

De ‘all in one’ aanspraken en verstrekkingen in de Ziekenfondswet zouden naar de mening van de Raad gedifferentieerd moeten worden om ruimte voor taakherschikking te creëren. De aanspraak op huisartsenzorg zou bijvoorbeeld opgedeeld kunnen worden in deelverstrekkingen. Die maken het mogelijk dat bijvoorbeeld chronische patiënten kunnen kiezen voor behandeling door de huisarts of de nurse practitioner. Voor de medisch-specialistische zorg geldt hetzelfde. De deelverstrekkingen c.q. functioneel omschreven aanspraken zouden dan door verschillende disciplines geleverd kunnen worden.

Daarbij zou aangesloten kunnen worden bij de verdere uitwerking van het functiegericht omschrijven van aanspraken als onderdeel van de modernisering van de AWBZ en de curatieve zorg. De Raad denkt aan omschrijvingen als: preventie, advies, diagnostiek, aanvullend onderzoek, behandeling en begeleiding. Een belangrijk aandachtspunt daarbij moet zijn de afstemming van de omschrijvingen. Als verpleging en/of behandeling in de AWBZ heel iets anders zou betekenen dan verpleging en/of behandeling in de Ziekenfondswet, zal dat veel uitleg en voorlichting vergen.

Functiegericht omschrijven van verzekeringsaanspraken

4.7 Financiële incentives inbouwen

Uit hoofdstuk 3 blijkt dat de financiële aspecten een rol spelen bij de vraag of taakherschikking daadwerkelijk van de grond

komt. Omdat innovatie in de zorg vooral ook met ondersteuning van taakherschikking tot stand moet komen, moeten de juiste financiële prikkels in het systeem gebracht worden, zo stelde de Raad.

De juiste financiële prikkels in het systeem brengen is de afgelopen jaren geen eenvoudige opgave gebleken. Bij een verrichtingsstelsel is het gevaar van overbehandeling groot, bij een *lump sum*-financiering of abonnemententarief dreigt onderbehandeling en verlies van productie. Er zou dan ook een meer op prestaties en kwaliteit gebaseerd betalingssysteem ontwikkeld moeten worden. In dat verband heeft de Raad eerder een systeem van zorgresultaatanalyse aanbevolen. De ongewenste invloed van betalingssystemen op het volume van medische verrichtingen kan daarmee in gunstige zin beïnvloed worden (RVZ, 2001, IOM, 2001).

Een meer op prestatie en kwaliteit gebaseerd betalingssysteem is prikkel voor taakherschikking

Een op zorgresultaten gebaseerd betalingssysteem is in Nederland niet voorhanden, maar is volgens de Raad voor de langere termijn een reële optie. In Californië hebben recent zes verzekeraars de handen ineengeslagen voor een op zorgresultaten gebaseerd betalingssysteem. Onder de noemer 'Pay for Performance' hebben de deelnemers aan de Integrated Healthcare Association (IHA) gezamenlijk een set criteria vastgesteld op basis waarvan bonussen worden gegeven. Zes klinische maatstaven (waaronder zorg voor diabetes- en astmapatiënten), vier maatstaven voor het meten van patiënttevredenheid en een maatstaf voor IT-investeringen vormen de basis (www.iha.org).

Taakherschikking zou in een op zorgresultaten gebaseerd betalingssysteem maximale kansen krijgen als het leidt tot betere prestaties. En zoals uit de voorafgaande hoofdstukken blijkt, daarvoor zijn aanwijzingen.

Maar taakherschikking kan op de korte termijn ook leiden tot een toename in het volume van behandelingen en daardoor een opwaarts effect hebben op de overheidsuitgaven, zo blijkt uit Amerikaans onderzoek. Artsen van wie taken werden overgenomen, gingen niet minder werken en minder verdienen. In de vrijgekomen tijd gingen ze meer en complexere patiënten behandelen. Dat is uiteraard gunstig om wachtlijsten weg te werken.

Op korte termijn kan taakherschikking leiden tot hogere overheidsuitgaven ...

Het definitieve effect op de overheidsuitgaven is onder meer afhankelijk van de vraag of de vergoeding aan bijvoorbeeld de nurse practitioner of de physician assistant gecompenseerd moet worden door een daling van de uitgaven aan medisch specialisten of artsen die hen in dienst nemen. De redenering zou namelijk kunnen zijn, dat nurse practitioners en physician assistants er voor zorgen dat kwantitatieve en kwalitatieve achterstanden in de zorg worden weggewerkt. Met andere woorden: er wordt meer zorg geleverd. Dan ligt het voor de hand de daarmee gepaard gaande hogere overheidsuitgave te accepteren.

... omdat meer zorg geleverd wordt. Dat is goed voor de wachtlijsten.

Op de langere termijn kan taakherschikking tot een daling van de overheidsuitgaven leiden als daardoor in totaal minder artsen nodig blijken te zijn en de verrichtingen die zij deden door anderen tegen een lager tarief worden uitgevoerd (zie verder bijlage 8).

Op langere termijn kan taakherschikking leiden tot daling overheidsuitgaven

De inschatting, dat taakherschikking op korte termijn tot meer volume aan zorg en daardoor tot hogere overheidsuitgaven kan leiden, zal anders worden als in de zorgsector prijsconcurrentie wordt geïntroduceerd. In de huidige situatie zou daarom aangesloten moeten worden bij de plannen die er zijn om de zorg anders te financieren. Voor de ziekenhuizen zullen de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) de basis gaan vormen voor de financiering. De DBC-systematiek zou benut kunnen worden om taakherschikking te stimuleren. Zo zouden voordelen die met inzet van anders gekwalificeerden behaald kunnen worden, door het ziekenhuis geïnvesteerd moeten kunnen worden in innovaties van de zorg. Dat zou kunnen door vrije onderhandelingen over de prijs van de DBC's of door binnen DBC's onderdelen aan te merken, die gerelateerd worden aan taakherschikking.

DBC-systematiek benutten om taakherschikking te stimuleren

Eerder is er op gewezen dat taakherschikking in de thuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg, de verpleeghuizen en verzorgingshuizen een marginaal verschijnsel is. Om ook in die sectoren innovaties in de zorg en kwaliteitsverbetering met behulp van taakherschikking te stimuleren, zouden de budgetparameters daarvoor benut kunnen worden. Het moet voor AWBZ-instellingen aantrekkelijk zijn om bijvoorbeeld nurse practitioners of diabetesverpleegkundigen aan te trekken.

Voor AWBZ-sector budgetparameter ontwikkelen om taakherschikking aantrekkelijk te maken

Een financiële prikkel van een andere orde is polisdifferentiatie. Voor verzekeraars kan het interessant zijn om diverse opties te hebben bij de inkoop van zorg. Zo is denkbaar, dat een verzekeraar het product 'behandeling van diabetes' zowel inkoop bij een internist als bij een diabetesverpleegkundige. Verzekeraars zouden twee polissen kunnen aanbieden. Eén, waarbij de verzekerde tegen een gereduceerde premie aanspraak heeft op routinebehandeling door een diabetesverpleegkundige en voor bijzonderheden bij de internist terecht kan, en één waarbij de verzekerde aanspraak heeft op behandeling van diabetes door een internist, maar waarvoor een hogere premie verschuldigd is.

Verzekeraars kunnen polisdifferentiatie gebruiken om taakherschikking te stimuleren

Uit het onderzoek onder consumenten blijkt, dat ze het belangrijk vinden om te kunnen kiezen. Ze kregen twee verzekeringspakketten voorgelegd. Tweederde van de respondenten koos voor een pakket, waarbij de verzekerde zelf bepaalt welke hulpverlener ze kunnen kiezen. De respondenten zijn ook bereid daarvoor een hogere premie te betalen. Dat is opmerkelijk, omdat uit het onderzoek van het SCP blijkt dat een meerderheid van de Nederlandse bevolking geen extra premie wil betalen voor een kwalitatief betere zorg (SCP, 2002). Keuzevrijheid beschouwt de Raad in dit verband overigens als een aspect van kwaliteit.

Patiënten vinden het belangrijk om te kunnen kiezen tussen verzekeringspakketten

Voorkeur soort verzekeringspakket



Bron: Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg; Consumentenbond

Een belemmering voor taakherschikking, zo wordt door betrokkenen in het veld aangegeven, is het ontbreken van een tarief voor bijvoorbeeld zelfstandig gevestigde verpleegkundigen. De Raad heeft overwogen of verpleegkundigen niet onder de werkingssfeer van de WTG gebracht zouden moeten worden. Die vraag zou ook gelden voor mondhygiënisten, omdat zij eveneens niet onder de werkingssfeer van de wet vallen. En ook het ontbreken van een tarief voor optometristen wordt in het veld gevoeld als een belemmering voor taakherschikking.

Wel of niet onder de WTG?

Alles afwegend is de Raad er geen voorstander van om 'nieuwe' beroepen onder de werkingssfeer van de WTG te brengen (in de zin van vaste tarieven voor nieuw beroepen op grond van de WTG). Hoewel de toekomst van de WTG nog niet helemaal duidelijk is, is de algemene teneur toch die van meer geregleerde marktwerking, decentralisatie en deregulering van de prijsvorming (Speelruimte en eigen verantwoordelijkheid, notitie over de WTG. Tweede Kamer, 1999-2000, 27 156, no. 2). Verder is van belang of er schaarste is. Alleen als er geen schaarste is, zou de prestatie buiten de werkingssfeer van de WTG moeten blijven, zo is veelal de gedachte. Anders zouden beroepsbeoefenaren de schaarste benutten om hoge vergoedingen te vragen. In de voorbeelden die genoemd worden, acht de Raad dat echter geen reële verwachting. Als verpleegkundigen en mondhygiënisten te hoge tarieven zouden vragen, prijzen ze zich als het ware uit de markt en zullen ze niet gecontracteerd worden door de verzekeraar. Die zal dan liever een contract sluiten met hulpverleners die gehouden zijn aan door de WTG geregleerde tarieven.

Geen 'nieuwe' beroepen onder de werkingssfeer van de WTG

Volgens de Raad is er nog een ander punt, dat in het kader van de verdere uitwerking van DBC's de aandacht vraagt. Waar in de praktijk behoefte aan ontstaat, is om bepaalde 'producten' apart te kunnen prijzen. Is nazorg onderdeel van de DBC diabeteszorg of is nazorg een apart product? In feite gaat het om het vraagstuk van transmurale DBC's. Dit advies over taakherschikking is echter niet de plaats om daar uitgebreid op in te gaan.

Behoefte om bepaalde 'producten' apart te kunnen prijzen

4.8 Conclusies

In dit hoofdstuk heeft de Raad vijf clusters van oplossingsrichtingen onder de loep genomen. De bevindingen over de acceptatie van taakherschikking door patiënten laten zien, dat die met goede voorlichting nog kan toenemen. De Raad schat in,

dat de acceptatie bovendien nog verder zal toenemen als patiënten ervaren dat wachttijden en toegangstijden korter worden, eventuele achterstanden in de kwaliteit van zorg worden weggenomen, ze goede voorlichting krijgen en meer keuzemogelijkheden hebben.

De Raad concludeert, dat het probleem van het domeindenken het meest hardnekkig is en tegelijkertijd het meest cruciaal als taakherschikking moet bijdragen aan het oplossen van problemen in de gezondheidszorg. De oplossing ligt deels in de erkenning van diversiteit in hulpvragen en deskundigheid. Een definitieve conclusie over de (kosten)effectiviteit is niet te formuleren. Zolang geen goede outputparameters voorhanden zijn om de kwaliteit van de (medische) zorg te meten, moet volstaan worden met het meten van effecten op onderdelen van de zorg.

Oplossing voor domeindenken deels in de erkenning van diversiteit in hulpvragen en deskundigheid

De Raad concludeert verder, dat met aanpassing van wet- en regelgeving ruimte gecreëerd kan worden voor innovaties in de (organisatie van de) zorg die met behulp van taakherschikking ondersteund worden. Ook de financiële barrières voor taakherschikking kunnen worden weggenomen.

De Raad eindigde het vorige hoofdstuk met de vraag of taakherschikking wel een aantrekkelijke optie is door de problemen die voorzien werden. In dit hoofdstuk zijn de mogelijke oplossingen voor die problemen besproken. Alles afwegend concludeert de Raad dat taakherschikking nodig en gewenst is.

Taakherschikking nodig en gewenst ondanks problemen. Deze kunnen opgelost worden.

De toegevoegde waarde van taakherschikking (ten opzichte van taak- of functiedifferentiatie) zit in de mogelijkheden om de zorg anders te organiseren. Voor de diversiteit aan vragen van patiënten kan met taakherschikking bijvoorbeeld een gedifferentieerd aanbod ontwikkeld worden. Een gedifferentieerd aanbod kan bijdragen aan een betere toegankelijkheid van de zorg. Deskundigheid en competenties van hulpverleners zijn daarbij richtinggevend voor de vraag wie de patiënt kan helpen en niet de hiërarchie van een (oude) beroepenstructuur. Die notie zal in de toekomst onder meer door technologische ontwikkelingen aan belang winnen. De kwaliteit van de zorg zal het ijkpunt worden. Taakherschikking kan een bijdrage leveren aan het wegwerken van achterstanden in de zorg. Verder kan de bureaucratie met taakherschikking verminderen.

Taakherschikking heeft toegevoegde waarde door de mogelijkheid om zorg anders te organiseren en ...

Toegevoegde waarde heeft taakherschikking eveneens voor de arbeidsmarkt. Door taakherschikking ontstaan meer perspec-

tieven voor mensen met verschillende verwachtingen op het gebied van beroepsuitoefening en carrière, zowel voor artsen, verpleegkundigen als andere beroepsbeoefenaren. De behoefte aan meer technisch georiënteerde mensen zal door de technologische ontwikkelingen toenemen. Door taakherschikking kan dan een nieuwe groep geïnteresseerden voor de zorgsector op de arbeidsmarkt worden aangeboord.

... door de betekenis voor de arbeidsmarkt

5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk vat de Raad de belangrijkste conclusies uit de voorafgaande hoofdstukken samen. Vervolgens formuleert hij zijn aanbevelingen. De aanbevelingen zijn onderverdeeld naar: informatie en communicatie, opleidingen (aanpassen), taakherschikking benutten voor innovatie en toegankelijkheid, financiële incentives om taakherschikking te stimuleren en het aanpassen van wet- en regelgeving.

5.2 Conclusies

Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken tussen beroepen. Wie wat doet in de gezondheidszorg, en waarom, is namelijk historisch bepaald. Opvattingen over wie deskundig is en wie wat hoort te doen, varieert echter naar tijd en plaats. Daarom moeten de takenpakketten regelmatig herzien worden.

Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken tussen beroepen

Taakherschikking is een proces, dat in de praktijk van alledag ontstaat. De drijfveren achter taakherschikking zijn divers. Meestal is het een combinatie van factoren, zoals de wens tot rationalisatie van arbeidsverdeling en bedrijfsprocessen, kennisontwikkeling binnen vakgebieden, capaciteitstekorten bij een of meer beroepsgroepen en technologische ontwikkelingen.

In dat dynamische proces ontstaat op zeker moment de behoefte om een andere taakverdeling tussen beroepen een meer structureel karakter te geven, omdat men tegen grenzen van wet- en regelgeving aanloopt, opleidingen nodig zijn of wil veranderen en/of de financiering van de zorg niet op die andere taakverdeling is afgestemd. Taakherschikking heeft ten opzichte van taak- en functiedifferentiatie een meerwaarde, omdat het een betere organisatie van de zorg mogelijk maakt.

Beleidsproblemen

De beleidsproblemen die taakherschikking belemmeren, heeft de Raad in vijf clusters ondergebracht: onzekerheid over de acceptatie van taakherschikking bij patiënten, domeindenken en psychologische barrières bij beroepsgroepen, onzekerheid

Beleidsproblemen belemmeren taakherschikking

over de effecten van taakherschikking, juridische obstakels en financiële barrières.

Van de beleidsproblemen worden het domeindenken en de psychologische barrières bij beroepsgroepen door de Raad als het meest hardnekkige probleem gezien. Verder is het ontbreken van outputcriteria voor de kwaliteit van de (medische) zorg de belangrijkste oorzaak voor de onzekerheid over de effecten van taakherschikking.

Oplossingen

Wat de onzekerheid van patiënten betreft vraagt taakherschikking in de huisartsengeneeskunde het meest dringend om een oplossing.

Voor de langere termijn moet de oplossing veel meer gevonden worden in de erkenning, dat sprake is van een toenemende diversiteit in hulpvragen, zowel in de eerste lijn als in de ziekenhuiszorg, en dat niet al die vragen door artsen beantwoord moeten worden. Hoe de organisatie van de zorg er in de toekomst ook uit mag zien, goede en betrouwbare informatie aan patiënten over de deskundigheid van hulpverleners is een vereiste. De conclusie van de Raad is, dat de overheid daarin een taak heeft.

Erkenning van diversiteit in hulpvragen

Niet alleen is een erkenning van diversiteit in hulpvragen nodig. De erkenning van diversiteit in deskundigheid onder hulpverleners is minstens zo belangrijk. Cruciaal daarbij is de erkenning, dat niet-artsen zelfstandig werkzaam kunnen zijn op wat van oudsher wordt genoemd het 'medisch domein'. De door artsen gepercipieerde 'eindverantwoordelijkheid' voor wat andere hulpverleners in de gezondheidszorg doen, is historisch te verklaren, maar feitelijk niet waar te maken, en juridisch niet juist.

Erkenning van diversiteit in deskundigheid

De overheid zal het instrument van wet- en regelgeving moeten gebruiken om te voorkomen, dat het 'domeindenken' verdergaande en gewenste taakherschikking belemmert. Ook los van het domeindenken is aanpassing van wet- en regelgeving nodig om verdere taakherschikking mogelijk te maken. Al zou iedereen het er over eens zijn, dat bijvoorbeeld nader aan te duiden groepen verpleegkundigen medicatie kunnen voorschrijven, de wet staat het niet toe.

Overheid moet wetten aanpassen om verdere taakherschikking mogelijk te maken

Als taakherschikking moet bijdragen aan het oplossen van het capaciteitstekort van artsen, is een forse uitbreiding nodig van de opleidingscapaciteit van hulpverleners die taken van (tand)-

Meer 'nieuwe' beroepen opleiden

artsen overnemen (nurse practitioners, physician assistants, mondzorgkundige, mondhygiënisten). Als de overheid daarbij niet afhankelijk wil zijn de bereidheid van individuele instellingen en beroepsbeoefenaren, dan is een opleidingsfonds nodig.

Hoewel de beschikbare gegevens niet toelaten harde uitspraken te doen over de (kosten)effectiviteit van taakherschikking, blijkt uit onderzoek dat taakherschikking onder andere bijdraagt aan een betere bereikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg, nieuwe organisaties in de zorg mogelijk maakt, wachttijden reduceert, zorgt voor een betere informatievoorziening aan patiënten en bijdraagt aan het oplossen van problemen op de arbeidsmarkt.

Taakherschikking zorgt onder andere voor een betere toegankelijkheid van de zorg en ..

Alleen al om arbeidsmarktredenen moet taakherschikking maximaal kansen krijgen. Taakherschikking kan helpen om in de toekomst voldoende personeel aan te trekken en te behouden. Veel verschillende talenten en capaciteiten zijn immers nodig om kwalitatief goede zorg te leveren. De demografische en epidemiologische ontwikkelingen zullen in de toekomst namelijk een zware wissel trekken op het functioneren van de arbeidsmarkt. Het aandeel 75-plussers in de bevolking, een groep die veel zorg gebruikt, stijgt de komende jaren aanzienlijk.

.. is goed voor de arbeidsmarkt

Het (toekomstig) juridisch kader voor taakherschikking heeft als uitgangspunt een heldere verdeling van verantwoordelijkheden. 'Eindverantwoordelijkheid' is in dat verband geen goede term. Verantwoordelijkheden moeten gelegd worden waar ze thuis horen. De bij wet of AmvB vastgestelde deskundigheidsgebieden van beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg bieden daarvoor een goed aanknopingspunt. Aanpassing van wet- en regelgeving is nodig om maximale kansen voor taakherschikking te creëren en daarbij tegelijkertijd oog te houden voor de bescherming van patiënten.

Aanpassen van wetten nodig

Financiële barrières voor taakherschikking zijn weg te nemen. Financiële maatregelen kunnen in het nieuwe financieringssysteem zorgen voor de juiste prikkels om taakherschikking te faciliteren.

Financiële prikkels inbouwen

5.3 Aanbevelingen

Voordat de Raad zijn aanbevelingen formuleert, vat hij zijn uitgangspunten daarvoor op hoofdlijnen samen:

Uitgangspunten op hoofdlijnen

- Taakherschikking moet in de eerste plaats beoordeeld worden naar de mate, waarin het een bijdrage levert aan de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Voor de patiënt zijn dat de twee belangrijkste elementen in de gezondheidszorg.
- De toegevoegde waarde van taakherschikking (ten opzichte van taak- of functiedifferentiatie) zit in de mogelijkheden om de zorg anders te organiseren. Taakherschikking kan het innovatief vermogen van de gezondheidszorg versterken.
- Deskundigheid en competenties van hulpverleners dienen richtinggevend te zijn voor de vraag wie de patiënt kan helpen en niet de hiërarchie van een oude beroepenstructuur. Het juridisch kader voor taakherschikking is toekomstbestendig, kent een heldere verantwoordelijkheidsverdeling en borgt de rechten van patiënten.
- Er komen steeds minder potentiële zorgverleners te staan tegenover de potentiële zorgbehoevenden. Alleen al om arbeidsmarktredenen moet taakherschikking dus maximale kansen krijgen.

De Raad heeft zijn aanbevelingen in vijf clusters ondergebracht: informatie en communicatie, opleidingen (aanpassen), taakherschikking benutten voor innovatie en toegankelijkheid, financiële incentives om taakherschikking te stimuleren en het aanpassen van wet- en regelgeving.

Informatie en communicatie

Informatie over wie wat doet in de gezondheidszorg, en waarom, is essentieel in de gezondheidszorg. In de eerste plaats voor patiënten, maar ook voor hulpverleners, die elkaar nodig hebben om de zorg voor patiënten te organiseren. De Raad beschouwt informatie hierover als een taak van de overheid.

De Raad beveelt de overheid aan, te zorgen voor toegankelijke informatie aan patiënten over beroepsgroepen in de gezondheidszorg. Wat is hun deskundigheid en welke opleiding hebben ze gevolgd? Dit is minimaal noodzakelijke informatie.

Zorg voor toegankelijke informatie over beroepen

In het licht van vraagsturing, marktwerking en de vele (toekomstige) veranderingen in de zorg is een voorlichtingsoffensief met gebruik van diverse middelen, waaronder het Internet en de Gezondheidskiosk, op zijn plaats.

Gebruik daarvoor het Internet en de Gezondheidskiosk

<p>De Raad beveelt aan in de communicatie over taakherschikking te benadrukken, dat de overheid er op zal toezien dat de deskundigheid van de hulpverleners die taken overnemen, gegarandeerd is. Pas als de overheid overtuigd is dat beroepsbeoefenaren (door opleiding) deskundig zijn om taken van andere disciplines te kunnen overnemen, zal zij overgaan tot aanpassing van wet- en regelgeving. Communicatie over deskundigheid kan overigens ook helpen in de strijd tegen het domeindenken en de psychologische barrières bij de beroepsgroepen.</p>	<p>Benadruk deskundigheid hulpverleners in communicatie</p>
<p>De Raad herhaalt zijn aanbevelingen uit het advies <i>Volksgesondheid en zorg</i>, om te zorgen voor een systeem dat de zorgresultaten meet en een onafhankelijk instituut, dat de zorgresultaten beoordeelt en publiceert. Alleen op die manier kunnen ook de effecten van taakherschikking op de gezondheid van de bevolking in kaart gebracht worden (en de kosteneffectiviteit). Zolang bijvoorbeeld geen meetinstrument beschikbaar is voor de kwaliteit van zorg door huisartsen, kan het effect van taakherschikking daarop niet aangetoond worden.</p>	<p>Zorg voor beter onderzoek naar effecten van taakherschikking door meetinstrument voor kwaliteit</p>
<p>Omdat een dergelijk systeem nog niet voorhanden is, beveelt de Raad aan instellingen via de Kwaliteitswet te verplichten openheid te verschaffen over de diploma's en/of BIG registraties van medewerkers. De in voorbereiding zijnde wetswijziging, waardoor bij ministeriële regeling nadere regels kunnen worden gesteld aan de verslaglegging, zou daarvoor benut kunnen worden.</p>	<p>Zorg voor openheid over diploma's en/of BIG registratie van medewerkers</p>
<p>Opleidingen Om voor opleidingen van nieuwe beroepen of nieuwe beroepsbeoefenaren (nurse practitioners, physician assistant) niet afhankelijk te zijn van de bereidheid van individuele instellingen om daarvoor ruimte te vinden in het budget, beveelt de Raad aan dat de overheid daarvoor bestemde opleidingsgelden oormerkt, of een opleidingsfonds creëert.</p>	<p>Creëer opleidingsfonds</p>
<p>Verder beveelt de Raad aan daarvoor in aanmerking komende opleidingen en opleidingseisen aan te passen aan gewenste (en toekomstige) taakherschikking. De Raad denkt daarbij in het bijzonder aan de paramedische en verpleegkundige beroepen.</p>	<p>Pas opleidingseisen zo nodig aan</p>
<p>Gezien de veranderingen in de beroepsuitoefening van de doktersassistente, acht de Raad het wenselijk dat het ministerie van VWS eisen aan de opleiding kan stellen. De Raad beveelt aan om in overleg met de betrokken beroepsgroepen en in overleg</p>	<p>Stel opleidingseisen voor doktersassistente</p>

met de minister van OC&W te komen tot een aanpassing van het curriculum van de opleiding. Ook acht de Raad het wenselijk het beroep van doktersassistente te regelen in het kader van de wet BIG.

Taakherschikking benutten voor innovatie en toegankelijkheid

Voortvloeiend uit de erkenning dat niet alle hulpvragen van patiënten door een arts beantwoord moeten worden, beveelt de Raad aan voorzieningen en regelingen tot stand te brengen die zijn toegesneden op die diversiteit aan hulpvragen.

De Raad beveelt het bevorderen van de totstandkoming van een nieuwe telefonische voorziening - een zorgadvieslijn/de zorglijn - aan om de toegankelijkheid te verbeteren. Advies bij gezondheidsklachten wordt op die manier telefonisch voor iedereen direct en 24 uur per dag, zeven dagen per week toegankelijk. Met geïnteresseerde aanbieders kunnen de technische details verder uitgewerkt worden. Zo zou onderzocht moeten worden of aansluiting bij andere telefonische voorzieningen in de zorg tot de mogelijkheden behoort. Bij de herziening van het verzekeringsstelsel moet nader bezien worden of de kosten worden gedragen door de opbrengsten van premies voor de AWBZ en/of de Ziekenfondswet.

Verbeter toegankelijkheid door zorgadvieslijn of zorglijn

De Raad adviseert nadere regels te stellen voor de zorgadvieslijn/de zorglijn, zodat de kwaliteit gecontroleerd en gemeten kan worden. De regels zouden moeten voorzien in openbare informatie over resultaten, kwalificaties van het personeel, resultaten van toezicht door visitatie en inspectie. Daarvoor kan de Kwaliteitswet zorginstellingen gebruikt worden. Verder verdient het aanbeveling, dat dergelijke instellingen meedoen met in de sector gebruikelijke accrediterings- en/of certificeringsactiviteiten.

Zorg dat kwaliteit gemeten en gecontroleerd kan worden

De Raad beveelt aan experimenten te starten met walk-in-centra, gerund door nurse practitioners. De Raad denkt daarbij aan wijkcentra en aan centra in gebieden met achterstanden in de zorg. Zo is het tekort aan huisartsen het meest nijpend in de grote steden en zijn de sociaal-economische gezondheidsverschillen het grootst in achterstandswijken.

Start experimenten met walk-in-centra

De overheid zou de totstandkoming van diagnostische centra dienen te bevorderen. De centra zouden een voorziening moeten zijn waar patiënten met specifieke aandoeningen op korte termijn terecht kunnen voor diagnostiek en advies. Dat vraagt

Bevorder diagnostische centra

om een inzet van andere disciplines en een andere verdeling van taken en verantwoordelijkheden.

Naast de huisarts zouden ook de fysiotherapeut, andere paramedici en de nurse practitioner rechtstreeks toegankelijk moeten zijn. De Raad beveelt aan de hiervoor benodigde aanpassing in wet- en regelgeving door te voeren.

Maak meer beroepen rechtstreeks toegankelijk

De Raad adviseert de overheid ook prestatieniveaus te formuleren voor zowel de zorglijn als voor de andere voorzieningen in de eerste lijn, zoals huisartsenposten (bijvoorbeeld binnen 12 uur een afspraak met een verpleegkundige en/of binnen 24 uur een afspraak met een huisarts).

Formuleer prestatieniveaus

De Raad beveelt verder aan om op korte termijn met de huisartsen tot overeenstemming te komen over de inhoud van het basistakenpakket huisartsenzorg. Dat is nodig in verband met de reikwijdte van de aanspraak op huisartsenzorg. Ook kunnen dan nieuwe vormen van zorg en organisaties in de eerste lijn gerealiseerd worden. Dan kan bijvoorbeeld duidelijk worden of begeleiding bij incontinentieproblematiek of preventie in de zin van griepvaccinaties ook tot het basistakenpakket van de huisarts behoort, of dat die zorg ook door nurse practitioners of anderen gegeven kan worden.

Bepaal de inhoud van het basistakenpakket huisartsenzorg

Financiële incentives om taakherschikking te stimuleren

De Raad beveelt aan in de ziekenhuizen de toekomstige financiering middels DBC's te benutten om taakherschikking te stimuleren. De DBC-systematiek zou rekening moeten houden met het feit dat met taakherschikking voordelen behaald kunnen worden, waardoor ziekenhuizen concurrerende prijzen ten opzichte van de omgeving kunnen vaststellen. Een andere optie is, dat ziekenhuizen met verzekeraars overeen komen dat de besparingen die door taakherschikking bereikt worden, geïnvesteerd kunnen worden in de innovatie van zorgprocessen.

Gebruik DBC's om taakherschikking te stimuleren

Om AWBZ-instellingen te stimuleren kwaliteitsverbetering te realiseren met behulp van taakherschikking, beveelt de Raad aan een budgetparameter te ontwerpen. Daardoor wordt het voor bijvoorbeeld verpleeghuizen of een thuiszorginstelling aantrekkelijk om een nurse practitioner of een diabetesverpleegkundige aan te trekken.

Ontwikkel budgetparameter voor AWBZ-instellingen

Voor nieuwe en zich als zelfstandige vestigende beroepsbeoefenaren beveelt de Raad aan, dat tarieven in rekening gebracht kunnen worden door de prestatie aan te merken als

onderdeel van de aanspraak op zorg (zie ook verderop). Gelet op het voornemen de WTG in het kader van gereuleerde marktwerking te liberaliseren, beveelt de Raad aan geen nieuwe beroepen onder de werkingssfeer van de wet te brengen.

Zorg dat zelfstandig gevestigden tarief in rekening kunnen brengen

Verzekeraars zouden taakherschikking kunnen bevorderen door polisdifferentiatie. De verzekeraar zou een pakket kunnen aanbieden waarbij de verzekeraar, tegen een lagere premie, aangeeft van welke hulpverleners gebruik gemaakt moeten worden. Als de begeleiding van diabetespatiënten door een diabetesverpleegkundige kwalitatief verantwoord is en lagere kosten genereert, zal de verzekeraar die ontwikkeling zo kunnen stimuleren.

Verzekeraars kunnen met polisdifferentiatie taakherschikking bevorderen

Aanpassen wet- en regelgeving

Om belemmeringen in wet- en regelgeving voor taakherschikking weg te nemen en het juridisch kader ook voor de toekomst bestendig te maken, beveelt de Raad aan verschillende wetten aan te passen.

Maak juridisch kader toekomstbestendig

In *de wet BIG* zijn de volgende aanpassingen nodig. De wet wint aan flexibiliteit, wanneer alle deskundigheidsgebieden van de bij of krachtens de wet geregelde beroepen vastgelegd worden in een AmvB of een ministeriële regeling. Zo kan de regelgeving sneller aangepast worden aan zich wijzigende opvattingen over wie op welk gebied deskundig wordt geacht in de gezondheidszorg.

Kies voor wijze van regeling die snel aangepast kan worden

Om de wet *BIG* een toekomstbestendige regeling te laten zijn, beveelt de Raad aan de tot nu toe gehanteerde koppeling tussen zelfstandige bevoegdheid in artikel 36 en regeling in artikel 3 te laten vervallen. Het loslaten van die koppeling heeft voordelen. Bovendien is daarvoor geen ingrijpende wijziging in het systeem van de wet nodig. Als het wenselijk is titelgerechtigden (van een artikel 3 of van een artikel 34 beroep) een zelfstandige bevoegdheid toe te kennen voor slechts één voorbehouden handeling, kan de beoordeling of tuchtrecht voor die beroepsgroep dan separaat plaatsvinden. Een uitgebreide toelichting over deze beleidswijziging zou bij een aanpassing van de wet wel wenselijk zijn.

Laat in de wet *BIG* koppeling tussen zelfstandige bevoegdheid in artikel 36 en regeling in artikel 3 vervallen

De Raad beveelt aan het beroep van doktersassistente te regelen krachtens artikel 34 van de wet. Daarmee wordt 'doktersassistente' een beschermde titel, en wordt voor het publiek duidelijk over welke deskundigheid deze beroepsgroep

Regel het beroep van doktersassistente

beschikt. Ook kunnen door de minister van VWS opleidingseisen gesteld worden.

Voor de nieuwe beroepen die ontstaan, bijvoorbeeld de physician assistent en de technisch geneeskundige, beveelt de Raad aan in de toekomst eveneens een beslissing te nemen over het al dan niet regelen van die beroepen in of krachtens de wet BIG.

Neem beslissing over regelen nieuwe beroepen

De Raad beveelt aan, in overleg met de beroepsorganisaties, de deskundigheidsomschrijving van verpleegkundigen uit artikel 33 zo aan te passen, dat de zelfstandige beroepsuitoefening (ook op het van oudsher medisch domein) tot uitdrukking komt. 'In opdracht' in die omschrijving doet geen recht aan die zelfstandigheid.

Pas deskundigheidsomschrijving verpleegkundigen aan

De Raad beveelt aan, in overleg met de beroepsorganisaties, uit de deskundigheidsomschrijving voor de fysiotherapeut en andere paramedische beroepen 'op verwijzing' te schrappen. Daarmee wordt het mogelijk, dat deze beroepsgroepen rechtstreeks toegankelijk zijn. Verder wordt tot uitdrukking gebracht en gestimuleerd, dat iedere beroepsbeoefenaar een eigen professionele verantwoordelijkheid heeft. Ook als ze rechtstreeks toegankelijk zijn, zullen beroepsbeoefenaren er overigens veelal voor kiezen in dienstverband te werken.

Overleg met beroepsorganisaties over aanpassingen deskundigheidsomschrijvingen

De Raad beveelt uitbreiding aan van de regeling van de functioneel zelfstandig bevoegden in artikel 39 met een functioneel zelfstandige bevoegdheid voor het geven van injecties aan de verzorgende in de individuele gezondheidszorg. Als de doktersassistente in het kader van de wet geregeld wordt, valt toepassing van artikel 39 ook voor deze beroepsgroep te gebruiken, bijvoorbeeld voor het geven van injecties. Verder valt te overwegen de toepassing van dit artikel te gebruiken voor een functionele zelfstandigheid voor een aantal nader omschreven chirurgische ingrepen voor de toekomstige physician assistent.

Gebruik de regeling van functioneel zelfstandige bevoegden voor meer beroepen

De Raad beveelt aan verpleegkundigen en mondhygiënist voor daarvoor in aanmerking komende voorbehouden handelingen een zelfstandige bevoegdheid te geven. In artikel 36 kan daarbij de formulering gebruikt worden die voor tandartsen en verloskundigen is gebruikt: uitsluitend voor zover het betreft handelingen die worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid. Evenals voor artsen geldt dan verder (op basis van artikel 36, lid 14), dat ze bevoegd zijn voor zover bekwaam.

Geef verpleegkundigen en mondhygiënist voor daarvoor in aanmerking komende voorbehouden handelingen zelfstandige bevoegdheid

Dit zal de bureaucratie verminderen, voorkomt dat in de toekomst voor iedere handeling die zelfstandig wordt uitgevoerd regels moeten worden opgesteld en benadrukt de eigen verantwoordelijkheid van verpleegkundigen en mondhygiënisten.

De Raad beveelt aan *de WGBO* zodanig aan te passen, dat de patiëntenrechten van toepassing zijn in iedere overeenkomst die de patiënt sluit met een in het kader van de wet BIG geregelde hulpverlener. Dit geldt ook als die beroepsbeoefenaar handelingen verricht die niet rechtstreeks voortvloeien uit de behandeling van een arts (de zogenoemde aanpalende handelingen). Voor de patiënt is dan duidelijk dat die rechten ook gewaarborgd zijn in een overeenkomst met een zelfstandig gevestigde verpleegkundige, fysiotherapeut of gezondheidszorgpsycholoog. Wel adviseert de Raad na te gaan of een verplichting als de dossierplicht in volle omvang moet gelden, dan wel voor specifieke hulpverleningsrelaties genuanceerd moet worden.

Zorg dat patiëntenrechten geregeld zijn in iedere overeenkomst met een in de wet BIG geregelde hulpverlener

In de *Wet op de Geneesmiddelenvoorziening* zou de aanpassing zodanig moeten zijn dat verpleegkundigen medicijnen kunnen voorschrijven. De Raad beveelt aan daarvoor een constructie te gebruiken die vergelijkbaar is met bepalingen in de wet BIG: gekoppeld aan de deskundigheid en de bekwaamheid. Dan kan bijvoorbeeld de diabetesverpleegkundige binnen de marges van het geldende protocol recepten uitschrijven voor insuline of voor orale diabetes medicatie.

Zorg dat verpleegkundigen medicijnen kunnen voorschrijven

De Raad adviseert de aanspraak in de *Ziekenfondswet* op huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg met het oog op taakherschikking te herformuleren. Aangesloten zou kunnen worden bij de verdere uitwerking van het functiegericht omschrijven van aanspraken als onderdeel van de modernisering van de AWBZ en de curatieve zorg. Als omschrijvingen komen in aanmerking: advies, begeleiding, diagnostiek, behandeling en (aanvullend) onderzoek.

Zorg voor functioneel omschreven verzekeringsaanspraken

Tot besluit

Tijdens de adviesvoorbereiding heeft de Raad veel suggesties voor verbeteringen in de zorg aangereikt gekregen. Waar een directe relatie bestond met taakherschikking heeft de Raad die in het advies verwerkt. Andere suggesties zijn in dit advies buiten beschouwing gelaten, ook waar de Raad die suggesties zinvol vond.

Zo deelt de Raad de opvatting, dat het van belang is dat beroepsbeoefenaren elkaar informeren wanneer zij dezelfde patiënt in behandeling hebben. Dat kan integrale zorg bevorderen. Het is een onderwerp dat, ook los van taakherschikking, de nodige aandacht verdient. Onder verwijzing naar zijn advies over e-health is de Raad van mening, dat de invoering van een elektronisch patiëntendossier (epd) hieraan een belangrijke bijdrage kan leveren. Ook de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt voor het informeren van de hulpverlener kan met een epd beter uit de verf komen.

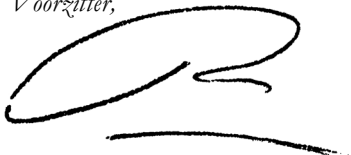
Wat de implementatie van zijn aanbevelingen betreft, is duidelijk dat de Raad overleg met betrokken beroepsgroepen en partijen in de gezondheidszorg gewenst acht. Zo zullen beroepsgroepen een bijdrage willen leveren bij het herformuleren van deskundigheidsgebieden. Het verdient aanbeveling om met betrokkenen een plan van aanpak voor de implementatie op te stellen.

Verder beveelt de Raad voor de implementatie aansluiting aan bij een aantal lopende trajecten. De Raad wijst in dit verband op de modernisering van de AWBZ en de curatieve zorg, de verdere ontwikkeling van de DBC-systematiek, de voornemens met betrekking tot de WTG en de evaluatie van de wet BIG.

Stel in overleg met betrokken beroepsgroepen en partijen in de gezondheidszorg een plan van aanpak voor de implementatie op

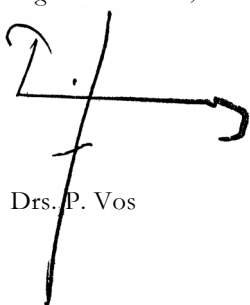
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Voorzitter,



Drs. F.B.M. Sanders

Algemeen secretaris,



Drs. P. Vos

Bijlagen

Bijlage 1

Adviesaanvraag

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
Postbus 7100
2701 AC ZOETERMEER

Ons kenmerk IBE/BO-2253077	Inlichtingen bij J.van den Heuvel	Doorkiesnummer 070-3405360	Den Haag
Onderwerp taakherschikking in de gezondheidszorg		Bijlage(n)	Uw brief

De organisatie van de zorginstellingen en daarbuiten dient zodanig te zijn dat de beschikbare zorgverleners optimaal, met betrekking tot kwaliteit en doelmatigheid, kunnen worden ingezet. In dit verband blijken ontwikkelingen in de beroepsuitoefening en in de relevante opleidingsstelsels, gevoegd bij de capaciteitsproblematiek in de zorg, te leiden tot een herbezinning op de mogelijke taakverdelingen tussen de verschillende zorgverleners. Taakherschikking, taakdelegatie, functiedifferentiatie en gestructureerde samenwerking zijn hier sleutelwoorden. Ik wijs op initiatieven die zijn ontplooid binnen de medische en hogere gezondheidszorgopleidingen en op het gebied van de huisartsenzorg, de mondzorg, de oogzorg en de farmaceutische zorg.

Ik ben mij ervan bewust dat een soepele uitwerking van onderlinge taakverdeling op sommige punten in de weg wordt ge-

staan door bestaande structuren en financieringssystemen van de zorg. Daarom heb ik mij, mede in het kader van het VWS-programma Modernisering Curatieve Zorg 2005 (MCZ 2005), voorgenomen aandacht te besteden aan het wegnemen van de drempels, om zo de 'clustergedachte' in de praktijk maximaal te bevorderen. Het belangrijkste doel van MCZ 2005 is het bieden van meer vrijheid aan patiënt, zorgverlener en verzekeraar, waardoor een betere afstemming van vraag en aanbod in de zorg tot stand komt. Grotere vrijheid en verantwoordelijkheid betekenen dat de overheid de regulering van de curatieve zorg op een andere wijze zal inrichten en toepassen. De overheid zal vooral de grenzen bepalen, waarbinnen marktpartijen kunnen opereren. Zo blijft het een publieke taak om de kwaliteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid en solidariteit te bewaken en erop toe te zien dat deze worden gehandhaafd. Het programma MCZ 2005 zal een goede balans moeten vinden tussen het borgen van deze publieke taken en het bieden van vrijheid aan marktpartijen zelf de vraag en het aanbod te bepalen.

Het proces van herverdeling van taken speelt zich vooral op de werkvloer van de zorg af. Mijn mogelijke bijdrage aan dit veranderingsproces kan enerzijds bestaan uit het stimuleren van ontwikkelingen die bijdragen aan het ontwikkelde beleid. Anderzijds door het eventueel aanpassen van structurele aspecten zoals wetgeving en financiering van de zorg. Met het oog op mijn rol in deze stuur ik u deze adviesaanvraag. In deze adviesaanvraag staat de problematiek rond taakherschikking, als onderdeel van de herverdeling van taken en gestructureerde vormen van samenwerking, centraal tegen de achtergrond van waarborgen voor de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de zorg. Voor alle duidelijkheid merk ik op dat bij deze adviesaanvraag vooral het onderscheid tussen taakherschikking en functiedifferentiatie van belang is. Onder taakherschikking versta ik het herverdelen van taken tussen verschillende beroepen, zoals van klinisch specialist naar huisarts of van huisarts naar verpleegkundige. Het gaat daarbij om processen met een structureel karakter. Anders dan bij taakherschikking gaat het bij functiedifferentiatie om het verdelen van taken over verschillende functies binnen één beroep.

Om het toekomstig kader voor taakherschikking te scheppen, is het antwoord op de volgende vragen van belang:

- In de wet BIG zijn regelingen opgenomen met betrekking tot bepaalde beroepen, i.c. 'opleidingseisen', 'deskundheidsomschrijving', 'titelbescherming' en 'voorbehouden

handelingen'. Deze zijn voortgekomen uit de wens om minimale kwaliteitswaarborgen te scheppen. Ik acht het echter niet uitgesloten dat deze regelingen een goede uitwerking van taakherschikking op sommige punten in de weg staat. Hier is de vraag dan ook of, en zo ja: hoe, de wet BIG op deze punten zou moeten worden aangepast. In dit verband wijs ik u wel op de evaluatie van de wet BIG die op dit moment wordt uitgevoerd en waarover nog in dit jaar wordt gerapporteerd. Het onderhavige onderwerp is bij de opdrachtverstrekking voor de evaluatie niet expliciet vermeld, maar het is niet onmogelijk dat hierover bij het evaluatieonderzoek informatie beschikbaar is gekomen.

- Los van het beleid om de kwaliteit en veiligheid van de zorg te optimaliseren is er ook de overweging om zorgverleners overeenkomstig het niveau van hun opleiding in te zetten. Dat betekent dat zoveel mogelijk taken, die nu nog veelal worden uitgevoerd door zorgverleners met een 'hoog' competentieniveau, moeten worden overgedragen aan zorgverleners met een 'lager' competentieniveau. De praktische uitwerking hiervan berust bij de instellingen en de beroepsbeoefenaren. Voor de kwaliteit van zorg is daarbij de vraag van belang of, en zo ja, welke grenzen gesteld moeten worden aan een dergelijke taakherschikking.
- Niet alleen de beroepenwetgeving kent beperkingen ten aanzien van uitvoeringsaspecten door onderscheiden beroepsbeoefenaars van de zorg. Dergelijke beperkingen zijn er ook in de zorgverzekeringen (ZFW, AWBZ, WVG) en andere wetgeving op het gebied van de sociale zekerheid, die van invloed is op de zorgverlening (bijvoorbeeld de WAO-keuringen, WVG). Hier is de vraag of er aanleiding is om ook in andere wetten aanpassingen te plegen om de taakherschikking zo soepel mogelijk te laten verlopen.

Met het oog op de gestructureerde samenwerking tussen verschillende zorgverleners rondom een patiënt is het antwoord op de volgende vragen van belang:

- In bestaande wetgeving wordt de onderlinge relatie van de patiënt/consument met de zorgverlener geregeld. Zo liggen er bijvoorbeeld krachtens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) verplichtingen

bij de zorgverlener ten aanzien van de voorlichting aan, en het verkrijgen van instemming met de uit te voeren diagnostiek en behandeling van de patiënt. Wanneer meer zorgverleners betrokken zijn bij de zorg voor een patiënt zal er snel onduidelijkheid kunnen ontstaan ten aanzien van de rol van een ieder in de communicatie met de patiënt en de verantwoordelijkheid van iedere betrokken zorgverlener ten aanzien van zijn aandeel in de zorg. In het verband van de verantwoordelijkheidsverdeling is het de vraag of nader omschreven moet worden wat een geneeskundige behandelingsovereenkomst in deze precies betekent en of er op dit punt, naast duidelijke afspraken binnen de samenwerkingsverbanden, aanpassing nodig is van de relevante wetgeving. Ten behoeve van een goede afstemming wijs ik hier op de evaluatie van de WGBO die in september 2000 beschikbaar is gekomen en waarop ik bij brief (GZB/PCZ 2.225.118) van 5 november 2001 mijn standpunt aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal kenbaar heb gemaakt. De onderhavige problematiek is daarbij slechts zijdelings aan de orde gekomen.

- Vormen van samenwerking vereisen een positieve houding van de betrokkenen. Het is mij, uit de ervaringen met de implementatie van de samenwerking tussen verschillende beroepsbeoefenaars binnen de oogzorg en de mond-zorg, gebleken dat bij de betrokkenen tegen die samenwerking weerstanden kunnen bestaan die worden ingegeven door 'domeindenken', onbekendheid met de mogelijke juridische consequenties en onzekerheid over de verantwoordelijkheidsverdeling ten opzichte van de patiënt en mogelijke aansprakelijkheid. Hier is de vraag in hoeverre en op welke wijze dergelijke weerstanden zouden kunnen worden voorkomen dan wel geslecht.
- Op sommige plaatsen zijn duidelijk ontwikkelingen met betrekking tot taakherschikking en gestructureerde samenwerking, zowel binnen instellingen als daarbuiten, waar te nemen, op andere niet. Hier doen zich de vragen voor hoe het komt dat het op sommige plekken wel gebeurt en op andere niet en wat er voor nodig is om deze ontwikkelingen op grotere schaal te initiëren of verder te brengen. Voor de goede orde attendeer ik u hierbij op het project 'taakherschikking/functiedifferentiatie' in het programma MCZ 2005 waarin geanalyseerd wordt hoe de strategische/bestuurlijke besluitvormingsprocessen zijn verlopen en op welke wijze experimenten en proefprojecten bij

kunnen dragen aan een op de zorgvraag afgestemde, transparante en doelmatige inzet van expertise van beroepsbeoefenaren en daarop afgestemde vormen van samenwerking tussen beroepsbeoefenaren in de zorg.

- Soms verloopt het proces van taakherschikking en samen als het ware 'natuurlijk' door de inzet van enkele individuen die zich van nature voor dit soort ontwikkelingen inzetten. Het is denkbaar dat een dergelijke houding ook meer aangeleerd kan worden door degenen die dat niet van nature hebben. De vraag is nu of, en zo ja: hoe, daar in de opleidingen gerichter aandacht aan besteed zou kunnen worden.

Ik wil u vragen mij over een mogelijk antwoord op bovenstaande vragen te adviseren. Ook verzoek ik u mij te adviseren over de beste strategie om de beoogde veranderingen in het veld van zorg ingang te doen vinden.

Bij mijn verzoek teken ik nog het volgende aan. De onderhavige kwesties zijn van belang bij de verdere uitwerking van het 'Plan van aanpak uitbreiding capaciteit zorgverleners' dat ik op 12 november 2001 aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal heb toegestuurd. Een van de drie pijlers van het plan is de 'taakherschikking tussen de beroepen in de zorg'. De uitwerking van dit plan is in volle gang. De KNMG, de medische opleidingen, de ziekenhuizen en de verpleegkundigen buigen zich gezamenlijk over wenselijke en haalbare veranderingen in de structuur, inhoud en duur van de opleiding van de 'Arts van Straks', mede in relatie tot de opleiding van andere mogelijk betrokken beroepsbeoefenaars in het project 'Medisch Onderwijs Continuüm'. Een belangrijk onderdeel van dit project betreft ook de taakherschikking en samenwerking. Ik ondersteun dit project zeer omdat daarin de basis wordt gelegd voor wenselijke vernieuwingen ten aanzien van de beroepsuitoefening en de opleidingen van de gezondheidszorg beroepsbeoefenaren. Het eindrapport van dit project zal in dit najaar beschikbaar komen. Taakherschikking is ook een gewichtig onderdeel van rapporten die in het recente verleden zijn verschenen binnen onderscheiden sectoren van zorg, zoals de Farmaceutische zorg, de Huisartsenzorg, de Oogzorg en de Mondzorg.

Uw advies zal er aan bijdragen dat bij de implementatie van mijn plan van aanpak, van het programma MCZ 2005 en van de genoemde rapporten op verantwoorde wijze rekening kan worden gehouden met het toekomstig (juridisch) kader. Ik wil

u daarom vragen mij uiterlijk eind 2002 uw advies te doen toekomen. Wellicht is het u mogelijk om al eerder een deeladvies uit te brengen over de kwestie van de verantwoordelijkheidsverdeling in verband met de actualiteit van initiatieven op het gebied van taakherschikking die al in gang zijn gezet en de behoefte die daar is gebleken aan duidelijkheid op dit punt.

De minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. E. Borst-Eilers

Bijlage 2

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter:

Drs. F.B.M. Sanders

Leden:

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Drs. J.C. Blankert

J. Franssen

Mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Mw. prof. dr. J.P. Holm

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

Mr. A.A. Westerlaken

Algemeen secretaris:

Drs. P. Vos

Bijlage 3

Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Betrokken raadsleden

- Mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard
- Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

Ambtelijke projectgroep

- Mw. mr. G.P.M. Raas, projectleider
- Drs. E.G. Brummelman, projectmedewerker
- Drs. J. van Hasselt, projectmedewerker
- Mw. mr. M.W. de Lint, projectmedewerker
- Drs. L. Ottes, projectmedewerker
- Mw. T. van Voorst, projectsecretaresse

Samenstelling klankbordgroep Juristen

Vanuit de RVZ:

- Mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard
- Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts
- Mw. mr. M.W. de Lint, projectmedewerker
- Mw. mr. G.P.M. Raas, projectleider

Deelnemers van de klankbordgroep Juristen:

- Prof. mr. J.K.M. Gevers, hoogleraar Gezondheidsrecht, Universiteit Amsterdam
- Prof. mr. G.R.J. Groot, bijzonder hoogleraar Zorgverzekeringsrecht Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn advocaten en notarissen
- Prof. mr. J. Legemaate, hoogleraar Gezondheidszorgbeleid- en recht, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Mr. I.P.C. Sindram, advocaat en procureur, De Mul Zegger advocaten, Nijmegen
- Mr. J.J. van Uchelen, vice-voorzitter Rechtbank Zwolle
- Prof. mr. F.C.B. van Wijmen, vakgroep Gezondheidsrecht, Rijks Universiteit Limburg

Samenstelling grote klankbordgroep

Vanuit de RVZ:

- Mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard
- Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts
- Mw. mr. G.P.M. Raas, projectleider
- Drs. J. van Hasselt, projectmedewerker

Deelnemers van de 'grote' klankbordgroep:

- Ir. H.J.B.M. Abeln, partner Twijnstra en Gudde
- Mw. prof. dr. J.M. Bensing, directeur NIVEL en hoogleraar klinische- en gezondheidspsychologie, Rijksuniversiteit Utrecht
- Prof. dr. G.H. Blijham, hoogleraar Interne geneeskunde en voorzitter Raad van Bestuur Universitair Medisch Centrum Utrecht
- Dr. J.A.C. de Haan, universitair docent CentER for Economic Research Organisatie en Strategie, Katholieke Universiteit Brabant
- Drs. J.F. Maljers, directeur Plexus Medical Group
- Mw. drs. A.M.A. Meijs, voorzitter Raad van Bestuur St. Anna Zorggroep
- Mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong, hoogleraar Huisartsengeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen en voorzitter van het project 'de arts van straks'
- Dr. A.M. Radder, Philips Telemedicine Nederland
- Mw. drs. P.F. Roodbol, verpleegkundige en hoofd van het Opleidingsinstituut Academisch Ziekenhuis Groningen
- Prof. dr. A. Tibben, hoogleraar Psychologie, Leids Universitair Medisch Centrum
- Prof. dr. ir. T. de Vries, hoogleraar Toekomststudies Gezondheidszorg, Technische Universiteit Twente

Samenstelling debatbijeenkomst

Vanuit de RVZ:

- Mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard
- Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts
- Mw. mr. M.W. de Lint, projectmedewerker
- Mw. mr. G.P.M. Raas, projectleider

Deelnemers aan het debat:

- Mw. L.C.H. Bongaerts, Universiteit Maastricht Vakgroep Gezondheidsrecht
- M.J.W. Bontje, Zorgverzekeraars Nederland
- Dr. R.J.M. Dillmann, Orde van Medisch Specialisten
- Drs. A.M. Eliens, Algemene Vergadering Verplegenden en Verzorgenden

- P.G.A.M. Heetman, Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
- Mw. H. Hillmann, Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging
- C.A. Jakobs, Consumentenbond
- Mw. K. van den Oudenalder, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
- Mw. E.H. Reitsma, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
- Mw. drs. P.F. Roodbol, Academisch Ziekenhuis Groningen
- D. van Rooijen, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde
- R.C. Sardeman, Inspectie voor de Gezondheidszorg
- L.J. Schmit Jongbloed, Projectgroep Medisch Opleidingscontinuüm (De arts van straks)
- Mw. M. van Tol, Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging
- Mw. L.J.H.H.M. Vandeputte-Niemegeers, Projectgroep Medisch Opleidingscontinuüm (De arts van straks)
- Mw. D. Versseput, Landelijke Regeling Verpleegkundige Vervolgopleidingen

Overzicht van gevoerde gesprekken

- Mw. H.E. Baasbank, algemeen directeur Landelijke Huisartsen Vereniging
- Mw. G. van Bagem-Bakker, voorzitter Nederlandse Vereniging van Doktersassistentes
- Drs. F.N.M. Bierens, manager Zorg Flevoland, Medical Call Centre van Groene Land Achmea
- Mw. drs. J. Boer, beleidsmedewerker Consumentenbond
- Mw. mr. A.C. de Die, advocaat Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn
- R.G.P. Hagenouw, arts, voorzitter Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde
- Mw. J. Klaver-Schaafsma, directeur Nederlandse Vereniging van Doktersassistentes
- Mw. N. de Koning, bestuurslid Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden
- Mw. P. Koole-Kisman, voorzitter Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten
- Prof. mr. J. Legemaate, hoogleraar Gezondheidszorg-beleid en recht, Erasmus Universiteit Rotterdam

- Mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong, hoogleraar Huisartsengeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen en voorzitter van het project 'de arts van straks'
- Mw. drs. H.A.T. Miedema, senior beleidsmedewerker Universiteit Twente
- Mw. A. Schipaanboord, campagneleider Gezondheid & Voeding, Consumentenbond
- Mr. I.P.C. Sindram, advocaat en procureur, De Mul Zegger advocaten, Nijmegen
- Mr. J.J. van Uchelen, vice voorzitter Rechtbank Zwolle
- Dr. R.M. Valentijn, voorzitter De Orde van Medisch Specialisten
- Drs. M. Varekamp, Zorgconsult Nederland
- P. van der Veer, huisarts, beleidsmedewerker Landelijke Huisartsen Vereniging
- Mw. J. van Vliet, bestuurslid Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden
- Prof. mr. F.C.B. van Wijmen, vakgroep Gezondheidsrecht, Rijks Universiteit Limburg
- J.E. de Wildt, MHA, Commonsense Interim & Projectmanagement

Bijlage 4

Begrippen

Deze bijlage bevat omschrijvingen van een aantal begrippen, zoals deze gebruikt worden in het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg. De indeling is geclusterd naar de aard van de begrippen.

Taak

Een volgens bepaalde regels geformuleerde activiteit, welke een zinvol, logisch en noodzakelijk bestanddeel is in het uitvoeren van werk, gericht op, een bepaald doel.¹

Taakherschikking

Het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen.²

Beroep

Een geheel van met elkaar samenhangende (kern)taken, gemeenschappelijk aanvaarde theoretische en ethische uitgangspunten en beroepsmethodieken, waarvan de aard en de onderlinge samenhang onafhankelijk zijn van de concrete werksituatie.³

Functie

Het geheel van arbeidstaken, dat door één persoon verricht moet worden. Het begrip omvat de eisen die (door een bedrijf) aan het arbeidsvermogen (van een werknemer) worden gesteld.⁴

Functiedifferentiatie

Het uitsplitsen van taken in een functie, waardoor nieuwe functies ontstaan. Het begrip wordt ook wel gebruikt om de spreiding van functies binnen een organisatie aan te geven.⁵

Substitutie

Het verschuiven van werkzaamheden tussen beroepsgroepen. Er kan onderscheiden worden tussen verticale en horizontale substitutie. Bij verticale substitutie worden taken overgedragen aan beroepsbeoefenaren met een lager (opleidings)niveau, bij horizontale aan beroepsbeoefenaren met een gelijk (opleidings)niveau.⁶

Multiskilling

Het uitbreiden van de inzetbaarheid van beroepsbeoefenaren door het bevorderen van het verwerven van kennis en vaardigheden op aanpalende opleidingsterreinen.⁷

Call centrum (medisch)

Een centrum waar patiënten 24 uur per dag en zeven dagen per week telefonisch terecht kunnen voor een eerste screening en mogelijk telefonisch advies over/afhandeling van gezondheidsklachten.⁸

Walk-in-centrum

Locatie waar patiënten zonder afspraak terecht kunnen voor een eerste advies over/afhandeling van gezondheidsklachten.⁹

Huisartsenpost

Een door de lokaal gevestigde huisartsen georganiseerde centrale locatie in een adherentieregio (tussen de 60.000 en 300.000 inwoners), waarin en van waaruit de huisartsgeneeskundige zorg gedurende avond, nacht en weekend wordt geleverd.¹⁰

Triage

De selectie en of routing van patiënten, aan de hand van de mate van urgentie en de aard van de klacht(en).¹¹

Zorg(advies)lijn

Zie call centrum.

Noten

- ¹ Veel begrippen zijn ontleend aan een overzichtspublicatie van het NIZW: Peters, F. e.a. Begrippen over beroep en opleiding. NIZW, 1999
- ² Dit advies
- ³ Peters, F. *op.cit*
- ⁴ Peters, F. *op.cit*
- ⁵ Peters, F. *op.cit*
- ⁶ Velden, L.F.J. van der. Verkenning van vraag- en aanbodontwikkelingen binnen de medische en paramedische zorg. Achtergrondstudies bij het advies Zorgarbeid in de toekomst. RVZ/RMO, 1999
- ⁷ Dit advies
- ⁸ Dit advies
- ⁹ Dit advies
- ¹⁰ Dit advies
- ¹¹ Dit advies

Bijlage 5

Inventarisatie belemmeringen wet- en regelgeving

Deze bijlage is gebaseerd op de achtergrondstudie 'juridische aspecten van taakherschikking' die tegelijk met het advies wordt gepubliceerd. De bijlage bevat een samenvatting van de belangrijkste belemmeringen die in een aantal wetten zijn aangetroffen. Hoe die belemmeringen kunnen worden opgeheven en welke overwegingen daarbij een rol spelen, is te lezen in de achtergrondstudie.

Wet BIG

De belangrijkste belemmeringen voor taakherschikking in de wet BIG zijn:

- Het ontbreken van een beschermde titel (registertitel, specialistentitel of opleidingstitel) voor beroepsbeoefenaren aan wie men taken wil overdragen. Zonder beschermde titel kan men niet de gekwalificeerde van de niet gekwalificeerde onderscheiden. Hoe weet bijvoorbeeld de huisarts of hij taken aan een hem of haar onbekende doktersassistent op de huisartsenpost mag/kan overdragen en hoe weet hij of die voldoende geschoold is.
- Te beperkt, te ruim of te strikt omschreven deskundigheidsgebieden. Met name de deskundigheidsomschrijvingen, waarin 'op verwijzing van' of 'in opdracht van' voorkomt, levert in de praktijk problemen op als het initiatief voor het overdragen van taken bij een (groep) niet-opdrachtgevers of verwijzers ligt.
- Er is relatief veel tijd gemoeid met het aanpassen (en implementeren) van opleidingseisen die nodig kunnen zijn voor taakherschikking.
- Via de regeling van specialismen kunnen beroepsgroepen taakherschikking belemmeren. Immers, wanneer is vastgesteld dat naast een basisopleiding extra opleiding nodig is voor een deelgebied van de beroepsuitoefening, wordt het lastiger taken op die gebieden tot het deskundigheidsgebied van anders of lager gekwalificeerden te rekenen.
- De opdrachtrelatie van de (tand)arts in de artikelen 35 en 38 kan in de praktijk niet altijd waargemaakt worden en sluit onvoldoende aan op de zelfstandigheid, waarmee

- andere beroepsbeoefenaren die voorbehouden handelingen uitvoeren.
- Uit de tuchtrechtspraak zijn geen grensverleggende uitspraken te verwachten voor taakherschikking. Het geldende recht is het uitgangspunt in de beoordeling van de rechter.

WGBO

De bevindingen ten aanzien van belemmeringen voor taakherschikking in de WGBO zijn als volgt samen te vatten:

- De in de WGBO gehanteerde terminologie leidt tot verwarring; deze maakt onvoldoende duidelijk dat het aangrijpingspunt voor het toepassingsbereik is de zelfstandige praktijkuitoefening van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Daarnaast brengt het onvoldoende tot uitdrukking dat ook het handelen van andere beroepsbeoefenaren dan medici onder het toepassingsbereik van de WGBO valt.
- Op grond van de omschrijving van aanpalende handelingen in de WGBO valt verpleging en verzorging (door zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaren) uitsluitend onder de reikwijdte van de wet, indien deze worden verleend 'in het kader van' een geneeskundige behandeling. Dit is niet consistent met doel en strekking van de wet. Bovendien is de grens niet scherp te trekken.
- Door de gelaagde structuur van het BW wordt een (wettelijke) verplichting tot persoonlijke dienstverlening opgelegd aan een persoon die niet zelf als opdrachtnemer heeft gecontracteerd.
- De WGBO lijkt onvoldoende te zijn toegesneden op bepaalde nieuwe vormen van beroepsuitoefening, zoals call centra. Dit betreft met name de verplichtingen die uit de wet voortvloeien voor hulpverleners, alsmede het tot erkende instellingen beperkte toepassingsbereik van de centrale aansprakelijkheidsregeling.

WOG

In de praktijk komt het veelvuldig voor dat een verpleegkundige – binnen vastgestelde kaders – medicatie voorschrijft. Zo past een diabetesverpleegkundige medicatievoorschriften aan op geleide van bloedwaarden. In tegenstelling tot bijvoorbeeld de regeling van voorbehouden handelingen in de wet BIG, is de opdrachtfiguur in de WOG niet geregeld; een verpleegkundige kan derhalve niet 'in opdracht van de arts' medicatie voorschrijven. In de praktijk is daar wel behoefte aan.

Aanspraken en verstrekkingen in Ziekenfondswet en AWBZ

Taakherschikking noopt tot een heroverweging van de formulering van aanspraken in de ziektekostenregelingen. Tot de aanspraak op verpleging in de AWBZ wordt bijvoorbeeld doorgaans geen verpleging gerekend die voorkomt uit taakherschikking en daarvoor onderdeel uitmaakt van de aanspraak op medisch specialistische zorg in de Ziekenfondswet.

WTG

In de praktijk wordt het ontbreken van een tarief voor beroepsbeoefenaren gezien als een belemmering voor taakherschikking.

Europese aspecten

Belemmeringen voor taakherschikking zien we soms terug in Europese regelgeving. De belangrijkste belemmeringen liggen in de inflexibiliteit van de opleidingsduur van een aantal beroepen en scholingsvereisten voor bijvoorbeeld beroepen die met ioniserende stralen werken. Zo kan men niet aan een willekeurige beroepsgroep alle taken op een röntgenafdeling overdragen. Op dit moment is een richtlijn in voorbereiding, waarbij het voorschrijven van contactlenzen wordt voorbehouden aan medisch specialisten. Voor Nederland zou die richtlijn kunnen betekenen dat de praktijk, waarbij in de optiekzaak lenzen worden aangemeten, tot het verleden behoort. Waarschijnlijk zou dat een forse uitbreiding van het aantal oogartsen en/of optometristen tot gevolg moeten hebben.

Bijlage 6

Ervaringen met taakherschikking in het buitenland

1. Inleiding

Het fenomeen taakherschikking

Taakherschikking is een fenomeen dat niet alleen in Nederland speelt. In ons omringende landen, en ver daarbuiten, vinden rond taakherschikking soortgelijke discussies plaats als in Nederland. In deze bijlage wordt gekeken naar ontwikkelingen in de landen USA, Canada en Engeland. Daarbij wordt voor zover mogelijk aangegeven in hoeverre de besproken fenomenen in beginsel in Nederland toepasbaar zouden zijn. De bijlage is gebaseerd op beschikbare literatuur.

De drijfveren achter taakherschikking in het buitenland komen voor een belangrijk deel overeen met die in Nederland. Het gaat meestal om een combinatie van factoren, zoals capaciteitstekorten bij één of meer beroepsgroepen, gebrek aan carrièreperspectief en doorgroeimogelijkheden, onvoldoende 'job satisfaction', te weinig flexibiliteit in de inzet van gezondheidszorgwerkers, met daardoor problemen op het vlak van continuïteit en bezetting op incurante tijden en gebrek aan mogelijkheden voor parttime-functievervulling. Het gaat met andere woorden om factoren op het vlak van beschikbaarheid en toegankelijkheid van een kwalitatief goede gezondheidszorg, flexibele arbeidsvoorwaarden, voldoende carrièremogelijkheden en doelmatigheid in de zorgverlening.

Opbouw van deze bijlage

De in deze bijlage gevolgde lijn is de volgende. Eerst wordt aandacht gegeven aan de mogelijke effecten van taakherschikking. Paragraaf 2 gaat daartoe in op een recent gepubliceerd overzicht van onderzoeken naar taakherschikking in de USA, Canada en Engeland. Vervolgens besteedt de bijlage aandacht aan de ontwikkeling van enkele nieuwe beroepen in het buitenland. De paragrafen 3 en 4 behandelen respectievelijk de ontwikkeling van de nurse practitioner en de physician assistant. De volgende paragrafen besteden aandacht aan nieuwe vormen van zorgverlening. Paragraaf 5 gaat in op walk-in-centra in de gezondheidszorg. Paragraaf 6 behandelt NHS Direct, een call

service in Engeland die ter beschikking staat van de totale bevolking. In paragraaf 7 komen andere ontwikkelingen in het overnemen van taken van artsen door verpleegkundigen aan de orde. Paragraaf 8 maakt kort melding van een recente ontwikkeling in Engeland, waarbij verpleegkundigen onder voorwaarden een poortwachterrol in de zorg kunnen gaan vervullen. Vervolgens geeft de bijlage kort aandacht aan opleidingsaspecten en meer in het bijzonder aan het fenomeen van 'multiskilling'. Dit gebeurt in paragraaf 9. Paragraaf 10 tenslotte bevat enkele afsluitende conclusies.

2. Literatuuronderzoek naar substitutie in het buitenland

In het tijdschrift 'Health Policy' wordt in 1998 verslag gedaan van een literatuuronderzoek naar ervaringen met substitutie van zorg¹. Daarbij ging het om een groot aantal onderzoeken naar zinvolheid en mogelijke kostenbesparing van het verrichten van taken van artsen door anderen. Het grootste deel van de onderzoeken betrof de 'primary care'. De substituerende beroepen waren naast physician assistants (PA) en nurse practitioners (NP), andere verpleegkundigen en verloskundigen. De bestudeerde onderzoeken verschillen methodologisch nogal en hebben op dit punt soms gebreken. Een belangrijk vraagpunt blijft meestal of het gaat om echte substitutie van taken of om het uitvoeren van complementaire taken.

Over de mate waarin taken van artsen door andere beroepsbeoefenaren kunnen worden uitgevoerd, lopen de onderzoeken nogal uiteen: van 4 tot 90 %. De meeste studies kwamen uit tussen de 25 en 70%. Het enige dubbelblinde onderzoek stamt uit 1971/1972 en werd gehouden in Canada. Het geeft aan dat 67% van de taken van huisartsen kunnen worden uitgevoerd door verpleegkundigen, zonder nadelige effecten voor patiënten. In twee Amerikaanse onderzoeken is nagegaan hoeveel artsen vervangen zouden kunnen worden door andere gezondheidswerkers. Zij kwamen uit op 50% van de artsen, respectievelijk tussen de 20 en 32%.

Uit Engeland worden drie studies beschreven. Twee daarvan noemen een percentage van 20, respectievelijk 86% voor wat betreft taken van huisartsen die overgenomen kunnen worden door een practice nurse of een NP. De derde studie onderzocht de mogelijkheden van 'skill mix' in 10 huisartspraktijken. 39% van de consulten bij de huisarts had een element dat voor

delegatie in aanmerking kwam, in 17% kon het gehele consult door een verpleegkundige worden overgenomen.

Er waren weinig onderzoeken naar de kosteneffectiviteit van substitutie. Eén studie geeft aan dat alleen van kostenbesparing sprake is, wanneer de beloning van de substituerende werkers lager ligt dan die van de artsen. Uit een onderzoek naar de rol van NP's in traumacentra in de USA bleek, dat de kosten van de NP's op zich hoger lagen dan die van de 'housestaf' die ze substitueerden. Doordat NP's een verlaging van het aantal ligdagen op de afdeling bewerkstelligden, waren de totale kosten uiteindelijk toch lager. Een onderzoek naar kostenconsequenties van substitutie in Canada wees uit dat een besparing van 10% mogelijk is.

3. Nurse Practitioners

Ontstaan

De ontwikkeling van de Nurse Practitioner (NP) in de USA dateert uit het midden van de jaren zestig. Het ging om verpleegkundigen met ruime ervaring die enkele taken van artsen gingen overnemen. De ontwikkeling werd door een aantal oorzaken gestimuleerd. In de eerste plaats was er sprake van een schaarste aan artsen, vooral huisartsen en kinderartsen, en met name in landelijke gebieden en arme binnensteden. Verder was er sprake van voortdurend stijgende kosten van de gezondheidszorg, waardoor de vraag naar goedkopere zorg van tenminste gelijke kwaliteit belangrijk werd. Daarnaast bestond er bij verpleegkundigen behoefte aan uitbreiding van hun werkveld en daarmee versteviging van hun autonomie.²

In Engeland heeft de introductie van de NP aanzienlijk later plaatsgevonden, namelijk in de negentiger jaren. Ook hier was de ontwikkeling ingegeven door een tekort aan artsen, vooral huisartsen en junior doctors in ziekenhuizen en door de vaak slechte bereikbaarheid van de zogenoemde 'primary care' in de binnensteden en op het platteland. Zowel in de USA als in Engeland moet de ontwikkeling van NP's onderscheiden worden van het streven naar de inzet van meer gespecialiseerde verpleegkundigen. Voor een deel lopen deze ontwikkelingen uiteraard wel parallel. Hoewel in beide gevallen sprake is van het creëren van andere mogelijkheden en meer carrièreperspectief voor verpleegkundigen, zijn er verschillen in insteek en opzet. Bij specialisatie in de verpleegkunde als zodanig, gaat het niet in eerste instantie om het overnemen van taken van

andere gezondheidswerkers, bijvoorbeeld de arts, maar zijn het verdiepen van verpleegkundige inzichten en mogelijkheden het uitgangspunt. Dat deze inzichten en mogelijkheden een uitbreiding van het domein tot gevolg kunnen hebben, waarbij overname van taken van andere gezondheidswerkers aan de orde kan komen, is hiervan een gevolg. De ontwikkeling van de NP is in eerste instantie ingegeven door de wens tot taakverschuiving.

Opleiding

In de USA kwam de eerste opleiding tot NP in 1965 tot stand. Momenteel zijn er ongeveer 150 opleidingsprogramma's, die zich op 'master-niveau' bevinden³. De competenties van de opleidingen zijn beschreven door de 'National Organisation of Nurse Practitioner Faculties'. De opleidingen duren twee tot drie jaar. Als intree-eis geldt, dat men geregistreerd verpleegkundige moet zijn. In de opleidingen zit meestal al een specialisatie naar het beoogde werkterrein. Zo kent de Vanderbilt University School of Nursing⁴ bijvoorbeeld zeven verschillende opleidingsrichtingen, namelijk voor: acute care NP, adult NP, family NP, neonatal NP, pediatric NP, psychiatric NP en women's health NP. Een ander voorbeeld is de opleiding van de UCLA School of Nursing⁵, waar een Post Master's Certificate Programma wordt aangeboden voor acute care NP, family NP, gerontology NP, oncology NP en pediatric NP. In alle gevallen volgt na het voltooien van de opleiding registratie door de 'American Nurses Association Credentialing Center'.

In Engeland heeft het Royal College of Nursing (RCN) standaarden opgesteld, waaraan opleidingen moeten voldoen om NP's te kunnen opleiden⁶.

Aantal werkzame beroepsbeoefenaren

In de USA zijn momenteel ongeveer 103.000 NP's werkzaam. In Engeland gaat het om circa 3.000 beroepsbeoefenaren.

Werkplek

In de USA kunnen NP's op zeer uiteenlopende plaatsen werkzaam zijn, zowel in de eerste lijn als in instellingen, ziekenhuizen, verpleeghuizen en in eigen instellingen. Ook in Engeland is dit het geval, hoewel NP's hier voornamelijk in de eerste lijn werken.

Taken

NP's kunnen taken uitvoeren op het vlak van gezondheidsbevordering en ziektepreventie, onderzoek, diagnostiek en be-

handeling van lichte klachten, speciale taken, samenhangend met hun 'specialisatie'. In de USA mogen NP's in bijna alle staten medicijnen voorschrijven. Ook in Engeland hebben ze inmiddels deze bevoegdheid, maar wel met restricties⁷.

Relatie met de arts

De NP's werken zelfstandig en zijn zelf verantwoordelijk voor hun handelen. Ze moeten wel een beroep kunnen doen op het oordeel van artsen en patiënten naar hen kunnen doorverwijzen.

Bekostiging

In de USA worden de kosten van de NP's vergoed door de verschillende verzekeringssystemen. In Engeland vallen de NP's onder de NHS.

Kosten/baten NP's

Zoals ook voor de PA's geldt, kan over de inzet van NP's genuanceerd gedacht worden. Opmerkelijk is wel dat de indruk bestaat dat gewinning helpt in de acceptatie van het verschijnsel NP. Bestaat er in Engeland nog de nodige scepsis over inschakeling van NP's⁸, in de USA lijkt de NP reeds een geaccepteerde en gewaardeerde hulpverlener⁹.

Onderzoek in zowel de USA als Engeland laat zien dat aan de inzet van NP's meestal meer voor- dan nadelen verbonden zijn.¹⁰ Vooral de hoge mate van patiënttevredenheid en de hoge kwaliteit van door NP's geleverde zorg geven aan, dat de NP een waardevolle beroepsbeoefenaar kan zijn. Patiënten zijn vaak meer tevreden met de zorg van de NP dan met die van de arts, vooral vanwege de snellere toegankelijkheid en de hogere tijdsinvestering, welke zich vertaalt in een gevoel beter geholpen te worden. NP's laten vaak ook meer onderzoek doen dan artsen. Voor de patiënten kan dit een extra geruststelling betekenen, maar in termen van doelmatigheid kunnen hierbij wel vraagtekens gezet worden. Vergelijkend onderzoek laat zien dat de kwaliteit van leven van patiënten en hun gezondheidstoestand niet verschillen bij behandeling door een NP of door een arts.

Toepasbaarheid van NP's in de Nederlandse situatie

Met de NP bestaat in Nederland al enige ervaring, voornamelijk in huisartspraktijken, maar ook, zij het op kleinere schaal, in ziekenhuizen. Er is echter nog geen overeenstemming over opleiding en takenpakket van de NP en over een omschrijving

van bevoegdheden. De NP lijkt een bijdrage te kunnen leveren aan de met taakherschikking te realiseren doelen.

4. De 'Physician Assistant'¹⁷

Ontstaan

De Physician Assistant (PA) is in de USA in het midden van de jaren zestig ontstaan. De belangrijkste drijfveer hiervoor was een aanzienlijk tekort aan artsen op verschillende plaatsen en daardoor een slechte toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Het tekort deed zich vooral voor in de zogenoemde 'primary care', waaronder in de USA wordt verstaan: huisartsgeneeskunde, interne geneeskunde, kindergeneeskunde en obstetrie en gynaecologie. De artsen waren ongelijkmatig over het land verdeeld en vooral op het platteland was er vaak sprake van schaarste.

De grondlegger voor het nieuwe beroep van PA is Eugene Stead van de Duke University in Durham, North Carolina. Hij start in 1965 een educatieprogramma voor een nieuw type gezondheidswerker, die qua niveau tussen de arts en de verpleegkundige wordt gepositioneerd. De bedoeling is dat deze PA zijn beroep gaat uitoefenen onder directe of indirecte supervisie van een arts.

Opleiding

De opleiding van de PA is geënt op het medische curriculum. Momenteel bestaan er in de USA 131 geaccrediteerde opleidingsprogramma's op masterniveau. De gemiddelde opleidingsduur is twee jaar: het eerste jaar is voornamelijk préklinisch van aard, in het tweede jaar vinden klinische praktijkstages plaats. Het concept van de PA en de opleiding zijn door de American Medical Association geaccepteerd en worden door haar ondersteund.

De 'gemiddelde' student voor de PA-opleiding heeft enige jaren ervaring in de gezondheidszorgpraktijk, beschikt over een 'Bachelors degree' en is 28 jaar oud. Na het examen moet nascholing gevolgd worden en moet om de zes jaar hercertificatie plaatsvinden.

Aantal beroepsbeoefenaren

In de USA zijn momenteel ongeveer 45.000 PA's werkzaam, waarvan 55% vrouwen. Hiertegenover staan 2.697.000 geregistreerde verpleegkundigen (92% vrouwen), 103.000

Nurse Practitioners (percentage vrouwen onbekend) en 778.000 artsen (23% vrouwen). Overigens werken PA's in de USA vaak samen met Nurse Practitioners. In Engeland is het fenomeen PA nog in ontwikkeling.

Werkplek

Overeenkomstig de redenen voor het ontstaan van het beroep van PA, zijn zij in de USA voornamelijk werkzaam op plaatsen waar de gezondheidszorg vaak slecht of minder goed toegankelijk is, namelijk op het platteland en in de binnensteden. Hoewel de PA op veel gebieden in de gezondheidszorg kan worden ingezet, werkt meer dan 50% in de 'primary care'. 20% is werkzaam in de chirurgie of in subspecialismen daarvan.

Taken

De taken van de PA's behelzen: verrichten van lichamelijk onderzoek, stellen van diagnoses, behandelen van ziekten, aanvragen en interpreteren van laboratoriumonderzoek, geven van voorlichting aan patiënten, assisteren bij operaties en voorschrijven van medicatie. Voor deze laatste taak geldt dat niet in alle staten van de USA door een PA medicijnen mogen worden voorgeschreven. Verder kan het takenpakket onderhevig zijn aan wetten in de verschillende staten en aan regels binnen afzonderlijke gezondheidszorginstellingen. Soms zijn de taken ook afhankelijk van de delegatiebereidheid van de superviserende artsen.

Relatie PA - arts

PA's werken altijd onder directe of indirecte supervisie van een arts. Hun relatie is gebaseerd op de eindverantwoordelijkheid van de arts. De arts moet op alle momenten door de PA geconsulteerd kunnen worden. Patiënten moeten duidelijkheid hebben door wie ze geholpen worden. Ze worden hierover altijd geïnformeerd.

Vergoeding PA

De inzet van PA's wordt door de meeste verzekeraars vergoed. De vergoeding bedraagt hetzelfde of iets minder dan die van de arts. Het tarief wordt uitbetaald aan de werkgever en niet rechtstreeks aan de PA.

Kosten/baten PA's

Onderzoek in de USA¹² wijst uit dat de inzet van PA's in vooral de primary care kosteneffectief kan zijn. Er is sprake van een grotere doelmatigheid om tenminste drie redenen: de opleidingskosten van een PA zijn aanzienlijk lager dan die van

een arts (circa 80% lager); de salariskosten van een PA zijn een kwart tot de helft minder dan de salarissen van artsen; PA's kunnen 60 tot 80 % van de taken van artsen in de primary care overnemen. De productiviteit van artsen neemt toe, wanneer PA's in dienst worden genomen. Daarnaast daalt hun werkdruk. Verder is de kwaliteit van de door PA's verleende zorg, binnen hun competentiegebied en met adequate training en supervisie niet te onderscheiden van die welke door artsen geleverd wordt. Het gebruikmaken van PA's heeft de toegankelijkheid van de gezondheidszorg verbeterd. Patiënten zijn in de meeste gevallen tevreden met de zorg door PA's. Een belangrijke reden hiervoor is, dat ze vaak eerder geholpen kunnen worden en verder dat de PA meer tijd voor hen uittrekt.

De inzet van PA's kan ook nadelen hebben. Hoewel de patiënttevredenheid over het algemeen groot is, blijven sommige patiënten toch de voorkeur geven aan consultatie van een arts boven een PA. Artsen zijn aansprakelijk voor door PA's begane fouten. Zij blijven verantwoordelijk voor het handelen van PA's. Verder bestaat binnen de 'artsenstand' soms toch nog enige scepsis over het fenomeen PA. Men kan de PA beschouwen als een potentieel gevaar voor de eigen werkgelegenheid en voor de soevereiniteit van het medische domein.

Verschillen PA - NP

In het onderstaande schema worden de meest kenmerkende verschillen aangegeven tussen de PA en de NP.

PA

*uitgaand van medisch model
werkt onder supervisie van arts
arts is verantwoordelijk*

NP

*uitgaand van verpleegkundig model
werkt zelfstandig
NP is zelf verantwoordelijk*

Toepasbaarheid in de Nederlandse situatie

Momenteel zijn er in Nederland nog geen PA's werkzaam. Wel worden hiervoor de voorbereidingen getroffen. De Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en de Hogeschool van Utrecht hebben beiden het initiatief genomen tot het ontwikkelen van opleidingen voor PA's¹³. Daarbij wordt veel aandacht gegeven aan de opstelling van het curriculum. Men streeft in overeenstemming met de Amerikaanse accreditatie-eisen voor de PA-opleiding, naar een Nederlandse opleiding op mastersniveau, waarvoor als intree-eis geldt een gezondheidszorgopleiding op hbo-niveau.

De vraag is wel of het eigenlijk gewenst is een nieuw beroep als PA in Nederland te introduceren. Onduidelijk is, welke voordelen dit heeft voor de zorgverlening, boven een eventuele uitbreiding van de inzet van de reeds bestaande NP.

5. Walk-in-centra

Inleiding

Walk-in-centra komen zowel in de USA en Canada, als in Engeland voor. De nu volgende beschrijving is gebaseerd op de situatie in Engeland.

Waar gaat het om?

In Engeland is vanaf 2000 een aantal zogenoemde 'walk-in-centres' in bedrijf, die bemand en geleid worden door verpleegkundigen¹⁴. In september 2001 gaat het om in totaal 39 centra. Vaak zijn ze gehuisvest in een gedeelte van een ziekenhuis of in een openbare gelegenheid zoals een winkelcentrum. De centra bieden 'primary care' in de zin van onderzoek en behandeling van kleine gezondheidsproblemen en lichte verwondingen. De verpleegkundigen maken gebruik van een vorm van computerondersteunde 'triage'. Verder geven ze advies en informatie over andere zorgvormen. Daarnaast kunnen de centra nog andere diensten bieden die per centrum kunnen verschillen. Deze 'extra' diensten kunnen verleend worden door verpleegkundigen, of door andere, voor dit doel ingehuurd, hulpverleners. Zo kan er sprake zijn van mogelijkheden tot het verwijderen van spataderen, het geven van cursussen voor het stoppen met roken en het bieden van psychische hulp.

De toegang tot de centra is drempelloos en een afspraak is niet nodig. De centra zijn vaak ook buiten kantooruren toegankelijk. De meeste centra werken volgens protocollen, vooral waar het gaat om het voorschrijven van medicijnen. Men maakt gebruik van zogenoemde 'Patiënt group directories' die per centrum worden opgesteld. Aan de hand hiervan worden de medicijnen verstrekt uit een in het centrum aanwezige voorraad. Voor het stellen van diagnoses gebruikt men een gecomputeriseerd systeem. Hiermee blijken echter nog de nodige problemen te bestaan, zowel waar het gaat om de noodzakelijke 'clinical assessment software' als om de training in het gebruik ervan.

De walk-in-centra in Engeland zijn opgezet naar het voorbeeld van dergelijke centra in de USA en Canada, waar ze in de jaren zeventig werden geïntroduceerd. Deze centra worden in tegenstelling tot de Engelse varianten niet door verpleegkundigen, maar door artsen geleid. Een ander verschil is dat de centra in de USA in eerste instantie bedoeld waren als 'emergency centres', omdat er bij hun introductie tekorten waren aan acute zorg. Later verbreedde de scope van deze centra zich naar primary care.

Onderzoek naar walk-in-centra

Met betrekking tot de walk-in-centra in zowel de USA en Canada, als in Engeland bestaan weinig aanwijzingen voor een bijzondere effectiviteit. In de USA en Canada is naar het effect nooit goed onderzoek gedaan, in Engeland moet dit onderzoek nog grotendeels plaatsvinden.

Uit de schaarse onderzoeken naar centra in Canada¹⁵ blijkt dat zich problemen kunnen voordoen in de continuïteit van zorg: er kan sprake zijn van fragmentatie van zorg en onvoldoende follow-up van chronische aandoeningen. De centra geven lang niet altijd bericht aan de huisarts van de patiënt. Veruit het grootste deel van de bezoekers beschikt wel over een eigen huisarts. Bij de redenen voor het bezoek aan het centrum speelde een eventuele wachttijd bij de eigen huisarts geen grote rol, wel waren de prettige plaatsing van het centrum en de ruime openingsuren belangrijk. De centra blijken meer dan gemiddeld bezocht te worden door vrouwen en door jongeren onder de 35 jaar. Veruit de meeste bezoekers zijn tevreden over het walk-in-centrum. Het effect van de centra op de kosten en op het gebruik van zorg is onduidelijk.

De voorlopige bevindingen in Engeland¹⁶ leren dat de door de centra verleende diensten, alsook de bemensing en managing van de centra sterk kunnen verschillen. Onduidelijk is nog welke training en ervaring vereist moet worden van de bij de centra werkzame verpleegkundigen. Nadat aanvankelijk sprake was van een afwachtende houding bij het publiek nemen de bezoekersaantallen toe. Hierbij blijken de centra vooral aantrekkelijk te zijn voor speciale groepen patiënten: voornamelijk jongeren en dan vooral vrouwen. Jonge mannen gaan gemiddeld minder vaak naar een walk-in-centrum dan hun vrouwelijke leeftijdgenoten. Deze bevindingen komen overeen met die in Canada. Opmerkelijk is wel dat in Engeland jonge mannen vergelijkenderwijs aanzienlijk vaker naar een walk-in-centrum gaan dan naar de huisarts. Hoe dit in Canada ligt, is on-

bekend. De meest gepresenteerde klachten zijn virale infecties, onbeschermd seksueel verkeer en kleine verwondingen. De wachttijd is meestal kort, gemiddeld 14 minuten. Verreweg het grootste deel van de bezoekers wordt in het centrum geholpen en wordt niet doorverwezen.

In algemene zin worden in Engeland als voordelen van een walk-in-centrum genoemd de verbeterde toegankelijkheid van de zorg, de prettige locatie, korte wachttijd, hulp zonder afspraak. De centra zouden verder een bijdrage kunnen leveren aan verbetering van de efficiency van de zorgverlening en aan een reductie van de belasting voor de overige hulpverlening door de National Health System.

Als mogelijke nadelen van de walk-in-centra worden in Engeland genoemd het bevorderen van gezondheidsverschillen, doordat de centra wellicht minder toegankelijk zijn voor achterstandsgroepen, het stimuleren van de vraag naar zorg en het ondermijnen van de continuïteit van zorg. Dit laatste, doordat de centra doorgaans geen gebruik kunnen maken van levensloopegevens van patiënten. Verder is onduidelijk of de centra tot kostenreductie zullen leiden. Het voordeel van inzet van 'goedkopere' verpleegkundigen kan teniet worden gedaan, doordat de consultduur aanzienlijk langer is dan bij artsen. Bovendien kan de mogelijk aanzuigende werking kostenverhogend werken.

Uit een recent vergelijkend onderzoek naar de kwaliteit van zorg in walk-in-centra, huisartspraktijken en bij de nog te noemen NHS Direct service in Engeland¹⁷ blijkt dat de walk-in-centra goed voldoen. Het gaat evenwel om kleine aantallen, zodat de conclusies met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Men maakte bij dit onderzoek gebruik van papieren 'standaard patiënten' en van vaste criteria. Walk-in-centra bleken qua behandeling voor een aantal onderwerpen, bijvoorbeeld de morning-after-pil en astma beter te scoren dan de huisartspraktijken. De walk-in-centra scoorden over het geheel genomen beter voor het opnemen van de anamnese, de huisartspraktijken scoorden beter voor het lichamelijk onderzoek. Walk-in-centra en huisartspraktijken scoorden gelijk voor wat betreft de kwaliteit van diagnostiek, advies en behandeling. De walk-in-centra scoorden over het algemeen beter dan de NHS Direct service. Ruim een kwart van de consultaties van walk-in-centra resulteerde in verwijzing, voor de NHS Direct service was dit ruim viervijfde. Waar het gaat om toegankelijkheid van de drie zorgsoorten scoorde NHS Direct

vreemd genoeg het slechtst. In een kwart van de gevallen moest men teruggebeld worden, met een gemiddelde wachttijd van 33 minuten. De gemiddelde duur van consultatie bedroeg voor de walk-in-centra 14 minuten, voor huisartspraktijken negen minuten en voor NHS Direct 14 minuten. Over de invloed van walk-in-centra op de werkdruk van andere hulpverleners bestaan nog onvoldoende gegevens.

Toepasbaarheid in de Nederlandse situatie

Walk-in-centra zouden wellicht ook in Nederland kunnen voorzien in de behoefte aan eerste opvang en screening van patiënten in de eerste lijn. Vooral is dan te denken aan plaatsen, waar sprake is van een relatief huisartsentekort, zoals in achterstandswijken van grote steden. De centra zijn waarschijnlijk relatief goedkoop te realiseren. Ze zouden gerealiseerd kunnen worden als afzonderlijke posten op aantrekkelijke locaties, bijvoorbeeld in winkelcentra of bij grote stations, of gesitueerd kunnen worden in een gezondheidszorginstelling als een ziekenhuis of verpleeghuis. Voorwaarde is wel dat de kwaliteit van de zorg gewaarborgd is. Een voordeel kan zijn dat de centra een aantrekkelijke werkplek bieden voor verpleegkundigen. Wellicht kunnen op deze wijze meer verpleegkundigen voor de zorgsector behouden blijven. Mogelijk kunnen de centra een bijdrage leveren aan het oplossen van de problemen die samenhangen met tekorten aan huisartsen. Als mogelijke nadelen kunnen worden genoemd het onttrekken van verpleegkundigen aan de directe patiëntenzorg en het creëren van een nieuw soort instelling, waarvan wellicht een aanzuigende werking zou kunnen uitgaan.

6. Telefoondiensten onder de NHS

NHS Direct

In 1997 kondigde de National Health Service in Engeland aan een telefoonservice voor patiënten te gaan ontwikkelen. Het doel van deze 'NHS Direct' gedoopte service is om patiënten sneller, gemakkelijker en beter te informeren en te adviseren over ziekte en gezondheid en over de NHS, zodat zij beter in staat zijn voor hun eigen gezondheid en die van hun familie te zorgen. De service kan patiënten doorverwijzen naar bijvoorbeeld een huisarts, eerstehulpdienst of direct doorschakelen naar het Engelse '999', ons '112'. NHS Direct ging in 1998 van start in drie gebieden in Engeland en sinds 2000 kan in het gehele land van deze service gebruik worden gemaakt¹⁸. De service wordt thans vanuit 22 kantoren verleend door circa

1.150 verpleegkundigen aan ongeveer 50 miljoen mensen. De service wordt bemand door verpleegkundigen die gebruikmaken van het 'NHS Clinical Assessment System'.

Uit een voorlopig onderzoek naar de effecten van NHS-Direct¹⁹ in de drie gebieden waarin de service aanvankelijk werd opgestart, bleek het volgende. In het eerste jaar dat de service beschikbaar was, werd de dienst, die werkte voor een gebied van 1.3 miljoen mensen ongeveer 68.500 maal gebeld. De meeste contacten vonden plaats buiten kantooruren (ongeveer 75%). Circa een kwart van de contacten betrof een kind jonger dan 5 jaar. Het ging meestal om acute eerstelijns zorg. Er kon geen reductie worden vastgesteld van het gebruik van eerstehulpdiensten of ambulancediensten. Aan de andere kant nam ook de vraag naar acute zorg als zodanig niet toe. De bestaande groei van het aantal contacten met de huisarts buiten kantooruren vlakke na introductie van NHS Direct wel af.

Toepasbaarheid in Nederland

Ook in Nederland bestaat sinds kort enige ervaring met call centra. Het gaat om een initiatief van zorgverzekeraar Achmea. Deze bijlage gaat hier niet verder op in.

7. Het overnemen van enkele taken van artsen door verpleegkundigen

Inleiding

In het buitenland bestaat ervaring met verpleegkundigen die taken van artsen overnemen in de eerste screening van patiënten. Het in deze paragraaf beschreven onderzoek heeft plaatsgevonden in Engeland.

Telefonische consultatie van verpleegkundigen buiten kantooruren

In Engeland heeft in 1998 een dubbelblind onderzoek plaatsgevonden naar de veiligheid en effectiviteit van telefonische consultatie van verpleegkundigen in de eerstelijnszorg buiten kantooruren²⁰. Momenteel beschikt 30% van de huisartspraktijken in Engeland over verpleegkundige adviseurs²¹. Het betrof 19 samenwerkende huisartspraktijken waarin 55 huisartsen werkzaam waren met een gezamenlijke populatie van 97.000 patiënten. De zes bij het onderzoek betrokken verpleegkundigen beschikten over ervaring, hadden een speciale training gevolgd en maakten gebruik van een computerondersteund

beslissysteem. Bij consultatie hadden de verpleegkundigen de volgende opties: het zelf geven van telefonisch advies, verwijzing naar een dienstdoende huisarts, verwijzing naar een eerste hulp dienst. Het bleek dat patiënten aanzienlijk sneller toegang hadden tot informatie en medisch advies, dan wanneer ze de huisarts hadden gebeld. De 'workload' van de betrokken huisartsen nam met de helft af. Tevens verminderde het aantal huisbezoeken door huisartsen buiten kantooruren en ook het bezoek aan de praktijk nam af. In de helft van de telefonische consultaties had geen doorverwijzing naar een arts plaats. Telefonische consultatie van verpleegkundigen bleek tenminste even veilig te zijn als het gebruikmaken van bestaande diensten buiten kantooruren. De consulten betroffen meer dan gemiddeld kinderen jonger dan 4 jaar en ouderen van boven de 75 jaar.

Voor bovenbeschreven onderzoek is een kostenanalyse gemaakt²². De kosten van de verpleegkundige consultatie bedroegen 81.237 Pond per jaar. Daar stond voor de NHS een besparing van 94.422 Pond tegenover aan uitgespaarde kosten voor spoedopnames. De patiënten die telefonisch een verpleegkundige hadden geconsulteerd, liepen minder kans om in het ziekenhuis te worden opgenomen. Vooral het aantal korte opnames (1 tot 3 dagen) was lager. De precieze redenen voor dit geringer aantal opnames na telefonische consultatie bij een verpleegkundige zijn niet duidelijk. Een aanname is dat de verpleegkundige interventie onnodige opname, vooral van korte duur, zou kunnen voorkomen door een verbetering in de zorg thuis of door een verbeterde screening van patiënten door middel van de computergestuurde beslismogelijkheid.

Toepasbaarheid in de Nederlandse situatie

Bovenbeschreven telefonische consultatie van de eerste lijn buiten kantooruren in Engeland kan deels vergeleken worden met de in Nederland thans in zwang komende huisartsenposten. Hier vindt telefonische consultatie echter niet plaats met een verpleegkundige, maar met een doktersassistente. Bovendien hebben deze doktersassistenten niet de beschikking over een computerondersteund beslissysteem.

Onderzocht zou moeten worden in de Nederlandse situatie of de kwaliteit van de telefonische consultatie door verpleegkundigen hoger zou liggen dan bij doktersassistenten.

8. Verpleegkundigen als poortwachter in Engeland

Recent heeft de British Medical Association (BMA) een voorstel ontwikkeld voor het, onder voorwaarden door NP's laten verzorgen van een eerste screening van patiënten in de primary care²³. De verpleegkundige verwijst de ernstiger gevallen door naar andere hulpverleners. Daarmee geeft de artsenorganisatie de poortwachterfunctie voor de huisarts in feite in handen van verpleegkundigen. Hiertegen is door artsen in Engeland fel geïnteresserd.

9. Opleidingsaspecten en Multiskilling²⁴

Inleiding

In het buitenland, vooral in de USA en Canada bestaat sinds ongeveer een jaar of tien veel aandacht voor de mogelijkheden van integratie van opleidingen van gezondheidswerkers om een beter gebruik te kunnen maken van de beschikbare capaciteit. Naast het meer afstemmen van opleidingen op elkaar, gaat het ook om een fenomeen dat wordt aangeduid als 'multiskilling'. Oorspronkelijk afkomstig uit de industrie en de elektronica-sector betekent 'multiskilling': het trainen van werknemers om werkzaam te zijn buiten hun eigenlijke vakgebied. Hierdoor kunnen meer of minder tijdelijke tekorten aan bepaalde categorieën werknemers of aan bepaalde functies worden opgevangen. Bovendien biedt het werknemers een bredere 'scoop' en meer mogelijkheden, hetgeen veelal bijdraagt aan hun werk-satisfactie. In de gezondheidszorg moet multiskilling, naast meer tevredenheid bij werkers, leiden tot een grotere tevredenheid bij patiënten, meer efficiency, een grotere flexibiliteit, een vermindering van niet-productieve tijd en in algemene zin een verbetering van de kwaliteit en continuïteit van zorg.

Multiskilling in de Commonwealth

In een studie voor de Commonwealth-ministersbijeenkomst in november 2001 onderscheidt Buchan²⁵ vijf aspecten aan het concept van multiskilling: 'cross-training'; het ontwikkelen van nieuwe, niet traditionele rollen; het ontwikkelen van nieuwe typen, niet traditionele werkers (beroepen); het bewerkstelligen van 'skillmix' en van reorganisatie of 'ree-engineering' van het werk.

'Cross-training' houdt in dat een (gezondheids-)werker een aanvullende opleiding in een andere richting volgt, die haar of

hem in staat stelt in die andere richting te werken. Bijvoorbeeld een verpleegkundige die met een aanvullende opleiding spataderen kan verwijderen. Bij het ontwikkelen van nieuwe rollen gaat het om het verrijken of uitbreiden van een bestaande functie, bijvoorbeeld het ontwikkelen van een specialisatie tot nurse practitioner. Bij het creëren van nieuwe typen werkers zijn de in een actuele situatie benodigde vaardigheden het uitgangspunt. Het gaat vooral om ondersteunen, aanvullen of vervangen van bestaande typen werkers. Voorbeelden zijn een niet-klinisch assistent, een technisch assistent of een getrainde hulpverpleegkundige.

'Skillmix' is een methode om na te gaan welke typen vaardigheden nodig zijn in een bepaalde situatie. Het kan gebruikt worden voor de eerder genoemde vormen van multiskilling. Hetzelfde geldt voor de genoemde reorganisatie of 're-engineering' van het werk. Daarbij zijn vooral de structuur en organisatie van de zorg voorwerp van aanpassing en verandering, met multiskilling als één van de mogelijke aanpassingen, waarbij de zorg patiëntgericht moet zijn. Ervaren problemen in de traditionele organisatie van de gezondheidszorg die ten koste gaan van bedoelde patiëntgerichte benadering zijn onder meer: teveel stappen in routineprocedures, zoals het aanvragen en verwerken van laboratoriumtesten en röntgenfoto's; teveel tijd die aan niet-patiëntgebonden activiteiten besteed moet worden; overspecialisatie van de staf en in kapitaalintensieve middelen; lange wachttijden als gevolg van slechte communicatie en coördinatie; 'excessieve' hiërarchie in het management en gecentraliseerde besluitvorming.

Multiskilling en cross-training zijn volgens Buchan een van de mogelijke oplossingsrichtingen voor genoemde problemen. Verder noemt hij onder meer het opstellen van klinische protocollen in de zin van 'anticipated recovery pathways' (ARP's). Het gaat om protocollen die de nadruk leggen op de individuele patiëntenzorg en op multidisciplinair werken. Vervolgens noemt hij het voorzien in integrale patiëntendossiers; het werken met patiëntenaggregatie/patiëntengroepen op basis van overeenkomstige zorgbehoeften; het werken met multidisciplinaire zorgteams; decentralisatie en redesign van de fysieke omgeving.

Als 'drivers' voor multiskilling noemt Buchan: tekorten in benodigde vaardigheden door tekorten aan beroepsbeoefenaren; de wens of noodzaak tot kostenbeheersing; kwaliteitsbevordering; technologische innovaties of nieuwe medische

interventies; nieuwe gezondheidszorgprogramma's; hervormingen in de zorgsector; veranderingen in wet- en regelgeving.

Multiskilling in de USA

Makely geeft in haar boek 'Multiskilled Health Care Workers'²⁶aan dat het identificeren van 'shareable skills' een van de belangrijkste elementen is van multiskilling. Het gaat er bijvoorbeeld om na te gaan welke 'verpleegkundige skills' deelbaar zijn met andere beroepen. Het streven naar 'Patiënt Focused Care' is volgens haar de belangrijkste drijfveer voor de ontwikkeling van multiskilling. Het gaat daarbij onder meer om het vereenvoudigen van werkprocessen en het verbreden van kennis en vaardigheden bij gezondheidszorgwerkers. Ze onderscheidt in de patiëntgerichte zorg drie typen toepassing van multiskilling die betrekking hebben op de directe patiëntenzorg, de ondersteuning en de administratie. Het gaat respectievelijk om de volgende typen hulpverleners:

1. Klinische generalisten: werkzaam in de directe patiëntenzorg.
2. Ondersteunende generalisten: op afstand van de patiënt.
3. Administratieve generalisten: eveneens op afstand van de patiënt.

Naast de toepassing in de directe patiëntgerichte zorg kan het concept van multiskilling ook gebruikt worden op andere terreinen in de gezondheidszorg, bijvoorbeeld bij de technische ondersteuning.

Opmerkelijk is volgens haar dat momenteel veel multiskilling plaatsvindt binnen het eigen beroep van gezondheidswerkers. Als voorbeeld noemt ze röntgenlaboranten die een cross-training krijgen in de toepassing van echografie en kinderverpleegkundigen die een zodanige cross-training krijgen dat ze kunnen assisteren bij bevallingen.

Als belemmeringen voor het tot ontwikkeling komen van multiskilling noemt ze onder meer: algemene weerzin tegen verandering; domeindiscussies binnen beroepsgroepen; ontbrekende opleidingsmogelijkheden en accreditatieproblemen; wet- en regelgeving.

Toepasbaarheid in de Nederlandse situatie

Multiskilling als oplossing voor tijdelijke tekorten aan beroepsbeoefenaren of functies lijkt vooral vruchten te kunnen afwerpen in situaties waarin sprake is van relatief smalle opleidingen. Dit is bijvoorbeeld het geval in de USA. In Nederland zijn de

opleidingen doorgaans breder, zodat het de vraag is of multiskilling veel effect zou kunnen hebben. In veel gevallen gaat het meer om domeindiscussies en grenzen aan bevoegdheden. Hiervoor biedt multiskilling niet wezenlijk een oplossing.

10. Afsluitende conclusie

De voorgaande paragrafen overziende kan vastgesteld worden dat processen van taakherschikking in de bestudeerde landen vaak al aanzienlijk langer bestaan dan in Nederland. Dit biedt in veel gevallen mogelijkheden om gebruik te maken van ervaringen die elders werden opgedaan. Daarmee kunnen mogelijke problemen in opzet en implementatie voorkomen worden.

Een voorbeeld zijn walk-in-centra. Indien in Nederland voldoende belangstelling zou bestaan voor dit model van zorgverlening/zorgvernieuwing kan al in de initiële fase geprobeerd worden de bereikbaarheid voor minderheidsgroepen in de samenleving zo groot mogelijk te maken. Hetzelfde geldt voor het opzetten van call centra. Ook kan geprobeerd worden de kwaliteit van het eerste contact van een hulpvrager met een nieuwe hulpvorm zo hoog mogelijk te laten zijn. Dit kan door expliciete eisen te stellen aan de contactpersoon en aan diens 'hulpbronnen'. Wat de hulpbronnen betreft, is te denken aan continue beschikbaarheid van een kwalitatief hoogwaardige consultfunctionaris en aan het gebruikmaken van vormen van computergestuurd assessment van gezondheidsvragen. Bij de 'ideale' contactpersoon zou nagegaan moeten worden, welke beroepsgroep het meest geschikt is voor het vervullen van een triage-functie.

Waar het gaat om het expliciet overdragen van taken van de ene hulpverlener aan de andere kan van het buitenland geleerd worden dat het regelen van bevoegdheden en verantwoordelijkheden van beslissend belang kan zijn.

De ontwikkeling van NP's en PA's is vooral succesvol, doordat gestreefd werd naar helderheid over de taken en de verantwoordelijkheid voor de uitvoering ervan.

Drs. J. van Hasselt, projectmedewerker

Noten

- ¹ Richardson, G. e.a. Skill mix changes: substitution or service development? Health Policy 1998; 45: 119-132
- ² Dracup, Kathleen. Nurse Practitioners: A (not so) new role in health care, University of California, June 2002
- ³ <http://www.nursingworld.org>
- ⁴ <http://www.mc.vanderbilt.edu/nursing/prospective>
- ⁵ <http://www.nursing.ucla.edu/son/education/postms/specialitiespostma.html>
- ⁶ Royal College of Nursing. Nurse Practitioners, an RCN guide to the nurse practitioner role, competencies and programme accreditation, RCN 2002
- ⁷ Zie onder meer:
Department of Health. Items prescribable by nurses under the extended scheme
<http://www.doh.gov.uk/nurseprescribing/pomlist.htm>
Guardian unlimited. NHS staff. Increased prescribing powers for nurses
<http://society.guardian.co.uk/NHSstaff/story/0,7991,652734,00.html>
- ⁸ Zie onder meer:
Alcolado, J. Nurse practitioners and the future of general practice. British Medical Journal 2000; 320: 1084
(<http://bmj.com/cgi/content/full/320/7241/1084>)
- ⁹ Zie bijvoorbeeld: Dracup, K. *op.cit*
- ¹⁰ Zie onder meer: Dracup, K. *op.cit*
Shum, C. e.a. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. BMJ 2000; 320:1038-1043; Horrocks, S. e.a. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ 2002; 324: 819-823
- ¹¹ Informatie voornamelijk ontleend aan:
Bruurs, M.J.H. en Brink, G.T.W. van den. Physician Assistant in de Verenigde Staten: een verkenning Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Faculteit Gedrag, Gezondheid en Maatschappij, mei 2002
- ¹² Onder meer:
Hooker, R.S. The Economics of Physician Assistant Employment. University of Texas, Dallas, 1999;
Vorige voetnoot

- ¹³ Crommentuyn, R. De Physician assistant is geen loopjongen. *Med. Cont.* 2002; 57: 698-700
- ¹⁴ Zie onder meer:
 Jones, M. Walk-in primary medical care centres: lessons from Canada. *BMJ* 2000; 321:928-931
 The place of walk-in clinics in healthcare systems. Editorial. *BMJ* 2000;321: 909-910
 Salisbury, Ch. e.a. What is the role of walk-in centres in the NHS? *BMJ* 2002;324: 399-402
 NHS primary care walk-in centres.
<http://www.doh.gov.uk/pricare/walkin.htm>
 Mountford, L and Rosen, R. NHS Walk-in Centres in London. An initial assessment. Kings Fund 2001
 Kinnersley, P. e.a. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *BMJ* 2000; 320: 1043-1048
- ¹⁵ Jones. M. *op. cit*
- ¹⁶ Zie onder meer:
 Mountford, L and Rosen, R. *op. cit*
 Salisbury, Ch. e.a. *op. cit*
- ¹⁷ Grant, C. e.a. An observational study comparing quality of care in walk-in centres with general practice and NHS Direct using standardised patients. *BMJ* 2002;234: 1556
- ¹⁸ Zie onder meer:
 Munro, J. e.a. Impact of NHS Direct on demand for immediate care: observational study. *BMJ* 2000; 321: 150-153
 NHS Direct - Gateway to Healthcare
<http://www.wmas.org/nhsd.htm>
 NHS Direct in England. House of Commons. Committee of Public Accounts. Fortieth Report of Session 2001-02
- ¹⁹ Munro, J. *op. cit*
- ²⁰ Lattimer, V. e.a. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 1998; 317: 1054-1059
- ²¹ Lattimer, V. 1998. *op. cit.I*
- ²² Lattimer, V. e.a. Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial. *BMJ* 2000; 320: 1053-1057
- ²³ Owen, D. BMA suggests nurses could become gatekeepers of the NHS. *BMJ* 2002; 324: 565

BMA Health Policy and Economic Research Unit. The Future Healthcare Workforce, discussion paper 9, february 2002

²⁴ Vooral gebruikt zijn:

Buchan, J. New work, new workers or new ways of working? Multiskilling and the health workforce. 13th Commonwealth Health Ministers Meeting New Zealand, 25-29 November 2001

Makely, S. Multiskilled Health Care Workers. Issues and approaches to cross training. Pine Ridge Publications, Inc. 1998. ISBN#0-9652954-3-5

²⁵ Buchan, J. *op cit*

²⁶ Makely, S. *op. cit*

Bijlage 7

Wie doet wat in de gezondheidszorg, waarom en kan het ook anders?

1. Inleiding

Beroepen in de gezondheidszorg

In de gezondheidszorg zijn vele verschillende beroepsbeoefenaren werkzaam, zoals ziekenverzorgenden, artsen, fysiotherapeuten, apothekers, verpleegkundigen. Een beroep kan gezien worden als een geïnstitutionaliseerd en gelegitimeerd kader rond een bepaald deel van de maatschappelijke arbeidsverdeling (Peters, et al., NIZW, 1999). Dit geïnstitutionaliseerd zijn, komt onder andere tot uiting in het bestaan van een specifieke opleiding, bijvoorbeeld de opleiding tot arts of verpleegkundige en in een aantal gevallen door een wettelijke bescherming van de beroepstitel, zoals arts of verloskundige, die alleen is voorbehouden aan hen, die de hiervoor geldende opleiding met goed gevolg hebben afgerond en die ingeschreven staan in het zogenoemde BIG-register (zie hiervoor verder de juridische achtergrondstudie bij het advies).

Een beroep omvat onder andere een aantal samenhangende (kern)taken. In de gezondheidszorg is een veelheid van taken die verricht moeten worden. Deze worden, zoals gezegd door vele verschillende beroepsbeoefenaren verricht. In deze bijlage komt de vraag aan de orde hoe deze taakverdeling is ('Wie doet wat?'). Om dit te structureren wordt het proces genomen, dat de patiënt met een gezondheidsprobleem doorloopt in de gezondheidszorg. Allereerst is er de vraag of het gezondheidsprobleem wel de hulp van een zorgverlener vereist. Zo gaat een lichte verkoudheid veelal vanzelf over. Als er hulp nodig is, is de vraag welke hulpverlener hiervoor het meest aangevoelen is. Dit is de fase van de selectie en routing van patiënten. Een veel gebruikte term hierbij is triage. In paragraaf 3 zal dit besproken worden. Als de patiënt inderdaad in het medisch circuit komt, vindt er allereerst diagnostiek plaats en vervolgens eventueel een behandeling. Dit komt in paragraaf 4 respectievelijk 5 aan de orde.

Alvorens de huidige situatie te beschrijven, komt in paragraaf 2 de vraag aan de orde waarom de situatie is, zoals die is: ‘Waarom doet wie wat?’.

In paragraaf 5 wordt gekeken of het ook anders kan. Zijn er mogelijkheden voor taakherschikking die een doeltreffender en/of doelmatiger zorgverlening mogelijk maken?

Paragraaf 6 bevat de conclusies.

2. Waarom doet wie wat?

Men kan zich de vraag stellen waarom bepaalde terreinen c.q. taken aan een bepaalde beroepsgroep is toebedeeld. Waarom mag bijvoorbeeld alleen een arts, en in bepaalde gevallen een tandarts en verloskundige, geneesmiddelen voorschrijven?

Het antwoord op deze vraag kan alleen vanuit historisch perspectief beantwoord worden. Centraal hierbij staat de uit 1865 stammende Wet op de uitoefening van de geneeskunst (WUG). Deze wet gaf artsen het alleenrecht om werkzaam te zijn op dit terrein. Nu is nergens het terrein van de geneeskunst scherp gedefinieerd, maar uit de jurisprudentie kan worden afgeleid dat het zeer breed is: ‘Elke raad of daad met de werkelijke of vermeende strekking om een genezende werking op de zieke mens uit te oefenen.’

De officiële reden voor deze domeinbescherming in de negentiende eeuw was de bescherming van de patiënt tegen kwakzalvers, welke de patiënt schade zouden kunnen toebrengen. Volgens veel historici is de werkelijke reden, dat de beroepsgroep de concurrentie van kwakzalvers wilde uitschakelen. De kennis en mogelijkheden die de arts in die tijd had om mensen te genezen was niet veel beter dan die van de kwakzalver, stellen zij. De beroepsgroep van artsen verkreeg grote macht. Zij bepaalde zelf wat wel en niet tot het domein van de geneeskunst behoorde, wat de opleidingseisen waren en wie tot de specialistische opleidingen toegelaten werden.

Wat de beweegredenen voor de WUG ook moge zijn geweest, gedurende vele decennia hadden artsen het alleenrecht. Anderen mochten wel bepaalde taken uitvoeren, maar alleen in opdracht van de arts. Het lukte een aantal beroepsgroepen om zich hier aan te onttrekken, zoals verloskundigen en tandartsen, die op beperkte terreinen zelfstandig mochten werken.

Pas na bijna honderd jaar, in 1963, lukte het paramedici om beperkte deelbevoegdheden te verkrijgen.

In 1995, met het in werking treden van de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg, is de situatie van voor 1865, voor een groot deel, weer teruggekeerd: iedereen mag in beginsel werkzaam zijn op het terrein van de zorgverlening aan patiënten, slechts een beperkt aantal zaken, de zogenoemde voorbehouden handelingen, mogen alleen door of in opdracht van de arts, en in een aantal gevallen de verloskundige of tandarts verricht worden.

De reden voor de politiek om een aantal handelingen aan specifieke beroepsgroepen voor te behouden, was dat de betreffende handelingen bij ondeskundige uitvoering gevaarlijk zouden kunnen zijn voor de patiënt. Tijdens de behandeling van de wet bracht de Gezondheidsraad overigens een tweetal adviezen uit over voorbehouden handelingen, waarin hij stelde dat alle medische handelingen gevaarvol kunnen zijn en dat er wetenschappelijk geen objectieve maatstaven zijn om de ene groep handelingen wel en een andere groep handelingen niet tot voorbehouden handelingen te verklaren (zie ook de juridische achtergrondstudie bij het advies).

Het antwoord op de vraag waarom de taakverdeling over de verschillende beroepen verdeeld zijn zoals ze zijn, is dan ook: dit is historisch zo gegroeid.

3. Selectie/prioritering en routing van patiënten

3.1 Inleiding

Patiënten met een gezondheidsprobleem weten vaak niet precies waar zij met hun probleem naartoe moeten. Het meest extreme voorbeeld hiervan is de bewusteloze patiënt. Maar ook in andere situaties is veelal niet direct duidelijk welke hulpverlener het meest aangewezen is. De vraag die daar aan voorafgaat is of het überhaupt noodzakelijk is, dat er een hulpverlener geraadpleegd wordt. Zo gaat een lichte verkoudheid veelal vanzelf over en is er geen noodzaak een arts te raadplegen. Een recent onderzoek geeft aan dat 14% van de huisartscontacten en 21% van de contacten bij een afdeling spoedeisende hulp buiten kantooruren, onterecht werden gevonden door de betreffende artsen (IJzermans, 2002).

Indien iemand met een gezondheidsprobleem wel zorg heeft, is het van belang dat de patiënt bij de meest aangewezen hulpverlener terechtkomt. Daarnaast kan hieraan niet altijd direct worden voldaan vanwege capaciteitsproblemen en zal er prioritering plaats moeten vinden: wie moet het eerst behandeld worden. Dit laatste is het terrein van de klassieke triage. Dit komt in paragraaf 3.2 aan de orde.

In Nederland vervult de huisarts een belangrijke rol bij de selectie en routing van patiënten naar onder andere de tweede lijn, de medisch specialist. Deze poortwachterfunctie komt in paragraaf 3.3 aan de orde, terwijl andere poortwachters in paragraaf 3.4 aan de orde komen.

In paragraaf 3.5 wordt een vrij nieuw fenomeen, de telefonische triage besproken. Chronologisch in het zorgproces vindt telefonische triage veelal plaats voor de ‘klassieke triage’ en de poortwachtersfunctie. Door telefonische triage als laatste te bespreken kan het evenwel beter geplaatst worden.

3.2 Triage

Wat is triage?

Het woord triage is afkomstig van Franse wolhandelaren en betekent kiezen, selecteren. In de medische context werd het woord het eerst gebruikt door Larrey, een chirurg in het leger van Napoleon. Het doel van triage was het selecteren en prioriteren van gewonden op het slagveld. Tijdens een veldslag vielen er in een korte tijd een groot aantal gewonden, terwijl de medische faciliteiten beperkt waren en er dus keuzen gemaakt moesten worden wie er het eerst (of überhaupt) voor medische behandeling in aanmerking kwam. Hiervoor werden de gewonden in verschillende categorieën onderverdeeld van licht gewonden, waarbij de behandeling wel uitstel kon velen, gewonden, die directe behandeling nodig hadden, tot zeer zwaar gewonden, waar medische hulp niet meer kon baten.

Triage heeft dus betrekking op selectie van patiënten. Een belangrijk selectie criterium is urgentie: heeft de patiënt direct medische hulp nodig of is het minder dringend. Vaak is er ook sprake van routing: welke hulpverlener is het meest aangewezen om de patiënt met een bepaald gezondheidsprobleem te zien.

Heden ten dage wordt triage in verschillende settings gebruikt: in de klassieke setting, maar ook bij nieuwe vormen van patiëntenselectie en routing, zoals telefonische triage.

In de betekenis van de klassieke setting gaat het om de eerste behandeling van traumapatiënten of andere categorieën acute patiënten, bijvoorbeeld met een dreigend hartinfarct of een beroerte.

Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen:

- a. calamiteitentriage;
- b. veldtrriage;
- c. interhospitaaltrriage;
- d. intrahospitaaltrriage.

ad a.

De situatie bij rampen en calamiteiten, waarbij er sprake is van een groot aantal gewonden in korte tijd komt dicht in de buurt van de klassieke triage op het slagveld. Op deze vorm van triage wordt hier verder niet ingegaan.

ad b.

In vreedetijd bestaat veldtrriage uit de eerste opvang van gewonden, bijvoorbeeld door een verkeersongeluk. Het gaat dan om een relatief gering aantal gewonden. De triage gebeurt in het overgrote deel van de gevallen door de ambulancedienst.

ad c.

In een aantal gevallen hebben gewonden een behandeling nodig, die alleen in gespecialiseerde centra geleverd kan worden, bijvoorbeeld in het geval van brandwondenslachtoffers. Interhospitaaltrriage is erop gericht de patiënt zo snel mogelijk bij, in dit geval, het brandwondencentrum te krijgen.

ad d.

Als een patiënt zich bij de afdeling spoedeisende hulp van een ziekenhuis meldt, vindt ook triage plaats: welke hulpverlener is het meest aangewezen om de patiënt te helpen.

Wie verricht de triage?

Veldtrriage

De beslissingen die in de eerste fase van de behandeling van de patiënt op de plaats des onheils worden genomen, zijn essentieel voor de overlevingskansen van de patiënt. Van de traumaslachtoffers die uiteindelijk overlijden, overlijden de meeste op weg naar het ziekenhuis of in de eerste uren. Veldtrriage is dan

ook van uitermate groot belang en aan degenen die de triage verricht, worden dan ook hoge eisen gesteld.

De veldtriage, dus ter plaatse van het ongeval en dergelijke, vindt in het algemeen plaats door ambulancepersoneel. In een aantal landen is op de ambulance een arts aanwezig, zoals de Notarzt in Duitsland. In Nederland is dit niet het geval, maar is er een gespecialiseerde verpleegkundige op de ambulance aanwezig. Alleen bij de traumahelikopter is een arts aanwezig.

Gelet op het grote belang van de veldtriage rijst de vraag, welke discipline het meest aangewezen is om dit te doen. In Nederland is men eraan gewend, dat op de ambulance geen arts maar een verpleegkundige aanwezig is. Er is weinig kritiek vanuit de afdelingen spoedeisende hulp van ziekenhuizen op hun werk, zodat aangenomen mag worden dat zij hun taak adequaat verrichten. Bij een onderzoek van Kilner (Kilner, 2002) werden aan 100 artsen, 59 verpleegkundigen en 74 ambulance paramedics (zoals men die in de UK heeft) een 20 casussen op papier voorgelegd met de vraag hoe er gehandeld moest worden. De verpleegkundigen deden niet onder voor de artsen, terwijl de paramedics iets lager scoorden.

In dit kader is het ook van belang technologische ontwikkelingen te noemen. Zo is er een systeem ontwikkeld, waarbij het ambulancepersoneel draadloos in direct (beeld)contact staat met het ziekenhuis. De specialist in het ziekenhuis kan via video realtime-beelden van de patiënt en patiëntgegevens, zoals ECG, ontvangen en het ambulancepersoneel adviseren. Een dergelijke ontwikkeling kan gevolgen hebben voor taken en verantwoordelijkheden van het ambulancepersoneel. Op dit moment nemen zij zelf, op basis van protocollen, ter plaatse beslissingen en dragen hiervoor de verantwoordelijkheid. Indien zij op advies van de arts in het ziekenhuis handelen, verandert dit.

Interhospitaaltriage

Indien de patiënt reeds in het ziekenhuis is gearriveerd, zal de triage en het eventuele besluit om de patiënt naar een gespecialiseerd centrum, bijvoorbeeld een brandwondencentrum te verplaatsen, door de artsen van het betreffende ziekenhuis in overleg met het gespecialiseerde centrum, plaatsvinden.

Intrahospitaaltriage

Triage binnen het ziekenhuis, met name op de afdelingen spoedeisende hulp is in ontwikkeling. In veel ziekenhuizen werd en wordt nog steeds de patiënt veelal het eerst gezien door de dienstdoende arts, in veel gevallen een arts in opleiding. Deze situatie heeft in het verleden voor de nodige discussie gezorgd (o.a. Goris, 1989; Draaisma, 1982). Aan de poort zouden juist de meest ervaren hulpverleners moeten staan, vindt een aantal deskundigen. Het gaat immers veelal om acute patiënten, waarbij snel de juiste beslissing moet worden genomen, waarvoor ervaring noodzakelijk is. Inmiddels worden in een aantal ziekenhuizen artsen die gespecialiseerd zijn in spoedeisende hulp opgeleid.

In een aantal ziekenhuizen doen verpleegkundigen de eerste triage van patiënten op de afdeling spoedeisende hulp. Zij bepalen de mate van urgentie en meest aangewezen specialisme. In een aantal landen gaat het verder en kunnen deze verpleegkundigen ook onderzoeken aanvragen. Uit een onderzoek van Tambimutti in Australië, waarbij de verpleegkundige röntgenfoto's van vermoede botbreuken kan aanvragen, blijkt dat dit de patiënttevredenheid verhoogt en de wachttijden verkort (Tambimutti, et al., 2002).

3.3 Poortwachterfunctie

De huisarts als de poortwachter tot de gezondheidszorg betekent, dat hij of zij patiënten beoordeelt en bepaalt wie wel of niet tot bijvoorbeeld medisch-specialistische zorg wordt toegelaten. Dit kan vanuit twee invalshoeken gezien worden: een economische en een medisch-inhoudelijke invalshoek. In het eerste geval wordt de huisarts primair gezien als een bewaker van de kosten van de gezondheidszorg. Door het zorgverzekeringssysteem zijn de financiële kosten en materiële baten ontkoppeld en is er geen rem op de kosten van de gezondheidszorg. Binnen deze optiek is de poortwachterfunctie primair het beperken van de financiële kosten. Dit kan evenwel leiden tot spanning met het streven tot meer vraagsturing in de zorg. Bij de medisch-inhoudelijke invalshoek staat het streven naar een zo effectief en efficiënt mogelijke zorgverlening centraal. Het gaat er om te bevorderen dat de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats wordt verleend.

De poortwachterfunctie is dus feitelijk een vorm van triage: selectie en routing van patiënten. Zo bepaalt de huisarts

middels een verwijzing wie in aanmerking komt voor behandeling door een paramedicus, zoals een fysiotherapeut. Sommigen vinden de verwijzing van de huisarts een overbodige tussenschakel. De patiënt zou rechtstreeks naar de fysiotherapeut moeten kunnen gaan en deze zou, uiteraard op zijn of haar specifieke kennisgebied zelfstandig een (fysiotherapeutische) diagnose moeten kunnen stellen en kunnen behandelen.

Vanuit een medisch-inhoudelijke optiek valt dit te verdedigen. De kennis die de fysiotherapeut bezit van het bewegingsapparaat is groter dan die van de gemiddelde huisarts. De fysiotherapeut mag dan ook in staat worden geacht zelfstandig een diagnose te stellen en te behandelen. In de praktijk gebeurt dit ook regelmatig: de huisarts verwijst weliswaar, maar de fysiotherapeut verricht feitelijk de (fysiotherapeutische) diagnose en bepaalt in belangrijke mate de behandeling.

Vanuit een economische invalshoek kunnen evenwel bezwaren ingebracht worden. Zoals hiervoor gesteld, zijn door het verzekeringsprincipe de kosten en baten van de zorg ontkoppeld. Juist door het scheiden van indicatiestelling – wat verwijzen feitelijk is – en behandeling, wordt de economische drijfveer om (over) te behandelen weggenomen.

3.4 Andere poortwachters

Naast de huisarts zijn er nog andere poortwachters op specifieke terreinen. Hierbij kan gedacht worden aan de bedrijfsarts als het gaat om de toegang tot ‘de ziektewet’ en de arbeidsongeschiktheid. Op deze problematiek wordt in deze bijlage niet verder ingegaan, wel in de juridische achtergrondstudie (zie deel I, par. 3.4).

Op het terrein van de care is er het regionaal indicatieorgaan (RIO), dat indiceert voor zorg in het kader van de Algemene Wet bijzondere ziektekosten (AWBZ). Het betreft hier onder andere opname-indicatie voor verpleeg- en zwakzinnigeninrichtingen op basis van het zorgindicatiebesluit dat op 1 januari 1998 in werking is getreden (Zorgindicatiebesluit, 1997). De gemeenten dragen de bestuurlijke verantwoordelijkheid.

Om een indicatie te kunnen stellen moet er onderzoek verricht worden naar onder andere de algemene gezondheidstoestand, het psychisch en sociaal functioneren. Het besluit stelt geen specifieke eisen aan degenen die dit onderzoek verrichten, be-

halve, dat zij ‘over voldoende deskundigheid beschikken om de aanvraag om een indicatiebesluit te kunnen beoordelen’ (artikel 8). De indicatie adviseurs bij de 84 RIO’s die Nederland telt, worden voornamelijk gevormd door voormalige indicatiestellers van de thuiszorginstellingen, maar het komt ook voor, dat gemeenteambtenaren de taak uitvoeren. Volgens sommigen komt dit de onafhankelijkheid en objectiviteit van de indicatiestelling niet ten goede (Bellemakers, 2001). Ook in de Tweede Kamer zijn vragen gesteld over de indicatiestelling, met name voor de thuiszorg. Deze zou te bureaucratisch zijn en te ver op afstand staan en er is voor gepleit deze verantwoordelijkheid weer bij de wijkverpleegkundige te leggen (Tweede Kamer, 23 oktober 2001, a). De staatssecretaris heeft hier op geantwoord, dat er protocollen zijn voor de kortdurende acute thuiszorg, waarbij de wijkverpleegkundige of huisarts de indicatie stelt. De verantwoordelijkheid voor de indicatie blijft evenwel bij het RIO (Tweede Kamer, 23 oktober 2001, b).

Eind 2001 is het Eindrapport van de evaluatie van het Zorgindicatiebesluit 1998, getiteld ‘Rio, het jongste kind groeit op’, uitgebracht (Schrijvers, 2001). Uit het onderzoek blijkt, dat de meeste cliënten (83%) redelijk tot zeer tevreden zijn over de behandeling van hun aanvraag door het RIO. 90% was het eens met het indicatiebesluit. De zorgaanbieders waren ook in meerderheid positief. Het minst positief waren de huisartsen. Over de onafhankelijkheid was 70% tevreden, maar over de objectiviteit en integraliteit was 55% respectievelijk 22% tevreden.

In haar aanbiedingsbrief van het onderzoeksrapport aan de Tweede Kamer gaf de toenmalig Staatssecretaris aan, dat de indicatiestelling van het RIO uitgebreid zou worden (Tweede Kamer, 27 november 2001). Per 1 januari 2001 valt ook de indicatiestelling voor de gehandicaptenzorg onder de verantwoordelijkheid van de RIO’s en per 1 januari 2002 zal dit ook gelden voor de geestelijke gezondheidszorg.

3.5 Telefonische triage

Bij de hiervoor besproken vormen van triage is de patiënt in persoon aanwezig. De patiënt kan zich evenwel ook elders bevinden, waarbij het contact op elektronische wijze, veelal via de telefoon of het internet plaatsvindt. Deze telefonische triage gaat veelal vooraf aan de ‘echte’ triage.

Wie verricht de triage?

Indien men het alarmnummer 112 belt, wordt men doorverbonden met de centralist van de ambulancepost. Deze bepaalt of er een ambulance nodig is.

Er vind ook triage plaats voor de toegang tot de huisartsenzorg: de dokterassistente beoordeelt, volgens richtlijnen en verantwoordelijkheid van de betreffende huisarts, de urgentie en geeft in een aantal gevallen de patiënt advies.

Meer en meer vindt triage, met name voor eerstelijnszorg buiten kantooruren, plaats door zelfstandige centra via de telefoon, de zogenoemde call centra. Wereldwijd neemt de interesse hiervoor toe (Lancet, 2001).

De oorsprong van call centers ligt vooral in de USA. Het primaire doel was het beteugelen van de stijgende gezondheidszorgkosten (Fries, et al., 1993). Health maintenance organisaties waren veelal de drijvende kracht in het kader van strategieën om de kennis van gezondheid en zorg bij de verzekerden te vergroten en onnodig gebruik van dure zorgvoorzieningen, met name afdelingen spoedeisende hulp van instellingen te beperken (Vickery et al., 1995).

In landen waar reeds een poortwachter voor de zorg bestond, zoals de huisarts in Nederland, richt men zich met name op 'buiten kantooruren zorg'.

De meest grootschalige benadering is in het Verenigd Koninkrijk gevolgd. In 1997 is daar gestart met NHS Direct (Dept. Health, 1997). Momenteel heeft circa 65% van de bevolking toegang tot deze 24-uurservice. In 2001 – 2002 verwerkte ze 5,3 miljoen telefoontjes (Committee of Public Accounts, 2002).

In de USA hebben naar schatting 100 miljoen mensen toegang tot call centers en in Canada circa 10 miljoen (Turner, V.F. et al., 2002).

Onderzoek betreffende telefonische triage

Telefonische triage in de vorm van call centers is op dit moment onderwerp van discussie. Sommigen menen dat ze bijdragen aan een verhoging van de kwaliteit, terwijl anderen juist vreezen voor een vermindering ervan. Dit is reden om na te

gaan of de argumenten pro en contra wetenschappelijk onderbouwd kunnen worden.

De publicaties betreffende telefonische triage zijn in een aantal categorieën te verdelen:

- a. beschrijvend van aard;
- b. klantsatisfactie en compliance;
- c. doeltreffendheid;
- d. doelmatigheid.

ad a.

In dit type artikelen worden bijvoorbeeld de invoering van een triagesysteem beschreven. Voorbeelden zijn een artikel van Turner 'Telephone triage' in Western Australia (Turner, 2002) en een artikel van Tawfik. 'Introducing nurse telephone triage into primary care' (Tawfik, 2000).

Verder vallen in deze categorie artikelen over de eisen die aan de gespecialiseerde verpleegkundigen in call centers moeten worden gesteld. Voorbeelden hiervan zijn artikelen van Smith 'Telephone health care; it's more than just a phone call' (Smith, 1999) en Pettinari en Jessopp 'Your ears become your eyes: managing the absence of visibility in NHS Direct' (Pettinary, 2001).

Het ontbreken van direct (visueel) contact is een belangrijk aspect van telefonische triage. Alle informatie moet komen van de verbale interactie. In het onderzoek van Pettinary en Jessopp is aan de hand van interview nagegaan, hoe de verpleegkundige hiermee omgaat. Het blijkt dat ze nieuwe vaardigheden ontwikkelen in hun interactie met de bellers als compensatie voor de afwezigheid van visueel contact. Deze vaardigheden waren gebaseerd op hun professionele achtergrond en ervaring en ontwikkelde zich op een ad hoc wijze. Gepleit wordt voor meer onderzoek naar de gehanteerde strategieën om ze aan opleidingsprogramma's toe te kunnen voegen.

ad b.

Als het om evaluatie van triage gaat, vormen tevredenheidsonderzoeken van gebruikers de hoofdmoot. Dit is ook niet verwonderlijk, aangezien deze onderzoeken relatief makkelijk uit te voeren zijn, namelijk door het enquêteren van de gebruikers. In een aantal gevallen is ook patientcompliance meegenomen, dus de mate waarin de beller het advies van het call center opvolgt, althans zegt opgevolgd te hebben.

Er zijn verschillende Amerikaanse en Canadese studies verricht, die allemaal wijzen op een grote tevredenheid van gebruikers (o.a. Frisbee et al, 2001, O'Connell, J.M., et al., 2001). De meeste van deze onderzoeken zijn uitgevoerd door HMO's.

Voor wat compliance betreft, vond Frisbee een overall compliance van 60%, wat als redelijk gekwalificeerd wordt (Frisbee, et al., 2001). Moore vond een overall compliance van 88,2% (Moore, 2002).

Een belangrijke evaluatie is die van NHS Direct in Engeland. Op 10 juli 2002 bracht 'The committee of Public Accounts' van het Britse Lagerhuis zijn rapport uit over NHS Direct (House of Commons, 2002). Het is gebaseerd op interviews met betrokkenen. 90% van de gebruikers is tevreden met de geleverde diensten volgens het rapport. O'Cathain vond een percentage van 95% (betrouwbaarheidsinterval 93-97%). Als belangrijkste reden om het telefonisch advies als nuttig te ervaren werd geruststelling genoemd (O'Cathain, 2000).

ad c.

Bij doeltreffendheid gaat het om de mate waarin het beoogde doel wordt bereikt. Een eerste vraag met betrekking tot call centers is dan ook 'Wat is het doel'. Er zijn verschillende doelen denkbaar, zoals extra service bieden aan verzekerden, kostenbesparing door gepaster gebruik van voorzieningen, kostenbesparing door inzet van goedkoper personeel, betere kwaliteit van zorg en betere toegankelijkheid van zorg. Vaak zullen al dan niet expliciet, meerdere doelen tegelijkertijd nagestreefd worden. Bijvoorbeeld extra service verlenen aan verzekerden, met de (stille) verwachting dat het tot een gepaster gebruik van voorzieningen en daarmee tot kostenreductie en grotere doelmatigheid leidt.

Illustratief is de discussie in het BMJ over het doel van NHS Direct, naar aanleiding van het gegeven dat de dienst geen meetbaar effect heeft gehad op de zorgvraag (Munro, 2000). Sadler, een NHS Direct directeur, reageert dat dit niet het primaire doel is, maar dat het gaat om het publiek betrouwbaar, consistent en professioneel te adviseren, 24 uur per dag op een toegankelijke manier (Sadler, 2002). Wat ook het primaire doel is van de triage, in het kader van doeltreffendheid is de medisch-inhoudelijke kwaliteit een belangrijk aspect. Echter juist hierover is het minst bekend. Steevast staat in de

artikelen vermeld: 'little is known about the effectiveness of nurse telephone-triage'.

Dit is niet verwonderlijk. Het is bijzonder moeilijk om voor het medisch handelen in het algemeen en triage in het bijzonder, goede output-parameters te vinden. In een gerandomiseerde studie in het Verenigd Koninkrijk werden bellers verdeeld naar een call center en naar 'practice as usual'. Er bleek geen verschil in mortaliteit binnen zeven dagen, spoedopnames binnen 24 uur en drie dagen of een bezoek aan een afdeling spoedeisende hulp (Editorial Lancet, 2001). Het is evenwel de vraag of dergelijke parameters valide zijn. Zo overleden er minder mensen in de week van een staking van artsen in Israël enige jaren geleden. Is er dus een positieve relatie tussen mortaliteit en zorgverlening?

Hoge satisfactiescores behoeven niet te betekenen, dat de medisch-inhoudelijke kwaliteit ook hoog is. Het Engelse magazine Health Which? deed onderzoek met 'dummy callers'. Zo werd maar in een van de tien telefoontjes geconstateerd, dat bij een '55-jarige man met benauwdheid' die vroeg om een vervolgrecept, omdat hij door frequenter gebruik sneller door zijn inhalatiespray was, dat zijn benauwdheid toegenomen was en dat een artsconsult gewenst was (Editorial Lancet, 2001).

Het blijft veelal bij dergelijke casuïstiek. Zo stelt Toon (Toon, 2002): 'It is interesting to see evidence that NHS Direct is not value for money. Having dealt with patients (both in surgery and at a general practice cooperative) who have been told by NHS Direct to see a general practitioner urgently but turn out to have what is clearly a trivial problem, this fits with my own experience. It should not come as a surprise to anyone. Nurses' skills and training lie largely in managing and organising care for defined problems, not in sorting out unformulated ones: this is a different and complex skill for which general practitioners receive 10 years' training. Computer algorithms cannot replace this skill.'

Een manier om inzicht te krijgen in de kwaliteit van telefonische triage is om deze te vergelijken met intrahospital triage. In een Amerikaans onderzoek is telefonische triage van patiënten door een gekwalificeerde triageverpleegkundige vergeleken met triage in het ziekenhuis door (andere) gekwalificeerde triageverpleegkundigen op de afdeling spoedeisende hulp van dezelfde patiënten. Er bleken grote verschillen in uitkomsten te bestaan, of zoals het rapport stelt: 'the change that they ar-

rive at the same triage decision is less than a coin flip' (UCLA, 1999). Helaas is niet onderzocht, hoe de resultaten zijn als de telefonische triage door bijvoorbeeld artsen wordt verricht. Nu is niet vast te stellen of de verschillen te verklaren zijn door de kwaliteit van degene die de telefonische triage verricht of dat het komt, doordat men de patiënt niet 'in levende lijve' kan zien.

Een ander onderzoek beperkte zich tot een specifieke, gynaecologische klacht, namelijk vulvovaginale klachten. Hierbij werd de accuraatheid van telefonische triage en de diagnosestelling in het ziekenhuis vergeleken. Het was een prospectieve studie van alle patiënten met de betreffende klachten die het call center van Kaiser Permanente, een grote Amerikaanse verzekeraar, belden. De patiënten werden daarna gezien door een arts, een verloskundige ('nurse midwife') en een physician assistent. Zij stelden onafhankelijk van elkaar diagnoses en behandelingen. De resultaten waren op alle fronten teleurstellend. De overeenstemming in diagnose voor bacteriële, candida of trichomonas-infecties tussen de verpleegkundigen en artsen was gering. De diagnoses van de artsen op basis van het klinische beeld stemden overigens ook weinig overeen met resultaten van de uiteindelijke laboratoriumuitslagen, het microbiologisch en microscopisch onderzoek, die uiteindelijk doorslaggevend zijn voor de diagnose. Daarnaast was er weinig overeenstemming tussen de telefonische triage en het oordeel van de artsen, aangaande de noodzaak voor een bezoek aan het ziekenhuis (Allen-Davis, 2002).

Hiertegenover kunnen de resultaten van een onderzoek op een ander terrein, acute oogheelkundige hulp, genoemd worden. In dit onderzoek werd de telefonische triage van een oogziekenhuis in Engeland vergeleken met de uiteindelijke diagnose. De telefonische triage werd uitgevoerd door nurse practitioners. Deze bleken de ernst van de situatie goed in te kunnen schatten. Geen van de patiënten die acute hulp nodig had, werd geweigerd en alle beslissingen om een spoedeisend consult te weigeren bleken veilig te zijn (Marsden, 2000).

De uitkomsten van de studies zijn dus nogal wisselend. Het is de vraag of dit ligt aan de verschillende terreinen die onderzocht zijn. Wellicht leent de ene klacht zich beter voor telefonische triage dan de andere. Daarnaast is er het probleem van de inter-observervariabiliteit: verschillende hulpverleners beoordelen de gegeven verschillen. Klassiek in dit opzicht is de inter-observervariabiliteit bij de beoordeling van röntgenfoto's.

Dit zijn echter zaken die raken aan het terrein van evidence based medicine en los staan van (telefonische) triage als zodanig.

ad d.

In vervolg op ad 3. is het natuurlijk moeilijk een kosten/baten-analyse te maken als van de baten in de vorm van medisch – inhoudelijke effectiviteit weinig bekend is.

Er zijn wel return-on-investment studies van met name HMO's. Zo geeft het onderzoek van O'Connell aan, dat bij het onderzochte call center de afname in zorggebruik groter was dan de kosten van de service. De opbrengst per geïnvesteerde dollar was \$ 1.70. De conclusie van de studie is dan ook dat de service kosteneffectief is en een hoge gebruikerssatisfactie heeft.

Zoals het citaat onder ad 3. al aangeeft is in het Verenigd Koninkrijk een heftige discussie gaande over de kosteneffectiviteit van NHS Direct. De service kost 45 miljoen pond (0,1% van het totale NHS-budget). Gegeven de ruim 7 miljoen telefonische consultaties, de goede veiligheid en hoge satisfactie vindt Sadler het 'value for money' (Sadler, 2002). Anderen denken hier anders over. In relatie hiermee werd aangegeven dat de service in West Australië de helft goedkoper is (Turner, 2002). Hierbij wordt wel opgemerkt dat het voor een belangrijk deel om een dunbevolkt gebied gaat.

In studie van Munro kon niet aangetoond worden dat NHS Direct tot een afname van aanbod bij de spoedeisende hulp leidde (Munro, 2000).

Er zijn in de literatuur wel indirecte aanwijzingen te vinden, dat call centers doelmatigheidswinst zouden kunnen opleveren. Zo is recent onderzocht in welke mate patiënten terecht 's avonds en 's nachts hulp zoeken bij een huisartsenpost en afdeling spoedeisende hulp (IJzermans, 2002). De huisartsen vonden dat 40% van de contacten terecht, 46% onterecht, maar invoelbaar en 14% onterecht waren. Bij de SEH lagen de percentages op respectievelijk 50%, 29% en 21%. Wellicht zouden call centers het percentage onterechte contacten kunnen verminderen. Een interessante constatering in de studie was ook dat de oprichting van een huisartsenpost, in dit geval in Amsterdam-Zuidoost geen duidelijk aanzuigende werking naar deze post had, hetgeen ook op andere plaatsen in het land wordt gezien (Ebbens, 2000).

4. Diagnostiek

Na triage, komt de patiënt bij de, hopelijk juiste, hulpverlener en vindt de eigenlijke diagnostiek plaats. Sommigen stellen dat in de voorgaande fase, de triage, geen diagnostiek plaatsvindt. Het bepalen van de mate van acuïtheid van een medisch probleem vereist evenwel, al dan niet impliciete, differentiaal-diagnose. Zo wordt bij triage heftige pijn op de borst, die niet afneemt in rust of na toediening van nitrobaat ('pilletje onder de tong'), als een ernstig probleem gezien, die acute hulp vereist. Het moge duidelijk zijn, dat hier het vermoeden van hartinfarct als mogelijke diagnose aan ten grondslag ligt.

Dus alhoewel ook in de triagefase een vorm van diagnostiek plaatsvindt, wordt het begrip diagnostiek veelal beperkt tot de fase, waarin middels anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek, zoals bloed- urine- en röntgenonderzoek, getracht wordt vast te stellen aan welke ziekte of aandoening de patiënt lijdt.

Wie verricht de diagnostiek?

Alhoewel de wet BIG een ieder toestaat de geneeskunst uit te oefenen, behoudens een aantal voorbehouden handelingen, is de diagnostiek in de reguliere geneeskunde vooralsnog bij uitstek het terrein van de arts. (Voor de alternatieve geneeskunde is dit niet het geval). Bepaalde onderzoeken kunnen weliswaar door niet-medicus uitgevoerd worden, de opdracht ertoe en de beoordeling van de uitslagen vindt door de arts plaats. Ook in andere landen behoort de diagnostiek bij uitstek tot het domein van de arts.

Slechts op zeer specifieke terreinen vindt diagnostiek, of beter gezegd specifiek onderzoek, zelfstandig plaats door niet-medicus. Als voorbeeld kan de optometrist worden genoemd, die de oogdruk meet. Bij een afwijkende waarde wordt de cliënt/patiënt geadviseerd een arts te consulteren. Ook de mondhygiënist en fysiotherapeut kan diagnostische taken verrichten.

5. Behandeling

Na of parallel aan de diagnostiek kan er behandeling plaatsvinden. Deze kan vele vormen aannemen, bijvoorbeeld medicamenteus, chirurgisch of radiotherapeutisch.

Wie behandelt?

In tegenstelling tot de diagnostiek, wordt in de reguliere geneeskunde de behandeling niet tot het exclusieve terrein van de arts gerekend. Ook andere beroepsbeoefenaren, zoals fysiotherapeuten, mondhygiënisten, logopedisten, kunnen behandelingen uitvoeren. Deze behandelingen worden evenwel in de regel alleen door de verzekeraar vergoed, als ze plaatsvinden op verwijzing van een arts.

Een aantal behandelingen, de 13 clusters voorbehouden handelingen uit de wet BIG, zijn voorbehouden aan de arts en, voor enkele daarvan ook aan de verloskundige en tandarts. Het betreft bijvoorbeeld chirurgische ingrepen, catheterisaties, injecties, puncties. De arts mag deze voorbehouden handelingen uit laten voeren door anderen. Hij of zij moet zich dan wel overtuigen van de bekwaamheid van de ander om de handeling naar behoren uit te kunnen voeren. Daarnaast moet hij of zij toezicht houden en in moeten kunnen grijpen, indien nodig.

Op deze laatste twee voorwaarden is voor verpleegkundigen, ambulanceverpleegkundigen en mondhygiënisten een uitzondering gemaakt. Zij mogen wel zonder toezicht bepaalde handelingen verrichten. Zo is het geven van injecties voor verpleegkundigen min of meer routinewerk en ambulanceverpleegkundigen mogen hartdefibrillaties doen (zie ook de juridische achtergrondstudie bij het advies).

Een aantal voorbehouden handelingen worden in de praktijk niet gedelegeerd aan anderen, maar exclusief door de arts uitgevoerd, zoals chirurgische ingrepen, endoscopieën en hartkatheterisaties.

Met de komst van nurse practitioners, die een aantal taken van de huisarts overnemen, vindt nu ook in Nederland een zekere taakverschuiving plaats. In het buitenland is men al verder. Daar behandelen deze gespecialiseerde verpleegkundigen bepaalde patiëntengroepen, bijvoorbeeld diabetici of longpatiënten.

In een Engels onderzoek is gekeken naar de kwaliteit van de zorg, geleverd aan chronische patiënten met bronchiëctasieën, een longaandoening, door deze nurse practitioners en door artsen. Er werd geen significant verschil gevonden tussen de kwaliteit van zorg, gemeten in klinische en kwaliteit van leven parameters. De conclusie van de studie was dan ook dat de

zorg, geleverd door nurse practitioners, voor deze chronische patiënten even veilig en effectief was als die geleverd door artsen. Wel bleken ze door een kennelijk meer voorzichtige, risicomijdende houding meer kosten te genereren (Edmunds, 2002, zie verder ook bijlage 8 over de kosteneffectiviteit van taakherschikking).

6. Mogelijkheden voor taakherschikking

Sinds de invoering van de Wet op de uitoefening van de geneeskunst in 1865 is er veel veranderd in de gezondheidszorg. Hadden artsen toen het alleenrecht om op het terrein van de geneeskunst werkzaam te zijn, in de loop der tijd kregen verschillende andere beroepsgroepen, zoals verloskundigen, tandartsen, paramedici en fysiotherapeuten, beperkte deelbevoegdheden. Met de komst van de wet BIG is het alleenrecht van artsen beperkt tot een aantal voorbehouden handelingen.

De ervaring uit het verleden leert dat veel taken, waarvan men in eerste instantie van mening was dat deze alleen door artsen op adequate wijze uitgevoerd kunnen worden, heel goed door anderen uitgevoerd kunnen worden. In het voorgaande zijn daar een aantal voorbeelden van gegeven.

De verwachting is dat deze trend zich voortzet. Een belangrijke factor hierbij is wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen.

6.1 Wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen

De afgelopen decennia hebben grote wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen laten zien en het eind is zeker nog niet in zicht.

De wetenschappelijke kennis over ziekten is sterk toegenomen en neemt, met name door de biowetenschappelijke revolutie, nog steeds sterk toe. In de achtergrondstudie Biowetenschap en beleid bij het gelijknamige advies is deze ontwikkeling beschreven (RVZ, 2002). Al deze kennis is niet meer door één persoon te bevatten. Dit is de reden dat in de loop der tijd allerlei medische specialismen zijn ontstaan.

De toepassing van de wetenschappelijke methode maakt de geneeskunst meer en meer tot geneeskunde. De 'klassieke' artsen schermde hun domein af van anderen. Geneeskunde was, zoals de term al aangeeft, een kunst, een gave, die men niet zomaar kan leren. Het vereiste een lange studie en ervaring opdoen in de praktijk. Door deze sterke gezamenlijke identiteit kunnen echter 'collectieve dwalingen' ontstaan. Zo waren artsen enkele eeuwen geleden overtuigd van de heilzame werking van aderlaten. Heersende, foutieve, opvattingen ter discussie stellen, vereiste veel moed en doorzettingsvermogen, zoals Semmelweiss ondervond bij zijn pleidooi voor desinfectie ter voorkoming van kraamvrouwenkoorts. De wetenschappelijke feiten werden simpelweg ontkend.

De muren rond de geneeskunde zijn inmiddels voor het grootste deel geslecht en gesteld mag worden dat de vooruitgang op dit terrein vooral te danken is aan ontwikkelingen op andere wetenschapsterreinen, zoals de biochemie, moleculaire genetica en ICT.

De geneeskunde wordt steeds meer evidence based: men neemt niet meer klakkeloos aan dat iets werkt, maar er moet wetenschappelijk aangetoond worden dat dit ook daadwerkelijk het geval is.

De wetenschappelijke aanpak houdt in, dat een probleem logisch en systematisch wordt benaderd en oplossingen, veelal statistisch, worden getoetst. Voor de geneeskunde mondt dit uit in de ontwikkeling van protocollen en richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van ziekten.

Sommigen spreken bij geneeskunde op basis van protocollen en richtlijnen met afschuw van 'kookboekgeneeskunde'. De ingang van dit kookboek wordt gevormd door de klacht van de patiënt, bijvoorbeeld hoofdpijn. Door het betreffende 'hoofdpijnrecept', - in feite bestaat het protocol uit een beslisboom - stapsgewijs te volgen, komt men tot de diagnose. Uitgaande van de diagnose geeft het behandelingsprotocol de stappen voor de behandeling aan.

Geprotocolleerde medische kennis kan in een computer opgeslagen worden, waardoor het in principe mogelijk is dat de computer de diagnose stelt. Vooralsnog is dit in zijn algemeenheid nog niet haalbaar, maar in de toekomst waarschijnlijk wel. Zo hield men het tot voor een aantal jaren ook niet voor mogelijk, dat een computer de wereldkampioen schaken zou ver-

slaan. Er zijn reeds computerprogramma's die gegevens over klachten, verschijnselen en ziektegeschiedenis van de patiënt koppelen aan een database van literatuurgegevens. Een dergelijk programma stelt vele vragen over de klachten van de patiënt en komt met een lijst van mogelijke ziekten en mogelijke behandelingen.

Een ander voorbeeld is de eerder besproken telefonische triage. Een dergelijke dienst leunt zwaar op informatietechnologie in de vorm van een speciaal computerprogramma dat de telefoniste ondersteunt. Dit computerprogramma maakt het mogelijk, dat er lager gekwalificeerd personeel achter de telefoon zit. Zoals in het voorgaande is besproken, spitst de discussie zich toe op de vraag welke kwalificaties nodig zijn om, ondersteund door het computerprogramma, goede kwaliteit te leveren.

Op bepaalde, specifieke terreinen kan de computer reeds zelfstandig beslissingen nemen. Zo kan de computer ECG's analyseren. Een toepassing hiervan zijn defibrillatoren, die zelf de aard van een hartritmestoornis bepalen en de computer besluit zelfstandig tot het al of niet geven van een elektrische shock. Een dergelijke defibrillator kan door leken veilig bediend worden, immers het systeem geeft alleen maar een stroompuls als er daadwerkelijk sprake is van een levensbedreigende situatie. Juridisch kan dit echter problemen opleveren, defibrilleren is immers een voorbehouden handeling.

Met deze voorbeelden zijn we op het terrein van de technologie gekomen. Hier zijn volop ontwikkelingen. In de verkennde studie Technologische innovatie (RVZ, 2000) wordt een globaal overzicht gegeven. Had de arts een eeuw geleden slechts een handvol instrumenten, zoals de stethoscoop, beschikbaar om de patiënt te onderzoeken, tegenwoordig staan hem of haar legio onderzoeksmogelijkheden ter beschikking, van een groot aantal chemische bepalingen van lichaamsvloeistoffen, tot allerlei beeldvormende technieken, zoals echo, MRI en CT-scan, waarmee in het lichaam gekeken kan worden, zonder dit te hoeven opensnijden.

Een ander voorbeeld waarbij de computer diagnoses ondersteunt is de beoordeling van moedervlekken op kwaadaardigheid. Dergelijke systemen zijn reeds op de markt. Met een speciale videocamera wordt een opname gemaakt van de verdachte moedervlek. Deze opnamen worden door een computerprogramma geanalyseerd, waarna het programma de kans

aangeeft dat de moedervlek kwaadaardig is. Om een dergelijk systeem te kunnen bedienen, heeft men geen medische opleiding te bezitten. Men zou zich in de toekomst de situatie voor kunnen stellen, waarbij iemand die een moedervlek verdacht vindt, bijvoorbeeld doordat deze jeukt, bloedt of groter wordt, naar een locatie gaat waar een dergelijk apparaat aanwezig is. Dit hoeft niet per se een ziekenhuis of huisartsenpraktijk te zijn. Als het apparaat aangeeft, dat de kans reëel is dat de moedervlek inderdaad kwaadaardig is, gaat de patiënt direct naar het ziekenhuis, waar een nurse practitioner een biopsie neemt dat nader wordt onderzocht. Nadat de uitslag bekend is komt de patiënt pas voor de eerste keer bij een arts, in dit geval de dermatoloog, en wordt de definitieve diagnose gesteld en eventueel een behandelplan opgesteld.

Ook op het terrein van de behandeling zijn er ontwikkelingen. Zo is er bijvoorbeeld een implanteerbaar insulinepompje, dat zelfstandig het glucosegehalte in het bloed meet en afhankelijk van de gemeten waarde de hoeveelheid insuline regelt. Juridisch interessant is om dit te vergelijken met een diabetesverpleegkundige. Hij of zij mag niet zelfstandig insuline voorschrijven en de dosering aanpassen. Mag een geïmplanteerd pompje dit wel en zo ja, onder wiens verantwoordelijkheid doet het pompje dit? (Juridisch is hier overigens geen probleem, want een dergelijk pompje is een medisch hulpmiddel, waarbij de fabrikant verantwoordelijk is voor het goed functioneren ervan.)

7. Conclusie

Er is niet veel wetenschappelijke literatuur beschikbaar die rechtstreeks de kwaliteit vergelijkt van dezelfde taken die door verschillend gekwalificeerde personen wordt verricht. Een groot probleem is, dat er weinig harde gegevens beschikbaar zijn over de kwaliteit van het medisch handelen. Uit de beperkte gegevens die beschikbaar zijn, komen evenwel geen signalen, dat de taakherschikking die in de praktijk reeds heeft plaatsgevonden tot problemen heeft geleid.

Mede door de wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen nemen de mogelijkheden voor taakherschikking toe. Het is dan ook wenselijk dat hier flexibel op kan worden ingespeeld.

De vraag is hoe dit het beste kan. Er zijn verschillende opties. Zo kan men nieuwe zelfstandige specialisaties erkennen, bijvoorbeeld die van de diabetesverpleegkundige. Het gevaar hiervan is evenwel, dat er nieuwe domeinen worden gecreëerd, die door de betreffende beroepsgroep door onderlinge afspraken exclusief geclaimd en in stand gehouden gaan worden. Dit gevaar bestaat met name als de beroepsgroep zelf invloed heeft op wie tot de beroepsgroep c.q. specialisatie toegelaten wordt.

Een andere optie is om niet uit te gaan van beroepen, maar van taken. Een ieder die kan aantonen, dat hij of zij een betreffende taak naar behoren geheel zelfstandig kan uitvoeren, zou toegestaan moeten worden die taak ook daadwerkelijk zelfstandig uit te oefenen. Dit zou losgekoppeld moeten zijn van beroepsgroepen. Een bepaalde specifieke taak zou dan door verschillende beroepsbeoefenaren uitgeoefend kunnen worden. Dit is analoog aan de situatie in vele andere sectoren van de maatschappij. Zo kan een directeur van een onderneming econoom zijn, maar ook jurist of ingenieur of helemaal geen universitaire opleiding bezitten.

Nu is dit een extreem voorbeeld. Voor veel taken in de gezondheidszorg is een zekere medische basiskennis noodzakelijk. De vraag is evenwel hoe breed en diepgaand deze moet zijn. Dit zal per taak nagegaan moeten worden. Kan alleen een arts, na een studie van zes jaar en een daaropvolgende specialisatie tot chirurg, laparoscopisch een galblaas verwijderen? Anderen die over een goede handvaardigheid en oog-handcoördinatie beschikken, kunnen dit waarschijnlijk net zo goed of misschien nog wel beter, uiteraard na een gedegen training.

In beginsel biedt de wet de mogelijkheid hiertoe. Immers, anderen dan de arts, mogen, mits bekwaam, onder zijn of haar supervisie en begeleiding voorbehouden handelingen verrichten. Binnen de huidige regelgeving is het dus toegestaan, dat bijvoorbeeld een operatieassistent een galblaasoperatie verricht. De genoemde voorwaarden waaronder dit is toegestaan, belemmeren echter taakherschikking.

Om taakherschikking te bevorderen, is het dan ook gewenst dat de bevoegdheden van andere beroepsbeoefenaren, zoals verpleegkundigen en operatieassistenten, worden verruimd. Als zij bewezen hebben bekwaam een bepaalde taak uit te kunnen oefenen, dan zouden zij deze taak ook zelfstandig moeten mogen uitvoeren. Door middel van bijvoorbeeld een

systeem van certificering zou de bekwaamheid van betrokkenen kenbaar gemaakt kunnen worden.

Voor veel medische taken hoeft de kennis niet zo breed en op academisch niveau te zijn. Hier ligt een taak van de overheid om als bewaker van de kwaliteit van zorg de bij de betreffende taak behorende opleidingseisen en eindtermen vast te stellen en te toetsen. Certificering zou dan in de vorm van erkende diploma's vormgegeven kunnen worden.

Voor een aantal taken zal een brede medische kennis op academisch niveau vereist zijn en blijven. Hierbij kan met name gedacht worden aan de diagnosestelling bij klachten en verschijnselen die moeilijk geduid kunnen worden, bijvoorbeeld hoofdpijn of buikpijn van onduidelijke herkomst en die vele oorzaken kunnen hebben. Het zijn veelal de eersten in de zorgketen die hiermee geconfronteerd worden, zoals de huisarts en in de tweede lijn, de internist. Voor deze functies is feitelijk de meest brede diagnostische kennis en ervaring nodig. De benodigde breedheid is evenwel door een enkel individu niet te omvatten, zodat specialisatie noodzakelijk is. Voor wat de diagnostiek betreft, ligt het dan voor de hand om dit te doen langs de lijnen van symptomen. Deze vormen immers de ingang voor de diagnostiek. Zo zou men kunnen denken aan een hoofdpijn- of buikpijn- of moeheidsspecialist. Dit is een geheel andere indeling dan de huidige, orgaangerichte indeling van medische specialismen. Het zou een ingrijpende taakherschikking binnen de medische professie betekenen. Wellicht moet hierbij het voortouw genomen worden door nieuwe opleidingen. De recentelijk gestarte opleiding tot acute hulparts is hiervan een goed voorbeeld.

Veel van de taken op het terrein van de behandeling en controle van (vaak chronische) patiënten zijn sterk routinematig en strak te protocolleren. Het zijn met name deze taken die voor taakherschikking buiten de medische professie in aanmerking komen. De geschiedenis leert, dat veel taken die aanvankelijk door de medische beroepsgroep geclaimd werden, in de praktijk ook door anderen, veelal lager gekwalificeerden, naar volle tevredenheid uitgevoerd kunnen worden.

L. Ottes, arts, projectmedewerker

Literatuur

Allen-Davis, J.T., et al. Assessment of vulvovaginal complaints: accuracy of telephone triage and in-office diagnosis. *Obstetrics Gynecology*, 99, 2002, no. 1, p. 18-22.

Ardagh, M.W., et al. Effect of a rapid assessment clinic on the waiting time to be seen by a doctor and the time spent in the department, for patients presenting to an urban emergency department: a controlled prospective trial. *The New Zealand Medical Journal*, 115, 2002, no. 1157.

Bellemakers, C. Waar blijft de regie?: eigen indicatiestelling door RIO verre van onafhankelijk. *Tijdschrift voor gezondheid, burgerschap en politiek*, 19, 2001, no. 1, p. 46-53.

Committee of Public Accounts, House of Commons. 'NHS Direct in England', fortieth Report of Session 2001-2002. London: The Stationery Office, 2002.

Department of Health. Raising standards for patients: new partnerships in out-of-hours care. London: The Stationery Office, 2000.

Department of Health. The New NHS: Modern, dependable. Cmd 3807. London: The Stationery Office, 1997.

Draaisma, J.M.Th. Evaluation of Traumacare. Nijmegen: KUN, 9 oktober 1987. Proefschrift Nijmegen.

Ebbens, E.H. en M.C. de Bruijne. Geneeskundige zorg buiten kantooruren in Almere. *Huisarts en Wetenschap*, 43, 2000, no. 12, p. 511-513.

Editorial Lancet. Nurse telephone-triage. *The Lancet*, 357, 2001, no. 9253, p. 323.

Fernandes, et al. How reliable is emergency department triage? *Annals Emergency Medicine*, 34, 1999, no. 2, p. 141-147.

Fries, J.F., et al. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. The Health Project Consortium. *New England Journal of Medicine*, 329, 1993, no. 5, p. 321-325.

Frisbee, S.J., et al. Urban Wisconsin pediatric patient using after-hours telephone triage service: outcomes and compliance. *Wisconsin Medical Journal*, 100, 2001, no. 5, p. 55-58.

George, S. Editorials. NHS Direct audited. *British Medical Journal*, 324, 2002, no. 7337, p. 558-559.

Goris, R.J.A. Ongevalsdoden: 25% minder in het jaar 2000. *Medisch Contact* 1989, no. 20, p. 679-81.

IJzermans, C.J., et al. Contacten buiten de kantooruren: klachten gepresenteerd aan de huisarts en aan de Spoedeisende Hulp. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 146, 2002, no. 30, p. 146.

Kilner, T. Triage decisions of prehospital emergency health care providers, using a multiple casualty scenario paper exercise. *Emergency Medical Journal*, 19, 2002, no. 4, p. 348-353.

Marsden, J. An evaluation of the safety and effectiveness of telephone triage as a method of patient prioritization in an ophthalmic accident and emergency service. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 2000, no. (2), p. 401-409.

Moore, J.D., et al. An analysis of patient compliance with nurse recommendations from an after-hours call center. *American Journal of Managed Care*, 8, 2002, no. 4, p. 343-351.

Munro, J., et al. Impact of NHS Direct on demand for immediate care: observational study. *British Medical Journal*, 321, 2000, no. 7254, p. 150-153.

O'Cathain, et al. How helpful is NHS Direct? Postal survey of callers. *British Medical Journal*, 320, 2000, no. 7241, p. 1035.

O'Connell, J.M., J.L. Stanley en C.L. Malakar. Satisfaction and patient outcomes of a telephone-based nurse triage service. *Managed Care*, 10, 2001, no. 7, p. 55-6, 59-60, 65.

Pettinari, C.J. en L. Jessopp. Your ears become your eyes: managing the absence of visibility in NHS Direct. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 2001, no. 5, p. 668-675.

Sadler, M., et al. NHS Direct audited. *British Medical Journal*, 325, 2002, no. 5, p. 164.

Sharples, L.D., et al. A randomised controlled crossover trial of nurse practitioner versus doctor led outpatient care in a bronchiectasis clinic. *Health Technology Assessment*, 6, 2002, no. 27.

Smith, K. Telephone health care: it's more than just a phone call. *Pediatric Nursing*, 25, 1999, no. 4, p. 423-429.

Tambimuttu, J., R. Hawley en A. Marschall. Nurse-initiated x-ray of isolated limb fractures in the emergency department: research outcomes and future directions. *Australian Critical Care*, 15, 2002, no. 3, p. 119-122.

Tawfik, R.D. Introducing nurse telephone triage into primary care. *Nursing Standard*, 15, 2000, no. 10, p. 42-45.

Toon, P.D. Telephone consultations in general practice should be tested. *British Medical Journal*, 325, 2002, no. 7356, p. 164.

Turner, V.F., et al. Telephone triage in Western Australia. *The Medical Journal of Australia*, 176, 2002, no. 3, p. 100-103.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Zorgnota 2002: 23 oktober 2001, a, p. 5 en 7. Verslag van een algemeen overleg over voortgangsrapportage thuiszorg en de notitie over mantelzorgondersteuning*. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2001-2002. No. 28008-3.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Brief van de staatssecretaris van VWS over indicatiestelling*. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2001-2002. VWS0001674.

UCLA-report. Telephone, in-person triage of same patients often don't agree, UCLA study concludes. *Data Strategies and Benchmarks*, 3, 1999, no. 6, p. 94-95.

Vickery, D.M. en W. D. Lynch. Demand management: enabling patients to use medical appropriately. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 37, 1995, no. 5, p. 551-557.

Bijlage 8

Kosteneffectiviteit van taakherschikking

1. Inleiding

In deze bijlage wordt aandacht besteed aan wat in de (internationale) literatuur te vinden is over de kosteneffectiviteit van taakherschikking. Taakherschikking wordt gedefinieerd als het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen. Anders dan bij functiedifferentiatie gaat het bij taakherschikking dus om taken die gekoppeld worden aan beroep(en)sgroepen en niet aan functies. Verder wordt er op gewezen, dat het gaat om processen met een structureel karakter.

Het merendeel van het onderzoek naar de kosteneffectiviteit van taakherschikking heeft betrekking op twee beroepsgroepen: de Nurse Practitioner (NP) en de Physician Assistant (PA). Tussen de taken die zij uitvoeren, zitten niet veel verschillen. Er zijn echter wel twee belangrijke verschillen in de beroepen. Ten eerste werken NP's onafhankelijk van artsen. Zij zijn zelfstandig werkende verpleegkundigen. PA's werken onder supervisie van een arts. De arts is uiteindelijk verantwoordelijk voor het handelen van de PA. Ten tweede is de opleiding anders vormgegeven. NP's worden volgens het verpleegkundige model opgeleid. Bij PA's is de opleiding geënt op het medische curriculum.

In een kosteneffectiviteitsanalyse wordt gekeken naar wat bij een gegeven output de meest goedkope (meest kosteneffectieve) manier is om deze output te bereiken. Taakherschikking zou ervoor kunnen zorgen, dat een bepaalde kwaliteit van zorg (output) tegen lagere kosten (goedkoper) kan worden bereikt. Indien dit zo is spreken we ook wel van meer doelmatige zorgverlening. In die zin liggen kosteneffectiviteit en doelmatigheid in elkaars verlengde. Het CVZ definieert doelmatigheid van taakherschikking als 'het effect van een bepaalde vorm van taakherschikking op de uitvoeringskosten van een zorgproces gegeven een bepaalde kwaliteit van zorg'. Als de uitvoeringskosten lager zijn, is sprake van meer doelmatige en meer kosteneffectieve zorgverlening.

In de volgende paragraaf wordt een korte beschrijving gegeven van publicaties, die iets zeggen over de kosteneffectiviteit van taakherschikking. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de kosteneffectiviteit van de nurse practitioner en de physician assistant. Daarna wordt het effect van de inzet van de nurse practitioner en de physician assistant op het volume van de overheidsuitgaven beschreven. De bijlage sluit af met een conclusie en een beschouwing.

2. Literatuur over de kosteneffectiviteit van taakherschikking

In de Nederlandse literatuur is geen onderzoek te vinden over de kosteneffectiviteit van taakherschikking. De laatste twee jaargangen (2001 en 2002) van het blad Medisch Contact zijn onderzocht en het digitale archief is met trefwoorden onderzocht. Daarna is verder gezocht met behulp van verwijzingen. Wel is er in Nederland onderzoek gedaan naar taakherschikking als zodanig (Offenbeek, 2002; Broers, 2000; Schoolz-Vries, 2000; Crommentuyn, 2000; Esdonk, 2002; Ebbens, 2002; Akkersdijk, 2001; Crul, 2001; Hoedeman, 2001; Maassen, 2001; Schipholt, 2002).

De conclusie dat binnen Nederland geen onderzoek is gedaan naar de kosteneffectiviteit van taakherschikking komt overeen met een conclusie in het onderzoek 'Inventarisatie van functiedifferentiatie in Nederlandse ziekenhuizen' van Offenbeek (2002). 'Uit de interviews komt naar voren, dat tot op dit moment weinig systematische evaluaties hebben plaatsgevonden (naar de kosteneffectiviteit van taakherschikking, red.). Slechts enkele ziekenhuizen konden hierover iets vertellen en dan vaak alleen over een deel van de nieuwe functies. Meestal gaat het daarbij om een indruk, soms om een nauwkeurige meting.' Deze laatste zijn echter in de studie niet nader genoemd.

In de buitenlandse literatuur is wel enig onderzoek te vinden over de kosteneffectiviteit van taakherschikking. Vaak ging het echter om niet-economisch onderzoek naar taakherschikking 'that may permit economic analysis only as an afterthought' (Record, 1980; zie ook de conclusie van Richardson, 1998). De database van The British Medical Journal is onderzocht en van daaruit is verder gezocht met verwijzingen. De resultaten van dit onderzoek worden in het vervolg van deze paragraaf beschreven.

Richardson, et al. heeft in 1998 een uitgebreid overzichtsartikel gepubliceerd over de kosteneffectiviteit van taakherschikking.

Daarvoor heeft hij een literatuurstudie gedaan in de MEDLINE database en de database van het Ministerie van Volksgezondheid in Engeland. De MEDLINE database werd onderzocht op literatuur over taakherschikking van 1970 tot 1998. De database van het ministerie werd onderzocht van 1983 tot 1998. Aan de studies die door Richardson werden geselecteerd werden bepaalde methodologisch minimumvereisten gesteld. Vier studies werden geselecteerd (Bureau of Health Manpower, 1976; Schneider et al., 1977; Hanson, et al., 1980 en Spisso, et al., 1990). Er blijkt niet veel studie te zijn gedaan naar de kosteneffectiviteit van taakherschikking. Verder blijkt dat de studies die zijn gedaan, gedateerd zijn (1970- 1985) en vooral betrekking hebben op de USA.

Het Amerikaanse Bureau of Health Manpower (1976) geeft aan dat er kostenbesparingen mogelijk zijn, maar controleert niet of de kwaliteit van zorg (output) daarbij gelijk blijft.

De studie van Scheider en Foley (1977) toont aan, dat taakherschikking kosteneffectief is als het salaris van de 'lagere beroepsgroep' minder dan de helft bedraagt van de hogere beroepsgroep. Er wordt wederom niet gecontroleerd of de kwaliteit van zorg (output) daarbij gelijk blijft.

Hanson, et al. (1977) heeft een kosten-minimalisatiestudie uitgevoerd, waarin physician assistants worden vergeleken met artsen. Conclusie van hun studie is dat de assistants in het ene ziekenhuis kosteneffectief waren, maar dat toen de studie herhaald werd in een ander ziekenhuis dit effect niet aan te tonen was. Wederom is niet gecontroleerd of de kwaliteit van zorg (output) gelijk is gebleven. Verder heeft slechts een beperkt aantal physician assistants deelgenomen aan de studie.

Spisso (1990) heeft de rol van nurse practitioners geëvalueerd in een traumacentrum in de USA. De nurse practitioners bleken kosteneffectief. Dit werd vooral veroorzaakt door een afname van ligduur, hetgeen werd toegeschreven aan de introductie van NP's. Omdat er geen controlegroep was, is echter niet na te gaan of de afname van de ligduur toe te schrijven is aan de introductie van de NP's. Verder is het aantal onderzochte NP's klein: twee.

Bovenstaande studies hebben methodologische gebreken. Er wordt vaak niet gecontroleerd voor de output, de onderzochte populaties zijn klein en er is vaak maar binnen één praktijk onderzocht. Richardson concludeert, dat het onderzoek is gedaan in de USA in de jaren zeventig en dat het de vraag is of de uitkomsten van dit onderzoek nog van toepassing zijn in het huidige Amerika.

De toepassing van het onderzoek op de situatie in het Verenigd Koninkrijk noemt hij verwaarloosbaar.

Op basis van het onderzoek van Richardson is verder geen uitspraak mogelijk in hoeverre nurse practitioners taken overnemen (substitutie) of nieuwe taken doen (complementair). Het overnemen van taken tegen lagere kosten is kosteneffectief. Het doen van nieuwe taken en het tegemoetkomen aan een latente vraag is niet kosteneffectief. In hoeverre nurse practitioners nieuwe taken doen en tegemoetkomen aan een latente vraag is onduidelijk.

Nurse practitioner

In Engeland heeft Venning (Venning, et al., 2000) onderzoek gedaan naar de kosteneffectiviteit van nurse practitioners in de huisartsenzorg. Het ging daarbij om het eerste contact. In zijn onderzoek wordt ook niet gecontroleerd voor de kwaliteit van zorg (output). Er deden 20 huisartsen mee. Belangrijkste resultaat was dat NP's een langer spreekuur hielden, meer testen lieten doen en de patiënten vaker vroegen terug te komen. Belangrijk was ook, dat er geen verschil werd gevonden in het voorschrijfgedrag en de uiteindelijke gezondheidstoestand van de patiënten. Ook Mundinger (2000) concludeert dat er geen verschil is in de uiteindelijke gezondheidstoestand van patiënten, wanneer zij behandeld worden door huisartsen of door NP's. Wat de effecten op de gezondheidstoestand van de inzet van nurse practitioners betreft, hebben de studies echter niet kunnen aantonen of hier geen verschil in was geweest bij zeldzame, ernstige ziekten. Verder waren patiënten in het onderzoek van Venning meer tevreden over de NP's dan over de huisartsen, zelfs als werd gecontroleerd voor de lengte van het spreekuurcontact.

Bovenstaande conclusie over patiënttevredenheid is identiek aan die van de onderzoeken van Horrocks (2002), Shum (2000) en Kinnersley (2000). Horrocks heeft literatuuronderzoek gedaan naar de vraag of NP's dezelfde zorg konden leveren als huisartsen. In haar onderzoek is de kosteneffectiviteit echter niet meegenomen. Shum heeft onderzoek gedaan naar de patiënttevredenheid bij de inzet van speciaal getrainde verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk. Shum concludeert ook, dat er geen verschil is in het voorschrijfgedrag. Kinnersley heeft ook onderzoek gedaan naar de inzet van nurse practitioners in de huisartsenpraktijk. Uit zijn onderzoek blijkt ook, dat patiënten meer tevreden waren met de nurse practitioners. Kinnersley concludeert ook, dat de spreekuurcontacten van nurse practitioners langer waren.

Venning concludeert, dat er geen significant verschil in kosten van het spreekuur is tussen NP's en de huisartsen. Als NP's echter op een andere manier werken, bijvoorbeeld door korter spreekuur te houden (hetgeen de tevredenheid van de patiënten volgens deze studie niet hoeft aan te tasten) of door patiënten minder vaak te vragen terug te komen, zouden zij kosteneffectiever kunnen zijn dan de huisartsen. Zowel Venning als Horrocks (2002) concluderen echter, dat een grotere studie nodig is naar de kostenverschillen. Beiden concluderen, dat er geen goede studies bekend zijn over NP's waarin hun kosten met huisartsen worden vergeleken; dat wil zeggen dat de feitelijke kostenopbouw van beide functies in de analyse wordt betrokken. Het moet dan onder andere gaan over de kosten van kantoorruimte, apparatuur, secretariaat, verzekeringen en andere vergelijkbare zaken en verder natuurlijk het verschil in salaris.

Het effect van de inzet van een nurse practitioner is in de Nederlandse literatuur ook onderzocht. De kosteneffectiviteit is in het onderzoek echter niet meegenomen. Schlootz-Vries (2000) hebben bijvoorbeeld de patiënttevredenheid onderzocht voor en na de komst van een nurse practitioner op de chirurgische mammopolikliniek in het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Zij concluderen, dat de doelstellingen: betere bereikbaarheid, reductie wachttijden, stroomlijning van het diagnostisch traject en een betere informatievoorziening grotendeels zijn verwezenlijkt. Broers (2000) heeft de inzet van een nurse practitioner onderzocht binnen de zorggroep cardiologie van het Medisch Centrum Alkmaar. Een onderzoeksgroep van 169 bypasspatiënten liet zien, dat door de taakverschuiving de postoperatieve opnameduur daalde met ruim 30 procent. De door de komst van de nurse practitioners vermoedelijk verbeterde coördinatie en continuïteit van het zorgproces leken hiervan de belangrijkste oorzaken te zijn.

Physician assistant

Het belangrijkste onderzoek naar de kosteneffectiviteit van de physician assistant is gedaan door de American Academy of Physician Assistants (www.aapa.org). Zij trekt op basis van een jaarlijks door de Medical Group Management Association uitgevoerde studie de conclusie, dat de inzet van physician assistants kosteneffectief is. Volgens de Medical Group Management Association creëren PA's opbrengsten die veel meer zijn dan de kosten voor de werkgevers. MGMA verzamelt jaarlijks data, waarin de kosten van PA's worden vergeleken met hun opbrengsten. Volgens de data over 2000 betaalt de werkgever voor elke dollar die de PA opbrengt 33 dollarcent. Dit geldt voor de

huisartsenpraktijk. In het ziekenhuis betaalt de werkgever voor elke dollar die de PA opbrengt 32 dollarcent.

De American Academy of Physician Assistants concludeert ook dat, '...artsen die physician assistants in dienst nemen meer patiënten behandelen, meer efficiënt zijn en meer toegankelijk zijn. Artsen die een physician assistant in dienst hebben, waren in staat gemiddeld een week per jaar minder te werken, terwijl ze meer uren besteden aan consulten. Verder konden zij hun inkomen met 18 procent verbeteren'.

Uit bovenstaande conclusie is af te leiden, dat het aantrekken van een physician assistant een kosteneffectieve investering is voor de arts of het ziekenhuis die hem in dienst neemt. De physician assistant brengt meer op dan hij kost. Dit wordt onder andere veroorzaakt door de lagere salariskosten van de physician assistant. Lagere kosten van de physician assistant hoeven zich echter niet te vertalen in lagere prijzen voor de geleverde diensten. Dit vanwege het feit, dat de diensten niet geleverd worden in een competitieve omgeving. Uit onderzoek blijkt, dat de prijzen van artsen in slechts een beperkt aantal gevallen werden aangepast. Ook physician assistants die de service verbeteren zonder dat het aantal consulten in een huisartsenpraktijk vermeerderd, hebben een kostenopdrijvend effect (LeRoy, 1981).

Uit de conclusie van American Academy of Physician Assistants, dat artsen na de introductie van een physician assistant minder konden werken en tegelijkertijd meer konden verdienen, blijkt dat het arbeidspotentieel van een physician assistant de arts de mogelijkheid geeft een optimale mix te vinden tussen inkomen en vrije tijd. Het gestegen inkomen wordt meestal veroorzaakt door een toename van het aantal consulten of behandelingen, welke voor een deel door de goedkopere physician assistant wordt opgevangen (LeRoy, 1981).

Effect van de inzet van physician assistants en nurse practitioners op het volume van de overheidsuitgaven

Het bovenstaande had gevolgen voor het volume van de overheidsuitgaven in de USA. Dokterspraktijken die physician assistants (en/of nurse practitioners) in dienst hadden, deden meestal meer consulten of behandelingen. De prijs van de behandelingen daalde echter niet voldoende. Hierdoor stegen de overheidsuitgaven.

De vraag is of dit effect zich in Nederland ook zal voordoen. Het heeft vooral ook te maken met de financiering van de PA (of nur-

se practitioner). De vergoeding van een PA is in de USA altijd een bepaald percentage van het tarief dat een arts normaal gezien vergoed krijgt: 65 procent van het artsentarium werd uitgekeerd als een PA assisteerde bij een operatie, 65 procent bij werkzaamheden binnen een ziekenhuis en 85 procent bij werkzaamheden in verpleegfaciliteiten. In 1997 werd de 'Balanced Budget Act' uitgevaardigd die ervoor zorgde dat de behandelingen van PA's in alle praktijksettingen voortaan vergoed zouden worden. Voortaan werd er in alle settings 85 procent van het artsentarium uitgekeerd (Bruurs, 2002).

Het definitieve effect op de overheidsuitgaven is afhankelijk van de vraag of de vergoeding aan de physician assistants en nurse practitioners gecompenseerd wordt door een daling van de uitgaven aan medisch specialisten of artsen die hen in dienst nemen. Zoals uit bovenstaande alinea blijkt is de vergoeding van deze beroepsgroepen ten opzichte van de vergoeding aan medisch specialisten of artsen vrij fors (85 procent van het artsentarium). Zeker als men bedenkt dat de kosteneffectiviteit van taakherschikking voor een groot deel afhangt van het verschil in loonkosten. Deze uitgavendaling moet ook het eventuele volume-effect van de stijging van het aantal consulten en behandelingen tenietdoen om budgettaire neutraliteit te garanderen.

Het is de vraag of deze effecten in Nederland gerealiseerd kunnen worden. Enerzijds omdat het niet waarschijnlijk is dat artsen akkoord zullen gaan met een daling van hun inkomen om de physician assistant en de nurse practitioner budgettair neutraal te financieren. Anderzijds is evenals in de USA geen sprake van een competitieve omgeving die garant staat voor een vertaling van lagere kosten in lagere prijzen. Deze vertaling geschiedt in een gereguleerde context waardoor de overheidsuitgaven waarschijnlijk niet zullen dalen en eventueel zullen stijgen.

3. Conclusie en beschouwing

Kort samengevat is de conclusie van deze bijlage, dat veel nog onzeker is over de kosteneffectiviteit van taakherschikking. Verder blijkt uit Amerikaans onderzoek dat, mocht taakherschikking kosteneffectief zijn, het niet per se op korte termijn tot een daling van de overheidsuitgaven hoeft te leiden. In de USA steeg het volume van de overheidsuitgaven juist op korte termijn door taakherschikking.

Artsen van wie taken werden overgenomen gingen niet minder werken en minder verdienen. Zij bleven patiënten behandelen. Daarnaast wijst LeRoy (1981) erop dat artsen zich in de vrijgekomen tijd meer kunnen gaan bezighouden met complexere verrichtingen hetgeen meer uitgaven genereert. De minder complexe taken worden namelijk overgenomen.

In relatie tot het recht op zorg kan dit wel een positief effect op de wachtlijsten hebben. Op lange termijn kan taakherschikking ook tot een daling van de overheidsuitgaven leiden als in totaal minder artsen nodig zijn en de verrichtingen die zij deden door goedkopere krachten worden gedaan. Dit onder voorwaarde, dat overige omstandigheden gelijk blijven.

In de bijlage is aandacht besteed aan wat in de (internationale) literatuur te vinden is over de kosteneffectiviteit van taakherschikking. Het merendeel van het onderzoek had betrekking op de nurse practitioner en de physician assistant.

Uit de Nederlandse literatuur blijkt, dat weinig tot geen onderzoek is gedaan naar de kosteneffectiviteit van taakherschikking. In de buitenlandse literatuur is wel enig onderzoek te vinden over de kosteneffectiviteit van taakherschikking. Dit onderzoek haakt in op het niveau van het ziekenhuis en de huisarts. Het onderzoek is echter onvoldoende om een harde uitspraak te doen.

Wel blijkt dat er onder bepaalde voorwaarden mogelijkheden zijn voor de kosteneffectieve inzet van nurse practitioners en physician assistants. Zo kunnen nurse practitioners kosteneffectiever zijn dan huisartsen als zij op een andere manier werken, bijvoorbeeld door korter spreekuur te houden of door patiënten minder vaak te vragen terug te komen. Dit hoeft geen gevolgen te hebben voor de uiteindelijke gezondheidstoestand of voor de patiënttevredenheid. De patiënttevredenheid kan zelfs toenemen. Uit onderzoek naar de physician assistants blijkt dat zij een kosteneffectieve investering voor de arts of het ziekenhuis kunnen zijn. Veel blijkt af te hangen van de loonkosten. Verder blijft veelal onduidelijk in hoeverre nurse practitioners en physician assistants taken overnemen (substitutie) of nieuwe taken doen (complementair werken). Als er sprake is van complementair werken, wijst dat op tegemoetkomen aan een latente vraag.

Als daadwerkelijk taakherschikking plaatsvindt en nurse practitioners en physician assistants structureel taken gaan overnemen van artsen kunnen er op lange termijn - indien de overige omstandigheden gelijk blijven - minder artsen nodig blijken te zijn. Dit kan

een daling van de overheidsuitgaven tot gevolg hebben. Deze redenering doet opgeld onder de voorwaarde dat men tevreden is over de huidige kwaliteit en toegankelijkheid van huisartsen en medisch specialisten. Een andere redenering is dat nurse practitioners en physician assistants achterstanden met betrekking tot kwaliteit en toegankelijkheid binnen de zorg wegnemen, waarbij het huidige artsenaanbod op hetzelfde niveau blijft.

Tenslotte dient opgemerkt te worden dat de verwachting, dat taakherschikking op korte termijn tot hogere overheidsuitgaven kan leiden, anders kan worden als door de introductie van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) prijsconcurrentie in de zorgsector geïntroduceerd wordt. Ziekenhuizen krijgen dan meer belang bij lage prijzen van behandelingen omdat dit een factor wordt bij de onderhandelingen met de verzekeraars. Kostendalingen kunnen in een dergelijke competitieve omgeving direct prijsdalingen tot gevolg hebben. Tevens kan het meer directe belang bij prijsdalingen het innovatieve vermogen van ziekenhuizen op dit punt versterken. Er moet echter voor worden gewaakt dat dit niet ten koste gaat van de kwaliteit.

Drs. E.G. Brummelman, projectmedewerker

Literatuur

- Akkersdijk, W.L., et al. Gestroomlijnde patiëntenzorg: Telefonische intake op de polikliniek biedt voordelen. *Medisch Contact*, 56, 2001, no. 40, p. 1453-1455.
- Broers, C.J.M., et al. De nurse practitioner als specialist. *Medisch Contact*, 2000, 55, no. 33/34.
- Crommentuyn, R. Opleiding: De physician assistant is geen loopjongen. *Medisch Contact*, 57, 2002, no. 18.
- Crul, B.V.M. Huiver voor het avontuur: Centrale doktersposten pas sinds kort populair. *Medisch Contact*, 56, 2001, no. 51/52, p. 1883-1885.
- Ebbens, E. Delegeren in de huisartsenpraktijk: praktijkondersteuner kan kwart van de hulpvragen opvangen. *Medisch contact*, 57, 2002, no. 12, p. 463-465.
- Esdonk, H.G.J. van, et al. Ruimte op de intensive care: Een consultatieve taak voor intensive-careverpleegkundigen. *Medisch Contact*, 57, 2002, no. 15, p. 586-588.
- Hoedeman, R. Verzuimbegeleiding als teamwork: Bedrijfsverpleegkundige kan bedrijfsarts ontlasten. *Medisch Contact*, 56, 2001, no. 42, p. 1542- 1544.
- Horrocks, S., et al. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*, 2002, no. 324, p. 819-823.
- Johns, R. Hiring a PA: the Benefits for Physicians and Practices, 2002 (www.aapa.org).
- Kinnersley P., et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting 'same day' consultations in primary care. *British Medical Journal*, 2000, no. 320, p. 1043-1048.
- LeRoy, L., et al. The costs and effectiveness of nurse practitioners: case study #16. San Francisco: University of California, 1981.
- Maassen, H. Nu ik hier werk, komen patiënten makkelijker langs: Aletta Hektor, nurse practitioner in het hoge noorden. *Medisch Contact*, 56, 2001, no. 20, p. 778-780.

Medical Group Management Association. Physician Compensation and Production Survey. Colorado, 2001.

Mundinger, M.O., et al. Primary care outputs in Patients treated by nurse practitioners or physicians. JAMA, 283, no. 1, p. 59-68.

Offenbeek, M.A.G. van, et al. Een waaier van nieuwe functies. Medisch Contact, 57, 2002, no. 21.

Offenbeek, M.A.G. van, et al. Inventarisatie van functiedifferentiatie in Nederlandse ziekenhuizen. Groningen, 2002.

Record, J.C., et al. New health professions after a decade and a half: delegation, productivity and costs in primary care. Journal of health politics, policy and law, 1980, no 5., p. 470-497.

Schipholt, I.L. Tweerichtingsverkeer: Transmuraal centrum in Houten. Medisch Contact, 57, 2002, no. 28/29, p. 1065-1067.

Schlooz-Vries, M.S., et al. Patiënten tevreden over nurse practitioner. Medische Contact, 55, 2000, no. 2.

Shum, C., et al. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. British Medical Journal, 2000, no. 320, p. 1038-1043.

Venning, P., et al. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. British Medical Journal, 2000, no. 320, p. 1048-1053.

Bijlage 9

Lijst van afkortingen

AmvB	Algemene maatregel van Bestuur
ARP	Anticipated recovery pathway
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BMA	British Medical Association
CT	Computarized Tomography
CVA	Cerebraal Vasculair Accident
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandel Combinaties
ECG	Electro Cardio Gram
EHBO	Eerste Hulp Bij Ongevallen
epd	electronisch patiëntendossier
hbo	hoger beroepsonderwijs
HMO	Health Maintenance Organization
ICT	Informatie- en Communicatie Technologie
IHA	Integrated Healthcare Association
IOM	Institute of Medicine
IT	Informatie Technologie
LCVV	Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
MCZ	Modernisering Curatieve Zorg
MDW	Marktwerking Deregulering- en Wetgevingskwaliteit
MGMA	Medical Group Management Association
MRI	Magnetic Resonance Imaging
NHS	National Health Service
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NP	Nurse Practitioner
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
OC & W	Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OK	Operatiekamer
PA	Physician Assistant
RCN	Royal College of Nursing
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SEH	Spoed Eisende Hulp
USA	United States of America
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheid
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsover- eenkomst
WOG	Wet op de geneesmiddelenvoorziening
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WUG	Wet uitoefening geneeskunst
WVG	Wet voorzieningen gehandicapten
ZFW	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 10

Literatuur

Advokaat, J.G.A. Mondhygiënist met de boor. Tandartspraktijk, 23, 2002, no. 9, p. 1.

Algera, M en Ch.M. Scholten. Taakverschuiving arts richting verpleegkundige; hoofdrapport. Leiden: Research voor beleid, april 1998.

Algra, W. De verdieping: aan het lijntje van de dokter. Trouw, 26 juli 2002.

Ankoné, J.C.M. en R.E. Klein. De spiegel van het nieuwe Engelse huisartsencontract. Zorg Aan Zet, 2002.

Audit Commission. A Focus On General practice in England. Wetherby: Audit Commission Publications, 2002.

Bemmel, N. van. Apotheker nieuwe stijl houdt spreekuur. De Volkskrant, 17 januari 2002.

Bemmel, N. van. Onder het mes bij de hulpdokter. De Volkskrant, 28 september 2002.

Bemmel, N. van. Patienten: veel klachten over nieuwe huisartsenposten. De Volkskrant, 21 mei 2002.

Bemmel, N. van. Superzuster in Nieuwolda. De Volkskrant, 15 juni 2002.

Borst-Eilers, E. Standpunt op evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2002.

Broers, C.J.M., et al. De nurse practitioner als specialist. Medisch Contact, 55, 2002, no. 33/34.

Bruinsma, J. Telefoon vervangt de huisarts. De Volkskrant, 18 mei 2002.

Buchan, J. New Work, New Workers or new ways of working?; multiskilling and the healthcare workforce. Commonwealth Secretariat, 25 - 29, 2001.

Bugel, P. Goedkoop. Volkskrant, 16 maart 2002.

Calsbeek, H., et al. Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland. Maarssen; Utrecht: Elsevier Gezondheidszorg: LCVV, 2001.

Claessens, B. Tandartsen huiverig voor discussie over teamconcept: tandartsen discussieren over het ondernemerschap en de vraag of de solopraktijk moet plaats maken voor teamwerk. De kwestie blijkt een heet hangijzer. Health Management Forum, 7, 2001, no. 3, p. 20-21.

Commissie Marktprikkels Medische Opleidingen. Advies: capaciteit en bekostiging. Zoetermeer: Commissie Marktprikkels Medische Opleidingen, 2002.

Commissie Modernisering Eerste Lijn. Een perspectief voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: 2002.

Crommentuyn, R. De physician assistant is geen loopjongen: opleiding tot 'tussendokter'start naar verwachting in 2003. Medisch Contact, 37, 2002, no. 18, p. 698-700.

Dyer, O. BMA suggests nurses could become gatekeepers of the NHS. British Medical Journal, 324:565, 2002.

Eggink, I. Patient met hartfalen leeft langer en beter door speciale hulp. Telegraaf, 8 augustus 2002.

House of Commons Committee of Public Accounts. NHS Direct in England; fortieth Report of Session 2001-02, together with Proceedings of the Committee and Minutes of Evidence. Londen: The Stationery Office Limited, 2002.

Huisartsen maken zich zorgen over belcentra. BN/De Stem, 18 mei 2002.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Jaarrapportage 2000. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2001.

Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century: Washington, D.C.: National Academy Press, 2001.

Kerckhoffs, A. Een tandje hoger in de tandheelkunde: een onderzoek naar de juridische mogelijkheden en/of beperkingen voor delegatie aan de kindertandverzorgende en preventie-assistent. Doctoraalscriptie Rotterdam; Nijmegen: Erasmus Medisch Centrum: Universitair Medisch Centrum St. Radboud, 2002.

Lewis, R. Nurse-led primary care learning from PMS pilots. London: King's Fund, 2001.

Lewis, R., S. Gillam and C. Jenkins. Personal medical services pilots: Modernising primary care? London: King's Fund 2001.

Maas, I.A.M., et al. Volksgezondheid, Toekomst Verkenningen 1997. De gezondheidstoestand: een actualisering. Maarssen: Elsevier: De Tijdstroom, 1997.

Maes, A., et al. Triage is een taak van de huisarts. De Huisarts in Nederland, 2002, no. 6, p. 18 en 19.

Makely, S. Multiskilled Health Care Workers: Issues and Approaches to Cross-Training. Bloomington: Pine Ridge Publications, Inc., 1998.

MDW-werkgroep Toetredingsbelemmeringen medische beroepen. Nooit meer wachten: minder toetredingsbelemmeringen voor medische beroepen. Den Haag: MDW werkgroep Toetredingsbelemmeringen medische beroepen, 2001.

Most, M. van der. Advanced nursing practice in Nederland. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 2002, no. 8, p. 16-19.

Nederlandse Patienten Consumenten Federatie. Een integrale visie op patienten/consumentenbeleid in Nederland voor de jaren 2002-2006. Utrecht: NPCF, 2002.

Nijland, A. De praktijkassistente in de huisartspraktijk: progressie in professionalisering. Proefschrift Groningen. Groningen: Rijksuniversiteit, 1991.

NRC Handelsblad, 3 februari 2001, p. 6.

Ooijendijk, W.T.M., et al. Haalbaarheidsstudie directe toegankelijkheid fysiotherapie. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002.

Pelt, R. van. De mondzorgkundige: profiel van een nieuwe professie: praatjes of gaatjes. Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting, 19, 2002, no. 1, p. 12.

Projectgroep Medisch opleidingscontinuum. De arts van straks. Wijk bij Duurstede: Hentenaar, 2002.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. E-health in zicht. Zoetermeer: RVZ, 2002.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Volksgezondheid en zorg. Zoetermeer: RVZ, 2001.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Zorgarbeid in de toekomst (achtergrondstudie bij het advies Zorgarbeid in de toekomst). Den Haag: Sdu Uitgevers, 1999.

Salisbury, C. What is the role of walk-in centres in the NHS? British Medical Journal, 324, 2002, no. 7334, p. 399 - 402.

Schlooz-Vries, M.S., et al. Patiënten tevreden over nurse practitioner: duidelijke verbetering op chirurgische mammapolikliniek. Medisch Contact, 55, 2000, no. 2, p. 48-50.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Sociaal en cultureel rapport 2002: de kwaliteit van de quartaire sector. Den Haag: SCP, 2002.

Strawn. C.E. Niet fragmenteren, maar tandarts centraal stellen. Nederlands Tandartsenblad, 57, 2002, no. 5, p. 163-165.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit. Verslag van een algemeen overleg: arbeidsmarktbeleid/capaciteitsbeleid medische, verplegende en verzorgende beroepen. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2001-2002. No. 24036-77.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit. Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen. MDW-werkgroep Toetredingsbelemmeringen

medische beroepen: Rapport 'Nooit meer wachten'; een plan voor verdere implementatie van het MDW-traject. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2001-2002. No. 24036-262.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit. Verslag van een schriftelijk overleg, inzake het MDW-werkgroep Toetredingsbelemmeringen medische beroepen: Rapport 'Nooit meer wachten'; Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2001-2002. No. 24036-243.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Nota over de toestand van 's Rijks Financien. Brief van de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, inzake stand van zaken uitvoering motie opleidingscapaciteit huisartsentekort. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2001-2002. No. 28000-23.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Notitie over de Wet tarieven gezondheidszorg: Speelruimte en verantwoordelijkheid. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1999-2000. No. 27156-2.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vaststelling van de begroting van de uitgaven en ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2001. Brief van de Minister: standpunt bij het eindrapport Adviesgroep capaciteit mondzorg. Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27400 XVI-52.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Zorgnota 2002. Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met het 'plan van aanpak capaciteit zorgverleners'. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2001-2002. No. 28008-7.

UCSF Center for the Health Professions, The Pew Health Professions Commission. Charting a course for the 21st century: physician assistants and managed care. Executive Summary: the physician assistant. London: King's Fund, 2001.

Universiteit Twente. Voorstel voor een opleiding Technische geneeskunde. Enschede: Universiteit Twente, 2002.

Velden, L.F.J. van der, et al. Vraag en aanbod artsen: Raming 2000-2010. Utrecht: Nivel: Prismant, 2001.

Ven, J. van der. Inspectie Gezondheidszorg maakt zich zorgen: callcenters vallen buiten de wet. *De Huisarts in Nederland*, 2002, no. 6, p. 14-16.

Wagenaar, K.J. 'Eindverantwoordelijk' is een loze term.

Werkgroep 'Modernisering Curatieve Zorg' Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. *Huisarts in de eerstelijnszorg: discussienota*. Utrecht: NPCF, 2002.

Winter, L.J.M. de. Signalement Functiedifferentiatie medisch specialistische zorg. Amstelveen: CVZ, 2002.

Wise, J. Nurse led pilot schemes succeed despite obstacles. *British Medical Journal*. 322, 2001, no. 7295, p. 1142.

Zorgverzekeraars Nederland. *Visie zorgverzekeraars op herstructurering eerstelijnszorg*. Zeist: ZN, 2002.

Bijlage 11

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties t/m 02/08 zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 19.23.24.322 t.n.v. VWS te Den Haag, o.v.v. RVZ en het desbetreffende publicatienummer. M.i.v. publicatienummer 02/09 zijn de publicaties te bestellen via de website van de RVZ (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11).

Adviezen en achtergrondstudies

02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	EUR	15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	EUR	15,00
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies bij het advies Gezondheid en gedrag)	EUR	15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	EUR	15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	EUR	15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	EUR	15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	EUR	15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	EUR	15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	EUR	15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	EUR	15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	EUR	15,00
02/05	E-health in zicht	EUR	15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00

02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	EUR	15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	EUR	13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	EUR	13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	EUR	13,61
01/08	Verzekeraarbaarheid van nieuwe gezondheids- risico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	EUR	13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	EUR	13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennde studie)	EUR	11,34
01/04E	Healthy without care	EUR	9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	EUR	19,29
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	EUR	6,81
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	EUR	13,61
00/03	De rollen verdeeld	EUR	13,61
99/26	Care en cure	EUR	11,34
99/25	Over Schotten in care en cure: opvattingen en werkwijzen (achtergrondstudie bij Care en cure)	EUR	11,34
99/23	Gezond zonder zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	EUR	9,08
99/22	Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Interculturalisatie van de gezondheidszorg)	EUR	9,08
99/21	Interculturalisatie van de gezondheidszorg	EUR	11,34
99/20	Gezondheid in al haar facetten (TNO achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	EUR	9,08
99/19	Gezond zonder zorg	EUR	9,08
99/18	Over e-health en cybermedicine (achtergrondstudie bij Patiënt en Internet)	EUR	15,88
99/17E	The Patiënt and the Internet	EUR	11,34
99/17	Patiënt en Internet	EUR	9,08
99/16	Gender en professionals in de gezondheidszorg: resultaten van een expertmeeting (achtergrondstudie bij Professionals in de gezondheidszorg)	EUR	9,08

99/15	Professionals in de gezondheidszorg	EUR	18,15
99/14	De Nederlandse zorgverzekering in het licht van het recht van de EG (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/13	Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa: een economische verkenning (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/12	The role of the European Union in Healthcare (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/11	Een nieuw drugsbeleid? Voor- en nadelen van de legalisering van drugs	EUR	13,61
99/10	Europa en de gezondheidszorg	EUR	11,34
99/10E	Europe and health care	EUR	13,61
99/09	Ethiek met beleid	EUR	11,34
99/06	Technologische, juridische en ethische aspecten van biotechnologie (achtergrondnota bij Octrooiering biotechnologie)	EUR	11,34
99/05	Octrooiering biotechnologie	EUR	13,61
99/04	Koppelings- en sturingsmechanisme: vergelijkende sectorstudie (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	EUR	11,34
99/03	Dossier verslaving en verslavingszorg (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	EUR	11,34
99/02	Verslavingszorg herijkt	EUR	11,34
98/10	Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Samenwerken aan openbare gezondheidszorg)	EUR	11,34
98/09	Samenwerken aan openbare gezondheidszorg	EUR	11,34
98/08	Zelftests	EUR	11,34
98/07	Maatschappelijk ondernemen in de zorg (achtergrondnota bij Tussen markt en overheid)	EUR	11,34
98/06	Tussen markt en overheid	EUR	9,08
98/05	Transmurale zorg: redesign van het zorgproces (achtergrondstudie bij Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief)	EUR	9,08
98/04	Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief	EUR	11,34
98/01	Naar een meer vraaggerichte zorg	EUR	13,61
97/20	Besturen in overleg	EUR	13,61
97/19	Verzekeraars op de zorgmarkt	EUR	9,08
97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrondnota bij Prikkels tot doelmatigheid)	EUR	9,08
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	EUR	9,08
97/16	De ggz als vuilharmonisch orkest (essay)	EUR	4,54

97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	EUR	11,34
97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	EUR	11,34
97/13	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw (achtergrondstudies)	EUR	18,15
97/12	Met zorg wonen, deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	EUR	18,15
97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	EUR	9,08
97/10	Medische hulpmiddelen	EUR	13,61
97/09	De toekomst van de AWBZ	EUR	13,61
97/07	Beter (z)onder dwang (achtergrondstudie)	EUR	9,08
97/06	Beter (z)onder dwang	EUR	11,34
97/05	Met zorg wonen, deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	EUR	11,34
97/04	Internationale dimensie volksgezondheidsbeleid	EUR	11,34
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	EUR	11,34
96/13	Thuis in de ggz (achtergrondstudie)	EUR	11,34
96/12	Thuis in de ggz	EUR	13,61
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	EUR	11,34
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	EUR	6,81
96/09	Informatietechnologie in de zorg	EUR	13,61
96/08	Stand van zaken: preventie en ouderen (achtergrondstudie)	EUR	11,34
96/07	Preventie en ouderen	EUR	11,34
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	EUR	9,08
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	EUR	6,81
96/04	Sociale zekerheid en zorg	EUR	9,08
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	EUR	9,08
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	EUR	6,81
96/01	Programmatische jeugdzorg	EUR	9,08
Bijzondere publicaties			
01M/01E	E-health in the United States	EUR	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	EUR	9,08
01/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	EUR	6,81
01/02	De RVZ over het zorgstelsel	EUR	9,08
01/01	Management van beleidsadvies	EUR	11,34
99/24	Evaluatie en actie		gratis
99/08	De trend, de traditie en de turbulentie		gratis
99M/01	Van Biotech Bay en Biotech Beach tot Genetown	EUR	13,61
95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	EUR	6,81

--	Volksgezondheid met beleid		gratis
	Advies Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1535-0)	EUR	17,92
	Achtergrondstudie Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1536-9)	EUR	17,92

De publicaties *Zorgarbeid in de toekomst* zijn te bestellen bij:
SDU-uitgevers, Servicecentrum/Verkoop
Postbus 200014, 2500 EA Den Haag
Telefoonnummer: 070 378 98 80, fax: 070 378 97 83

Werkprogramma's

00/02	Werkprogramma RVZ 2001 – 2002		gratis
99/07	Werkprogramma RVZ 2000		gratis
98/03	Werkprogramma RVZ 1999		gratis
97/08	Adviesprogramma RVZ 1998		gratis
97/01	Adviesprogramma RVZ 1997		gratis

Jaarverslagen

02/08	Jaarverslag 2001 RVZ		gratis
01/06	Jaarverslag 2000 RVZ		gratis
00/01	Jaarverslag 1999 RVZ		gratis
99/01	Jaarverslag 1998 RVZ		gratis
98/02	Jaarverslag 1997 RVZ		gratis
97/02	Jaarverslag 1996 RVZ		gratis

Magazines

98M/01	Magazine bij het advies Met Zorg wonen, deel 2	EUR	1,59
98M/02	Magazine bij het advies Geestelijke Gezondheidszorg	EUR	1,59

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Quantes, Rijswijk
Uitgave: 2002
ISBN: 90-5732-109-2

*U kunt deze publicatie onder vermelding van publicatienummer 02/17
Bestellen via de website van de RVZ (www.rvz.net) of telefonisch via de
RVZ (079 3 68 73 11). De prijs van de publicatie is EUR 15,00.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg