
Taakherschikking in de gezondheidszorg

Inzet van praktijkassistenten en -ondersteuners,
nurse practitioners en physician assistants





Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Onderwerp : aanbieding signalement *Taakherschikking in de gezondheidszorg*

Uw kenmerk : -

Ons kenmerk : U-5866/ES/tvdk/825-D

Bijlagen : 1

Datum : 11 december 2008

Geachte minister,

Taakherschikking in de gezondheidszorg is de afgelopen jaren toenemend in de belangstelling komen te staan. Vertrekpunt was een advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg uit 2002, waarin belemmeringen op dit vlak in kaart werden gebracht en oplossingsrichtingen werden voorgesteld. In 2007 publiceerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg de uitkomsten van een verkennend onderzoek naar verschillende vormen van taakherschikking die zich in de praktijk steeds vaker bleken voor te doen. Parallel daaraan heeft het Kabinet op uw voorstel eerder dit jaar ingestemd met een wijziging van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg om de mogelijkheden voor taakherschikking tussen zorgprofessionals te verruimen. Deze wetwijziging zal moeten bijdragen aan een betere, meer patiëntgerichte en meer doelmatige zorg.

Gelet op die ontwikkelingen vond de Gezondheidsraad de tijd rijp om na te gaan wat momenteel wetenschappelijk bekend is over met name de veiligheid, effectiviteit en doelmatigheid van taakherschikking. De bevindingen van de raad zijn neergelegd in dit signalement, dat ik u hierbij, gehoord de Beraadsgroep Geneeskunde, aanbied.

In het signalement wordt geconstateerd dat goede wetenschappelijke gegevens slechts beperkt beschikbaar zijn. Wel valt te concluderen dat de kwaliteit en veiligheid van de zorg vrijwel nooit lijden onder een andere toedeling van taken of de toetreding van een nieuw type zorgprofessional. Onduidelijk is echter of de zorg bij taakherschikking beter of doelmatiger wordt. Patiënten worden weliswaar dikwijls beter begeleid en gesteund, maar er zijn voornamelijk geen aanwijzingen voor effecten op de volksgezondheid als geheel.

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Telefoon (070) 340 71 80
E-mail: ej.schoten@gr.nl

Postadres
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
Telefax (070) 340 75 23
www.gr.nl



Onderwerp : aanbieding signalement *Taakherschikking*
in de gezondheidszorg

Ons kenmerk : U-5866/ES/tvdk/825-D

Pagina : 2

Datum : 11 december 2008

Vandaar dat in het signalement ook wordt gewezen op de behoefte aan meer wetenschappelijk onderzoek naar de gevolgen van taakherschikking. Juist omdat de effecten op de volksgezondheid pas na loop van tijd zichtbaar worden, zal dat onderzoek ook langduriger moeten zijn dan tot nu toe meestal het geval is geweest. Binnen een programma van ZonMw zou dit onderwerp naar mijn mening op zijn plaats zijn.

Met vriendelijke groet,

prof. dr. M. de Visser,
vice-voorzitter

Bezoekadres

Parnassusplein 5

2511 VX Den Haag

Telefoon (070) 340 71 80

E-mail: ej.schoten@gr.nl

Postadres

Postbus 16052

2500 BB Den Haag

Telefax (070) 340 75 23

www.gr.nl

Taakherschikking in de gezondheidszorg

Inzet van praktijkassistenten en -ondersteuners,
nurse practitioners en physician assistants

aan:

de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 2008/25, Den Haag, 11 december 2008

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement ‘voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid’ (art. 22 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn & Sport; Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening & Milieubeheer; Sociale Zaken & Werkgelegenheid en Landbouw, Natuur & Voedselkwaliteit. De raad kan ook op eigen initiatief adviezen uitbrengen, en ontwikkelingen of trends signaleren die van belang zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden als regel opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.



De Gezondheidsraad is lid van het European Science Advisory Network for Health (EuSANH), een Europees netwerk van wetenschappelijke adviesorganen.



INAHTA

De Gezondheidsraad is lid van het International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), een internationaal samenwerkingsverband van organisaties die zich bezig houden met *health technology assessment*.

U kunt het signalement downloaden van www.gr.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:

Gezondheidsraad. Taakherschikking in de gezondheidszorg. Inzet van praktijkassistenten en -ondersteuners, nurse practitioners en physician assistants. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008; publicatienr. 2008/25.

Preferred citation:

Health Council of the Netherlands. Role redefinition in health care. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2008; publication no. 2008/25.

auteursrecht voorbehouden

all rights reserved

ISBN: 978-90-5549-737-9

Inhoud

Samenvatting 11

Executive summary 15

Inleiding 19

- 1.1 Taakherschikking, zes jaar later 19
 - 1.2 Afbakening, werkwijze en vraagstelling 21
 - 1.3 Het RVZ-advies 22
 - 1.4 Begrippen 23
 - 1.5 Leeswijzer 25
-

2 Nieuwe taken en nieuwe zorgprofessionals 27

- 2.1 Praktijkassistent 27
 - 2.2 Praktijkondersteuner 28
 - 2.3 Nurse practitioner 30
 - 2.4 Physician assistant 31
-

3 Effecten van taakherschikking 33

- 3.1 Bevindingen uit systematisch literatuuronderzoek 33
 - 3.2 Bevindingen uit de Nederlandse literatuur 36
 - 3.3 Bevindingen van de Invitational Conference 40
 - 3.4 Conclusie 42
-

4	Conclusies en aanbevelingen	43
4.1	Effectiviteit	43
4.2	Acceptatie bij beroepsgroepen	45
4.3	Juridische obstakels	46
4.4	Financiële barrières	47
4.5	Nieuwe aandachtspunten	48

Literatuur 49

	Bijlagen	55
A	Totstandkoming van het signalement	57
B	“Effecten van taakherschikking in de gezondheidszorg: uitkomsten van literatuuronderzoek”	59
C	Overzicht van Nederlandse publicaties van 1998 tot maart 2008	65
D	Deelnemers aan de invitational conference	69

Samenvatting

Ontwikkelingen op het gebied van taakherschikking

Van taakherschikking in de gezondheidszorg wordt veel verwacht. Het anders toedelen van taken en het inzetten van een nieuw type professional – een niet-arts die beperkt medische taken uit mag voeren – zou de kwaliteit vergroten, en leiden tot doelmatiger zorg. Dat is van belang om ook bij een stijgende zorgvraag te voorzien in wat nodig is. Maar treden deze effecten inderdaad op? Tot nu toe was daar niet veel over bekend.

Deze onzekerheid over de effecten werd in 2002 door de Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) al genoemd als een van de hindernissen die nog overwonnen moesten worden. Verder noemde de raad: onzekerheid over de acceptatie bij patiënten, onzekerheid over de acceptatie bij beroepsgroepen, juridische obstakels en financiële barrières.

Sindsdien heeft taakherschikking steeds meer ingang gevonden in de praktijk, en is er het nodige onderzoek gedaan. Recent heeft de minister van VWS bovendien aangegeven de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) aan te willen passen, om bepaalde verpleegkundigen een zelfstandige bevoegdheid toe te kennen. Daarmee wordt dan geregeld dat nurse practitioners (behorend tot de verpleegkundig specialisten) en physician assistants – twee voorbeelden van nieuwe zorgprofessionals – kleine ingrepen kunnen verrichten.

De ontwikkelingen in de praktijk en in de politiek zijn dus doorgedaan. Dat maakt het interessant om na te gaan of de beloften van taakherschikking inder-

daad worden ingelost. De Gezondheidsraad vond de tijd dan ook rijp om de stand van zaken op dat terrein onder de loep te nemen, en in kaart te brengen wat we op dit moment weten over de effectiviteit van taakherschikking, en over de andere punten die in het RVZ-advies uit 2002 werden genoemd als mogelijke barrières.

Nieuwe kennis over kwaliteit en doelmatigheid

Het beperkt beschikbare wetenschappelijke onderzoek uit het buitenland en van eigen bodem, aangevuld met de bevindingen van experts, toont een gedifferentieerd beeld. De kwaliteit van zorg lijkt in ieder geval vrijwel nooit te lijden onder een andere toedeling van taken of de toetreding van een nieuw type professional. Dat is een belangrijke voorwaarde voor een verantwoorde taakherschikking, waaraan dus als regel wordt voldaan.

Er zijn ook aanwijzingen dat de kwaliteit van zorg verbetert, maar dat is vooral doordat patiënten beter begeleid en gesteund kunnen worden. Nurse practitioners en physician assistants, en ook praktijkassistenten of praktijkondersteuners die taken van huisartsen overnemen, geven meer aandacht aan die aspecten. Andere manieren om kwaliteit te meten, zoals effecten op de volksgezondheid als geheel, tonen echter geen verandering.

Dit impliceert dat de doelmatigheidswinst op dit moment beperkt zal zijn. Met taakherschikking worden vooralsnog zorgprofessionals toegevoegd, en in beperkte mate taken overgeheveld. Van een andere inrichting van het zorgproces is echter nog geen sprake. Artsen blijken zich ook niet minder belast te voelen. Het zou kunnen dat een herschikking van het proces op termijn wel tot doelmatiger zorg kan leiden.

De kennis op al deze punten is echter beperkt. Voor de veronderstellingen die ten grondslag liggen aan het beleid is dan ook nog weinig empirische steun te vinden.

Nieuwe kennis over acceptatie bij patiënten en professionals, wetgeving en financiën

Hoe is de stand van kennis over de andere punten die de RVZ in 2002 als hinderenis identificeerde? Patiënten blijken goede ervaringen op te doen als zij eenmaal in aanraking komen met niet-artsen die duidelijk omschreven medische taken uitvoeren. Uit zichzelf zijn zij echter geneigd om aan te kloppen bij de vertrouwde artsen.

Artsen blijken zelf ook behoudend in hun gedrag, terwijl de mogelijkheden om taken verantwoord over te hevelen er wel zijn. Protocollering zou het ver-

trouwen tussen beroepsgroepen waarschijnlijk nog kunnen vergroten. Maar ook hier geldt dat wellicht meer verwacht kan worden van een andere inrichting van het proces dan van de individuele beslissing om taken over te hevelen.

Juridische obstakels die er in 2002 nog waren, zijn voor een deel weggenomen door de voorgenomen aanpassing van de wet BIG. Er blijven echter lacunes, omdat niet alle zorgverleners die medische taken beoefenen daarmee een bevoegdheid is toegekend. Dat kan aanleiding zijn tot strenger toezicht. Wordt er gekozen voor meer regelgeving, dan is het belangrijk dat daarbij een midden gevonden wordt tussen regelen en ruimte laten. Regels zijn er om kwaliteit en veiligheid te garanderen, ruimte is nodig om aanpassingen te kunnen doen in het zorgproces.

Over de financiële belemmeringen waarover de RVZ rapporteerde is op dit moment weinig nieuwe kennis voorhanden. De invoering van de DBC's lijkt geen extra problemen te scheppen, omdat daarin vaak in het midden wordt gelaten welke zorgprofessional de behandeling uit zal voeren.

Nieuwe aandachtspunten

De stand van zaken die hiermee is geïnventariseerd levert een aantal nieuwe aandachtspunten op. De belangrijkste daarvan is dat taakherschikking op dit moment iets lijkt te zijn wat wordt toegevoegd aan het bestaande en vertrouwde zorgproces, terwijl het ook een uitgangspunt kan zijn – en zou moeten zijn – om dat proces wat anders in te richten. Het is denkbaar dat daarmee dan ook de beoogde doelmatigheidswinst geboekt kan worden, terwijl de kwaliteit van zorg gewaarborgd kan blijven, of nog omhoog kan gaan. Het is echter ook duidelijk geworden dat de kennis over de effecten beperkt is. Langlopend onderzoek kan helpen om daar meer inzicht in te krijgen.

Executive summary

Health Council of the Netherlands. Role redefinition in health care. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2008; publication no. 2008/25

Developments in the redefinition of professional roles

A great deal is expected from the redefinition of professional roles in the health care sector. The assumption is that re-demarcation between existing professions and the creation of new professional groups – non-doctors who are nevertheless competent to perform certain medical procedures – will raise quality standards and lead to more efficient care. Quality and efficiency improvements are needed if the sector is to continue providing appropriate care as demand rises. However, little is yet known about the scientific validity of these expectations.

The uncertainty surrounding the effects of role redefinition was identified as one of the remaining obstacles to change by the Council for Public Health and Health Care (RVZ) in 2002. The other obstacles identified by the Council were uncertainty regarding patient and professional acceptance of change, and legal and financial constraints.

Since 2002, role redefinition has become increasingly commonplace and research has been conducted into its impact. Furthermore, the Minister of Health, Welfare and Sport has indicated a wish to revise the Individual Health Care Professions Act (BIG Act) to afford nurses with certain qualifications the authority to practise autonomously. This would allow nurse practitioners and physician assistants – two examples of new health professionals – to perform minor medical procedures.

In other words, there have been developments in clinical practice and in political circles since the RVZ reported on this matter. It would therefore be useful to establish at this juncture whether role redefinition does indeed have the anticipated benefits. The Health Council has accordingly reviewed the scientific evidence with a view to establishing what is currently known about the effectiveness of role redefinition and about the matters that the RVZ's 2002 report identified as potential obstacles to change.

New information about quality and efficiency

The limited scientific evidence available from the Netherlands and other countries, supplemented by expert opinion, reveals a complex picture. The quality of care hardly ever appears to be adversely affected by the re-allocation of duties or the introduction of a new category of health care professional. Thus, one of the main preconditions for responsible role redefinition is usually met.

There is some evidence to suggest that the quality of care is improved by role redefinition, but the improvement is attributable mainly to better patient supervision and support. Apparently, nurse practitioners and physician assistants, as well as practice assistants and practice support workers who do some of the work traditionally undertaken by GPs, give more attention to such matters. However, role redefinition does not appear to have a beneficial influence on other quality indicators, such as effects on public health.

This implies that the efficiency benefits currently attainable are slight. At present, role redefinition tends to consist mainly of the creation of new health professionals; the re-assignment of duties is much less prominent and there is no redesign of the care process. Furthermore, doctors do not feel that their burden has been significantly alleviated by the changes made to date. It could be that redesign of the process would ultimately result in more efficient care.

Relatively little scientific evidence is available regarding any of these matters, however. Consequently, there is little empirical support for the assumptions on which policy is based.

New information about patient and professional acceptance, legislation and finance

What is known about the other obstacles identified in the RVZ's 2002 report? Patients who have been treated by non-doctors with clearly defined medical responsibilities are largely positive about their experiences. If left to their own devices, however, they are inclined to turn to familiar professionals.

Doctors also appear reluctant to change their ways, despite the scope for responsibly delegating certain tasks. The use of protocols could probably increase interprofessional trust. Again, however, it is likely that more could be achieved by process redesign than by task delegation by individual doctors.

Some of the legal constraints that existed in 2002 have been removed by the proposed changes to the BIG Act. Issues nevertheless remain, because not all care practitioners who undertake medical duties are afforded the appropriate legal authority by the amended Act. This could lead to stricter control. If it is decided that further regulation is required, it is important that a middle path is found: while rules are required to ensure quality and safety, freedom of action is also needed to allow adaptation in the care process.

Little more is known about the financial constraints that the RVZ reported in 2002. The introduction of diagnosis-treatment combinations does not appear to create extra problems, because the combinations do not usually specify which care professional should perform a given treatment.

New focus issues

From the analysis set out above, a number of new issues emerge. First and foremost, role redefinition is currently an extension of the existing, familiar care process, whereas it could be achieved in the context of the redesign of that process. It is conceivable that process redesign could also bring about the desired efficiency gains, without detriment to the quality of care, and possibly to its benefit. However, it is also clear that little is yet known about the likely impact of such changes. Long-term research could help to address this situation.

Inleiding

1.1 Taakherschikking, zes jaar later

Recente ontwikkelingen

Taakherschikking is het opnieuw bepalen van de takenpakketten die door beroepsgroepen worden uitgevoerd. Vooral in de medische en verzorgende sector doen zich op dat gebied ontwikkelingen voor. Zo nemen de praktijkassistenten in toenemende mate medisch-technische taken en patiëntenzorg over van de huisartsen.^{18,72} Ook wordt een deel van de taken van artsen overgenomen door apothekers^{11,87,40} en fysiotherapeuten.³⁹ Maar er ontstaan ook nieuwe functies, waarin professionals taken uitvoeren die traditioneel behoorden tot het terrein van andere beroepsbeoefenaren in dezelfde sector. Zo zagen we de opkomst van de praktijkondersteuner in de huisartsenzorg, de nurse practitioner, de physician assistant en de optometrist, met elk hun eigen opleidingen.

Toch is taakherschikking zeker niet nieuw. Al eerder hebben mondhygiënist (eind jaren zestig/ begin jaren zeventig) en verloskundigen (rond 1900) hun intrede in de gezondheidszorg gedaan, waarbij taken van respectievelijk de tandarts en de gynaecoloog of huisarts werden overgenomen. Taakherschikking speelt zich bovendien niet alleen in Nederland af; in andere Westerse landen vinden soortgelijke ontwikkelingen plaats.^{8,27,55,56,33} Voorlopers op dit terrein zijn de Verenigde Staten, Canada en Groot-Brittannië.

Deze ontwikkelingen zijn ingegeven door een aantal factoren. Nederland vergrijst en de zorgvraag neemt daardoor toe, terwijl er gelijktijdig een afname is in het aantal zorgprofessionals en een toename in het aantal professionals dat part-time werkt. Ook worden er hogere eisen aan de gezondheidszorg gesteld. Zo is er een duidelijke wens om de kwaliteit van zorg te verbeteren, en de toegankelijkheid te vergroten, onder andere door kortere wachttijden.

De verwachting is dat taakherschikking daaraan kan bijdragen. Artsen (huisartsen, tandartsen en medisch specialisten) kunnen zich concentreren op taken die in overeenstemming zijn met het hoge academische niveau van hun opleiding, en de minder complexe taken worden overgenomen door specifiek opgeleide zorgprofessionals.

Actualisering en aanvulling

In 2002 adviseerde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg over de mogelijkheden van taakherschikking in de gezondheidszorg, vanuit beleidsstrategisch perspectief.⁴⁹ Nu, zes jaar later, is het tijd om deze ontwikkeling in de zorg opnieuw te bekijken.

Inmiddels blijkt uit het Capaciteitsplan 2005 dat, in tegenstelling tot eerdere verwachtingen, de capaciteitstekorten in de zorg in ieder geval tot 2020 niet noemenswaardig zullen zijn.⁹ Daarmee is de veronderstelling dat taakherschikking bijdraagt aan het reduceren van zo'n tekort minder belangrijk. Ook heeft de minister van VWS recent het voornemen geuit om bepaalde verpleegkundigen een eigen status toe te kennen in de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG), wat een belangrijke stap is.

Of zich nu wel of niet tekorten zullen voordoen, taakherschikking is een onomkeerbaar proces geworden. Daarbij zal steeds nadrukkelijker moeten worden gelet op de behoeften van de patiënt en, in het kielzog daarvan, op een passende organisatie van de zorg.

In die context vragen bepaalde kwesties op dit moment om aandacht. Het idee van taakherschikking is gebaseerd op verwachtingen over de effecten: het zou leiden tot doelmatiger werken, met behoud van kwaliteit. Nu er steeds meer onderzoeksresultaten beschikbaar komen en ervaringen zijn opgedaan, is het tijd om na te gaan of deze aannames bevestigd worden. Ook de randvoorwaarden die nodig zijn om de verschuiving van taken veilig en effectief uit te voeren verdienen aandacht, en ook daarover kan onderzoek, aangevuld met praktijkervaringen, ons iets leren.

Daarom is het dit keer de Gezondheidsraad die zich buigt over het onderwerp, vanuit zijn specifieke wetenschappelijke taak. In dit signalement brengt de

raad de stand van kennis over taakherschikking in kaart. Er wordt bekeken hoe het er nu voorstaat met de vijf hindernissen die in het RVZ-rapport werden onderscheiden: onzekerheid over de acceptatie bij patiënten, acceptatie door de beroepsgroepen, onzekerheid over de effecten, juridische obstakels, en financiële barrières. Op elk van deze terreinen worden vervolgens suggesties voor verbetering gedaan, waarbij de nadruk ligt op de effecten, omdat daarover de meeste gegevens beschikbaar zijn.

1.2 Afbakening, werkwijze en vraagstelling

Focus in dit signalement

In dit signalement ligt de focus op het inzetten van praktijkassistenten, praktijkondersteuners, nurse practitioners en physician assistants, omdat vooral deze zorgprofessionals de laatste jaren steeds vaker ingezet worden in de patiëntenzorg. Verschuiving van taken naar andere zorgprofessionals wordt niet nader belicht. Dit betekent niet dat de effecten en de doelmatigheid daar al bewezen zijn. Integendeel: onderzoek blijft van belang om de *evidence* te vergaren die nu nog vaak ontbreekt.

Werkwijze

Het signalement is opgesteld in opdracht van de voorzitter van de Gezondheidsraad. Bijlage A bevat informatie over de totstandkoming. Ter voorbereiding is een literatuurstudie uitgevoerd door de afdeling Kwaliteit van Zorg van het UMC St Radboud. De samenvatting daarvan is opgenomen in bijlage B. Ook werden relevante Nederlandse publicaties uit de periode 1998 tot maart 2008 beoordeeld, met daarin onderzoeksresultaten, praktijkvoorbeelden van en beschouwingen over taakherschikking. De lijst met publicaties staat in bijlage C. Verder werd een invitational conference georganiseerd, door de Gezondheidsraad en het Petrus Camper Instituut, die plaatsvond op 10 april 2007. De lijst met deelnemers aan deze bijeenkomst over 'Taakherschikking in de gezondheidszorg' is te vinden in bijlage D.

Vraagstelling

In dit signalement worden de volgende vragen beantwoord:

- 1 Hoe is de stand van zaken op dit moment bij het herverdelen van taken in de zorg?
- 2 Wat is uit wetenschappelijk onderzoek en ervaringen uit de praktijk bekend over de effecten van taakherschikking, met name op de kwaliteit van zorg, de werkdruk en de doelmatigheid?
- 3 Wat is bekend over de vier andere aspecten die de RVZ eerder benoemde als aandachtspunten: de acceptatie van taakherschikking bij patiënten, de acceptatie bij professionals, en de eerder geconstateerde juridische obstakels en financiële barrières?
- 4 Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden om op deze punten bij te dragen aan verbetering?

1.3 Het RVZ-advies

Conclusies in 2002

In het advies uit 2002 constateerde de RVZ dat taakherschikking in de zorg geen nieuw fenomeen was, en dat het in de praktijk vaak voorkwam. Alleen gebeurde dat voornamelijk informeel. Omdat de raad grote voordelen zag, adviseerde hij om het verschuiven van taken te formaliseren en te structureren. Om dat goed te kunnen doen zouden dan wel vijf hindernissen moeten worden aangepakt:

- 1 onzekerheid over de effecten
- 2 onzekerheid over de acceptatie bij patiënten
- 3 onzekerheid over de acceptatie bij de beroepsgroepen
- 4 juridische obstakels en
- 5 financiële barrières.

Het advies bevatte ook suggesties voor de oplossing van deze problemen. Allereerst diende de burger geïnformeerd te worden over wie wat doet in de gezondheidszorg en waarom. Ten tweede diende een opleidingsfonds gecreëerd te worden, zodat gelden daadwerkelijk besteed zouden worden aan vernieuwing. Ook de curricula van de opleidingen zouden aangepast moeten worden. Ten derde werd aanbevolen de toegankelijkheid van de zorg te vergroten door een voorziening te creëren waar patiënten 24 uur per dag 7 dagen per week (telefonisch) terecht kunnen. De vierde aanbeveling had betrekking op de wet- en regelgeving. Zo moesten de deskundigheidsomschrijvingen in de wet BIG veranderd worden, zodat verpleegkundigen en mondhygiënisten een zelfstandige bevoegdheid zouden krijgen voor een aantal voorbehouden handelingen. Als laatste moest er rekening gehouden worden met taakherschikking in de financierings-

structuur, via Diagnose Behandel Combinaties (DBC's), en in de AWBZ-sector door een aparte budgetparameter.

Reactie van de minister in 2003 en in 2008

In reactie op het advies noemde de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport taakherschikking in 2003 'een logische innovatieve ontwikkeling in het zorgaanbod, die bijdraagt aan een betere kwaliteit van de zorg, die tegelijkertijd patiëntvriendelijker en doelmatiger is georganiseerd'. Gecombineerd met een vernieuwing van de medische opleidingen zou taakherschikking volgens de minister bovendien het carrièreperspectief in de zorg kunnen verbeteren, waardoor meer professionals voor de zorg behouden zouden blijven – iets wat belangrijk zou zijn om tegemoet te komen aan de groeiende zorgvraag.⁶⁸

De minister volgde hiermee de visie die de RVZ in zijn advies had neergelegd. Onder meer om het anders verdelen van taken tussen zorgprofessionals te bevorderen, stelde de minister tegelijkertijd de stuurgroep Modernisering van de Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (MOBG) in.⁶⁸ Hiermee nam hij een aanbeveling over uit het advies *De zorg van morgen; flexibiliteit en samenhang* van de commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking (commissie-LeGrand). Op advies van de stuurgroep zijn de taken van het MOBG inmiddels overgenomen door het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg, dat in 2006 is opgericht.⁶⁴

In 2008 kwam vervolgens het voornemen om de wet BIG aan te passen, in lijn met de aanbeveling van de RVZ. Met die aanpassing wordt geregeld dat bepaalde verpleegkundigen en mondhygienisten een zelfstandige bevoegdheid krijgen. Voor nurse practitioners (als verpleegkundig specialisten) en physician assistants betekent dit bijvoorbeeld dat zij kleine chirurgische ingrepen kunnen uitvoeren, mits zij daartoe bekwaam zijn verklaard door een arts.

1.4 Begrippen

Wat verstaan we in dit signalement onder taakherschikking? De Gezondheidsraad sluit zich aan bij de definitie die eerder werd gegeven door de RVZ:

Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken tussen beroepsgroepen.

In beleidstukken, (wetenschappelijke) literatuur en discussies worden echter allerlei begrippen gehanteerd om veranderingen in taken en taakverdeling aan te geven. Zo wordt gesproken over taakdifferentiatie, taakverschuiving, taakdelega-

tie, functiedifferentiatie, taaksubstitutie en taaksupplementatie. Vaak worden deze termen ten onrechte als synoniemen gehanteerd.

Hoe verhoudt het begrip 'taakherschikking' zich tot deze termen? Om die vraag te beantwoorden kan gebruik worden gemaakt van twee typen indelingen.⁵⁶ Zo is er een indeling die gebaseerd is op de manieren waarop taken verschoven kunnen worden van de ene professional naar de andere:

- Substitutie '*substitution*': het verschuiven van taken tussen verschillende beroepsbeoefenaren of zorgprofessionals, bijvoorbeeld van huisarts naar praktijkassistente.
- Innovatie '*innovation*': de introductie van een nieuwe zorgprofessional, zoals de nurse practitioner en de physician assistant.
- Supplementatie '*enhancement*': het uitbreiden van de taken en competenties van een bepaalde beroepsgroep, zoals is gebeurd bij de praktijkassistenten in Nederland, die vroeger voornamelijk werden ingezet voor administratief-organisatorische taken, maar tegenwoordig ook verantwoordelijk zijn voor medisch-technische handelingen en patiëntenzorg.¹
- Delegatie '*delegation*': verschuiven van zorg van hoger opgeleide naar lager opgeleide professionals binnen de beroepsgroep, bijvoorbeeld die van verpleegkundigen.

Maar taken kunnen ook overgaan van de ene sector naar de andere. Dat levert een iets andere categorisering op:

- Overdracht '*transfer*': de zorg gaat over naar een professional in een andere setting, bijvoorbeeld van medisch specialist naar huisarts.
- Herlocatie '*relocation*': een professional uit de ene setting biedt zorg aan in een andere setting, zoals het geval is als een sociaal-psychiatrische verpleegkundige (SPV) spreekuur houdt in de huisartsenpraktijk.
- Consultatie '*liaison*': een gespecialiseerde professional wordt ingezet om meer generalistische deskundigen in een andere setting te ondersteunen of hun deskundigheid te vergroten.

Welke van deze typen taakverschuiving vallen nu onder de RVZ-definitie van taakherschikking? 'Herlocatie' en 'consultatie' vallen er duidelijk niet onder. Verder kan taakherschikking alle genoemde vormen van verschuiving omvatten. Alleen bij 'overdracht' hangt het af van de precieze invulling. In dat geval kan wel sprake zijn van taakherschikking als er daadwerkelijk een andere beroepsgroep wordt ingeschakeld. Dit geldt bijvoorbeeld als de zorg voor diabetespatiënten vanuit het ziekenhuis wordt verschoven naar een praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk.

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt een overzicht gegeven van de taakverschuivingen die in de zorg het meest voorkomen, en van de nieuwe beroepen die daardoor in een aantal gevallen zijn ontstaan. In hoofdstuk 3 worden de wetenschappelijke literatuur en de resultaten van de invitational conference besproken. In hoofdstuk 4 worden de onderzoeksuitkomsten in verband gebracht met de hindernissen die de RVZ eerder formuleerde, en worden suggesties gedaan voor verdere verbetering.

Nieuwe taken en nieuwe zorgprofessionals

De eerste vraag in dit signalement is hoe het er op dit moment voorstaat met de nieuwe taken en nieuwe beroepen die door taakherschikking zijn ontstaan. Daarover gaat het in dit hoofdstuk. Per beroepsgroep wordt besproken wat de belangrijkste ontwikkelingen zijn geweest, en hoe de situatie nu is.

2.1 Praktijkassistent

Opleiding en aantal beroepsbeoefenaren

In Nederland zijn ongeveer 24.000 dokters- of praktijkassistenten werkzaam, waarvan ongeveer de helft in de huisartsenzorg werkzaam is.⁴⁸ De opleiding tot doktersassistente is een middelbare beroepsopleiding op niveau 4. De duur van de opleiding is afhankelijk van basis- en/of vooropleiding. De doktersassistenten verrichten medische en niet-medische werkzaamheden voor artsen. In het beroepsprofiel van de doktersassistente zijn de volgende kerntaken voor beginnende beroepsbeoefenaren vastgelegd: 1) Het doen van de intake; 2) Adviseren en voorlichten; 3) Uitvoeren van handelingen in het kader van de individuele gezondheidszorg (medisch-technische handelingen); en 4) Organiseren van werkprocessen en het vastleggen van gegevens.⁴⁸

Verandering in werkzaamheden

In de huisartsenpraktijk hebben praktijkassistenten sinds begin jaren negentig duidelijk andere taken gekregen. Begin jaren negentig lag het accent op intake (baliewerkzaamheden) en administratie (zoals herhalingsrecepten schrijven). In 2001⁷² en 2004¹⁸ is een verschuiving te zien naar meer medisch-technische taken, zoals het maken van een uitstrijkje, hypertensiecontroles en longfunctieonderzoek met een peak-flowmeter. In 2001 voerde de helft van de praktijkassistenten altijd of vaak de diabetescontroles uit. Veel minder vaak werden zij ingezet voor astma en COPD-controles; 75% voerde deze controles nooit uit.⁷²

In de huisartsenpraktijk bestaat een zekere mate van overlap in taken van de praktijkassistenten en de praktijkondersteuners. De invulling van het takenpakket van deze zorgprofessionals is afhankelijk van afspraken die in de huisartsenpraktijk zijn gemaakt.⁷¹

De praktijk van dit moment

Hoewel de RVZ heeft geadviseerd het beroep van doktersassistente in de Wet BIG op te nemen is dit signalement niet opgevolgd, terwijl dit voor andere, nieuwe zorgprofessionals, zoals nurse practitioner en physician assistant, via een experimenteelartikel wel gebeurde. Het is nog onduidelijk welke consequenties dit heeft voor de verdere professionalisering van de praktijkassistent en voor de taakherschikking. Vooralsnog lijken huisartsen nog steeds taken over te hevelen. Huisartsen zouden zelfs meer gebruik willen maken van hun praktijkassistenten³⁰ en zijn van mening dat de huidige hoeveelheid assistentie te gering is.⁷²

2.2 Praktijkondersteuner

Opleiding en aantal beroepsbeoefenaren

De functie van praktijkondersteuner (ook wel praktijkverpleegkundige genoemd) is in 1999 geïntroduceerd.⁴² Sinds 2000 is er ook een opleiding beschikbaar. Praktijkondersteuners zijn van oorsprong meestal verpleegkundigen (circa 60%) of praktijkassistenten. Verpleegkundigen volgen een 1-jarige HBO-opleiding, terwijl praktijkassistenten een 2-jarige HBO-opleiding volgen. De opleidingen zijn gericht op één chronische aandoening, te weten diabetes, astma en COPD, of hart- en vaatziekten en hypertensie. In de praktijk worden praktijkondersteuners echter ook breder ingezet, bijvoorbeeld in de zorg voor ouderen, voor patiënten

die willen stoppen met roken, of voor vrouwelijke patiënten met vragen over anticonceptie, zwangerschap en overgangsklachten.⁵

Eind 2003 waren er circa 1100 praktijkondersteuners werkzaam, van wie 72% een opleiding tot praktijkondersteuner of een soortgelijke opleiding had gevolgd of volgde.^{2,51} Dit aantal is gestaag gegroeid tot 2780 praktijkondersteuners huisartsen (POH) in 2007.¹⁰ Het aantal praktijkondersteuners in opleiding leek vanaf 2004 te zijn afgenomen, mede door onzekerheid over de financiering van praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk.^{9,47} Meer recente gegevens laten echter zien dat het aantal POH's veel sterker gegroeid is dan verwacht werd. Momenteel is met 2780 POH's een verzadiging bereikt van 60 procent van de praktijken. Een verzadiging van 85 procent mag worden verwacht.¹⁰

De praktijk van dit moment

De praktijkondersteuner wordt ingezet nadat de huisarts de diagnose heeft gesteld, en voert vooral routinematige en goed protocollerebare taken uit. De huisarts en de praktijkondersteuner dragen gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor deze zorg.^{38,36}

Van opname in de wet BIG is echter geen sprake. Formeel gaat het hier dan ook niet om een beroep ('maatschappelijke werkring waarvoor men de vereiste bekwaamheid of bevoegdheid heeft gekregen'), maar om een functie ('de uitoefening van een ambt, vervulling van een taak of werkring').³¹ Dit houdt ook in dat er geen algemeen geldende kwaliteitseisen zijn vastgelegd voor de uitoefening van de functie praktijkondersteuner.

Volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen is de organisatie waarin iemand werkt zelf verantwoordelijk voor het op verantwoorde wijze toebedelen van taken, met andere woorden voor de functievervulling. Dit betekent ook dat door het ontbreken van algemeen geldende kwaliteitseisen, de huisartsen zelf vrij zijn in het vaststellen van functie-eisen. Daarmee kunnen zij eveneens bepalen of zij een opleiding of vervolgopleiding noodzakelijk achten. In de praktijk zal echter veelal aangesloten worden bij de aanvaarde kaders.

Daarnaast maken de Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuning (NVvPO) en de Nederlandse Vereniging van Nurse Practitioners (V&VN-Nurse Practitioners) zich sterk voor de kwaliteit van de functie van praktijkondersteuning (www.nvnp.nl). Daarbij wordt ook aandacht besteed aan de kwaliteit van de nascholing en accreditatie.⁸⁶ Overigens kunnen de verpleegkundigen die als praktijkondersteuner werkzaam zijn wel tuchtrechtelijk worden getoetst en beoordeeld – zij zijn namelijk veelal een zogenoemde artikel 3-beroepsbeoefenaar.

2.3 Nurse practitioner

Opleiding en aantal beroepsbeoefenaren

De functie van nurse practitioner is eind jaren negentig geïntroduceerd. De eerste opleiding startte in 1997 in Groningen^{36,1}, waar in 2000 de eerste lichting van 12 nurse practitioners afstudeerde. Sindsdien is het aantal snel gegroeid. In 2004 is er in Eindhoven een speciale opleiding gestart voor nurse practitioners in de eerstelijns.³⁶

De meeste nurse practitioners hebben een verpleegkundige vooropleiding, gevolgd door een HBO-master opleiding. Deze opleiding kent een duaal karakter en duurt 2 jaar. Binnen de NP-opleiding zijn onderlinge verschillen in de wijze van invulling van het curriculum. Nederland telt 7 opleidingen.⁸⁴

In 2005 waren er naar schatting 280 afgestudeerde nurse practitioners werkzaam, en 213 nurse practitioners die nog in opleiding waren.⁸⁴ Een ruime meerderheid is werkzaam in het ziekenhuis, en 5 tot 15 procent werkt in de huisartsenpraktijk.^{29,53}

De praktijk van dit moment

Het takenpakket van de nurse practitioner wordt mede ingevuld door de opleidings- c.q. werkplek, en kent daardoor een grote heterogeniteit.^{29,74} De nurse practitioner vervult taken op het gebied van 'cure' en 'care'; medische en verpleegkundige taken worden gecombineerd.²⁹ Hiermee onderscheidt de nurse practitioner zich van de verpleegkundig specialist, die zich beperkt tot taken uit het verpleegkundig beroepsdomein.³⁶

In de huisartsenpraktijk onderscheidt de functie nurse practitioner zich van die van de praktijkondersteuner doordat zij voornamelijk zorg bieden aan patiënten met vaak voorkomende klachten en korte-episode-aandoeningen (zoals KNO-klachten, luchtweginfecties, urineweginfecties, rugpijnklachten, en huid-aandoeningen).³⁸ In tegenstelling tot de praktijkondersteuner zouden de nurse practitioners aan de 'voorkeur' werken en rechtstreeks toegankelijk zijn voor patiënten.^{13,4} In de praktijk zijn de grenzen tussen beide zorgprofessionals echter minder duidelijk, en is de invulling van de functie met name afhankelijk van de behoeften van de huisartsen. Een nurse practitioner kan dus ook bijdragen aan de praktijkondersteuning.

Formeel vallen de medische taken van de nurse practitioner onder de eindverantwoordelijkheid van een arts, maar nurse practitioners zijn in de praktijk in

grote mate zelfstandig werkzaam.^{29,79} De taken van de nurse practitioner, alsook de kwalificering en registratie, zijn vastgelegd in het beroepsdeelprofiel.¹

De nurse practitioner is per definitie een verpleegkundige en dus een artikel 3-beroepsbeoefenaar conform de wet BIG. Daarmee is zij ook tuchtrechtelijk aansprakelijk. In het recente advies van het Verpleegkundig Beroepen- en Opleidings Continuüm⁸⁰ is een nieuwe indeling van de verpleegkundige beroepsstructuur voorgesteld, waarmee de nurse practitioner tot de verpleegkundig specialist (artikel 14) zal gaan behoren. Een register voor verpleegkundig specialisten, inclusief toelatingscriteria en eisen voor herregistratie zal naar verwachting operationeel worden in 2008.

2.4 Physician assistant

Opleiding en aantal beroepsbeoefenaren

De physician assistant (PA) is begin jaren 2000 geïntroduceerd in de Nederlandse gezondheidszorg. In 2004 zijn de eerste physician assistants aan de Hogeschool van Utrecht afgestudeerd. De opleiding kent een duaal karakter en duurt 2½ jaar; het is een HBO-master opleiding.^{26,23} De curricula van de PA-opleiding zijn uniform opgezet, maar desondanks zijn er verschillen in curricula zichtbaar. Professionals met een HBO-gezondheidszorgopleiding kunnen instromen (bijvoorbeeld verpleegkundigen, fysiotherapeuten, en diëtisten).

In 2005 waren er 15 afgestudeerde physician assistants en volgden 168 mensen de opleiding.⁸⁴ De meerderheid (circa 90%) is werkzaam in het ziekenhuis, de rest vooral in de huisartsenpraktijk.⁷³ In 2007 is het aantal werkzame PA's (inclusief de mensen in opleiding) gestegen tot 300.

De praktijk van dit moment

De physician assistant ondersteunt een arts bij het klinische werk en is daarmee actief in de medische patiëntenzorg (de 'cure'). De PA maakt samen met andere professionals deel uit van een medisch behandelteam. Hij of zij voert zelfstandig helder omschreven taken uit en heeft een eigen beroepsverantwoordelijkheid, maar werkt wel onder supervisie van een arts.⁴⁴

Taken zijn onder meer: uitvoeren van een anamnese en lichamelijk onderzoek, opstellen van een differentiaal diagnose, aanvragen en interpreteren van aanvullende diagnostiek, opstellen en uitvoeren van een behandelplan, geven van voorlichting, verrichten van medisch-technische handelingen, assisteren bij operaties, organiseren van patiëntoverplaatsingen en ontwikkelen van protocollen.

De exacte taken zijn verschillend en afhankelijk van de afspraken die gemaakt zijn met de artsen voor wie de PA werkzaam is.

In de huisartsenpraktijk houden physician assistants zich vooral bezig met het diagnosticeren en behandelen van veel voorkomende aandoeningen binnen de huisartsenpraktijk. Daarnaast geven zij voorlichting en verwijzen zij patiënten naar andere zorgverleners.

Het onderscheid met nurse practitioners en praktijkondersteuners is in de dagelijkse praktijk niet altijd duidelijk. De taakinvinging in de huisartsenpraktijk is in beide gevallen namelijk gebaseerd op afspraken die ter plekke worden gemaakt. Dat kan zorgen voor overlap. Ook in ziekenhuizen is het onderscheid tussen nurse practitioners en physician assistants niet altijd duidelijk.⁶⁵⁻⁶⁷ Kenbeek e.a. vonden veel overeenkomsten als het gaat om de medische taken, al komt in dat onderzoek ook naar voren dat de nurse practitioners deels verpleegkundige taken uitvoeren, terwijl physician assistants dat niet doen.²⁹

Doordat de invulling van de functie afhangt van de plek waar iemand is opgeleid en de organisatie waarin wordt gewerkt, bestaan er grote verschillen tussen de functies zoals die in de praktijk beoefend worden. Ook de bevoegdheden verschillen, omdat ze bepaald worden door de beleidskaders van een gezondheidszorginstelling, de aanwijzingen van de superviserende arts, en de bekwaamheid van de individuele PA.

Er zijn echter wel wettelijke bepalingen in de maak. De bevoegdheden, waaronder het voorschrijven van medicijnen en het verrichten van medische handelingen, worden namelijk opgenomen in een experimenteerartikel van de wet BIG. Deze aanpassing is bij VWS in voorbereiding, en zal naar verwachting in 2008 gerealiseerd worden.^{46,44}

Effecten van taakherschikking

Wat is bekend over de effecten van taakherschikking? Onzekerheid hierover was een van de vijf punten die de RVZ identificeerde in zijn rapport uit 2002. In dit hoofdstuk wordt nagegaan wat wetenschappelijk onderzoek en ervaringen uit de praktijk ons hierover leren. In hoofdstuk 4 komen de andere vier punten aan bod.

3.1 Bevindingen uit systematisch literatuuronderzoek

Weging van de evidence

Het beleid voor taakherschikking is gebaseerd op de veronderstelling dat deze ontwikkeling gunstige effecten heeft voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Ervaringen in de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk hebben een rol gespeeld in het vormen van dat positieve beeld. De RVZ gaf in 2002 echter aan dat de destijds beschikbare gegevens het niet toelieten om harde uitspraken te doen over de effectiviteit en de kosteneffectiviteit van taakherschikking.⁴⁹

Om een actueel beeld te krijgen van de wetenschappelijke steun voor de veronderstellingen over gunstige effecten van taakherschikking, is een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek was toegespitst op de effecten van een verschuiving van taken van artsen naar relatief nieuwe zorgprofessionals, zoals de praktijkondersteuner, nurse practitioner en de physician assistant in zowel de eerstelijns als tweedelijns gezondheidszorg.

Uitgaande van een hiërarchische classificatie van *strength of evidence* is het literatuuronderzoek beperkt tot systematische literatuurstudies en (gerandomiseerde) gecontroleerde studies (level A tot D). De uitkomst daarvan is opgenomen in bijlage B.²⁴

Beperkte hoeveelheid onderzoek

Het beschikbare onderzoek bleek vooral toegespitst te zijn op de effecten van een verschuiving van taken van artsen naar verpleegkundigen in de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg. Studies (level A tot D) over taakherschikking naar physician assistants werden namelijk niet gevonden.

De – voornamelijk buitenlandse – studies over verschuiving van taken naar verpleegkundigen waren beperkt in aantal, en besloegen altijd een korte periode. Bovendien had de meerderheid van de literatuurstudies betrekking op de eersteelijns zorg: slechts 2 van de 11 reviews betroffen de tweedelijns gezondheidszorg; 1 review betrof zowel taakherschikking in de eerstelijns als tweedelijns.

De geringe omvang van de stand van wetenschap over taakherschikking is een belangrijke uitkomst van het literatuuronderzoek.

Bevindingen over de kwaliteit van zorg

Op grond van het beschikbare onderzoek naar de effecten van taakherschikking op de kwaliteit van zorg zijn geen eenduidige antwoorden te geven.

In de meeste studies werd geen gezondheidswinst als gevolg van taakherschikking gevonden. Sommige studies lieten wel een grotere patiënttevredenheid zien, maar die hield waarschijnlijk verband met het feit dat een verpleegkundige meer aandacht aan de patiënt kan besteden dan een arts. Op de kwaliteit van de verleende zorg had taakherschikking echter weinig invloed.

Op basis van het literatuuronderzoek kan voorzichtig worden geconcludeerd dat de kwaliteit van de zorg van verpleegkundigen gelijk is aan de kwaliteit van de zorg van artsen, en op sommige punten verbeteringen in de kwaliteit laat zien.

Bevindingen over de werklust

Evenmin is een eenduidig antwoord mogelijk op de vraag of taakherschikking de werklust van artsen vermindert. Sommige onderzoeken laten een vermindering van de werklust zien, terwijl volgens andere zo'n effect ontbreekt of zelfs sprake is van een toename van de werklust. Zo bleek uit onderzoek van Lattimer en collega's dat de werklust van artsen inderdaad kan afnemen.³² In dat onderzoek wer-

den verpleegkundigen ingezet ten behoeve van telefonische consultatie na kantooruren in de huisartszorg (*out of hours*). Het resultaat werd niet bevestigd door een gecontroleerde studie van Laurant e.a.³⁴, waarin 5 praktijkondersteuners 30 Nederlandse huisartsen ondersteunden in de zorg voor patiënten met COPD, astma, dementie en kanker. In dit onderzoek werd juist een significante toename geconstateerd in het aantal contacten van huisartsen met COPD- en astmapatiënten. Dit wordt bevestigd door Van den Berg e.a.⁷⁰

Dat de bevindingen ten aanzien van werkdruk inconsistent zijn, blijkt ook uit de studie van Van Son e.a.⁷⁷ Zij toonde een vermindering in werkbelasting aan indien de praktijkondersteuner ingezet werd voor patiënten met diabetes. Het tegenovergestelde werd echter waargenomen als de praktijkondersteuner werd ingezet voor patiënten met astma of COPD.

Uit recent Nederlands onderzoek, waarbij een nurse practitioner werkte binnen het traject van chirurgische diagnose en follow-up van patiënten met borstkanker, blijkt dat taakherschikking leidt tot een reductie in taken van de chirurg en de gespecialiseerd verpleegkundige.⁷⁵

Bevindingen over de tevredenheid met het werk

Er werden geen gegevens gevonden over invloed op de tevredenheid met hun werk bij artsen. Wel blijkt uit een aantal Nederlandse observationele studies en gerapporteerde ervaringen dat (huis)artsen tevreden zijn over de praktijkondersteuner, nurse practitioner en physician assistant. Huisartsen blijken namelijk positief te staan tegenover taakverschuiving naar praktijkassistenten en praktijkondersteuners; in 2001 was 78% tevreden over de praktijkverpleegkundige, terwijl 70% tevreden was over de praktijkassistent.⁷²

Ook de eerste ervaringen met nurse practitioners¹² en physician assistants in de huisartsenpraktijk laten zien dat huisartsen blij zijn met deze professionals. Maar deze geluiden komen uit een kleine groep. Het onderwerp zou dus meer aandacht moeten krijgen in onderzoek.

Onderzoek onder een ledenpanel van de KNMG in 2003 laat zien dat een meerderheid van artsen van mening was dat taakherschikking de beroepsuitoefening van artsen interessanter maakt. Overigens deelde ongeveer een vijfde van de artsen deze mening niet. Uit deze enquête blijkt ook dat artsen wel mogelijkheden zien voor taakherschikking, maar moeite hebben met het loslaten van de eindverantwoordelijkheid.⁷⁶

Bevindingen over het gebruik van voorzieningen en middelen

De effecten van taakherschikking op het gebruik van zorgvoorzieningen en -middelen waren wisselend; sommige reviews toonden een toename van testaanvragen, ziekenhuis bezoeken en opnames en verwijzing naar derden, terwijl andere reviews geen verschil vonden tussen het aantal verwijzingen door artsen en verpleegkundigen. Eenduidiger is het bewijs als het gaat om herhaalconsulten en medicatievoorschriften; het leek erop dat patiënten bij verpleegkundigen meer herhaalconsulten hadden, en dat het aantal medicatievoorschriften daarbij niet veranderde.

Bevindingen over de kosten van de zorg

De resultaten over de invloed op de kosten van de zorg, ten slotte, waren tegenstrijdig. Wel zijn er aanwijzingen dat kosten kunnen worden bespaard of tenminste dat de zorg tegen dezelfde prijs aangeboden kan worden.

Hollinghurst e.a. hebben op basis van twee gecontroleerde studies vastgesteld dat er geen verschil is in kosten tussen de zorg die wordt uitgevoerd door een huisarts in loondienst of door een nurse practitioner – ook niet als de kosten voor scholing meegenomen worden in de berekening.²⁵

Ook Raftery e.a. constateerden dat hoewel kosten van gezondheidszorg toenemen, de inzet van nurse practitioners bij secundaire preventie van hart-en vaatziekten wel degelijk kosteneffectief was, uitgaande van ‘voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren’ (QALY), en in vergelijking met de meeste interventies in de gezondheidszorg.⁵⁰

Steuten e.a. toonden aan dat voor patiënten met astma een significante reductie in kosten werd gerealiseerd na implementatie van een programma voor *disease management*.⁶² De gespecialiseerde verpleegkundige maakte deel uit van het multidisciplinaire team (samen met een medisch specialist en een huisarts), en waar mogelijk werden taken op het laagste niveau (dus door de gespecialiseerde verpleegkundige) uitgevoerd. Een directe besparing in de totale gezondheidszorgkosten voor patiënten met diabetes werd echter niet geconstateerd.⁶³

3.2 Bevindingen uit de Nederlandse literatuur

Wat leren Nederlandse publicaties over de specifieke effecten van taakherschikking in ons land? Om die vraag te beantwoorden werd een quick scan uitgevoerd. Daarbij zijn de vakbladen *Huisarts en Wetenschap* en *Medisch Contact* aan de hand van enkele trefwoorden (taakherschikking, praktijkassistent(en), prak-

tijkondersteuner(s), nurse practitioner(s) en physician assistant(s)) doorzocht. Via de 'sneeuwbal-methode' zijn vervolgens nog enkele publicaties uit de grijze literatuur toegevoegd. De lijst met publicaties die in dat kader werden bekeken en de gehanteerde referentienummers staan in bijlage C. Hieronder lopen we de resultaten per beroepsgroep langs.

Onderzoek naar de inzet van praktijkassistenten in de huisartsenpraktijk

Uit onderzoek van Engels²³ en Van den Berg⁴⁹ blijkt dat praktijkassistenten sinds eind jaren negentig steeds meer medisch-technische en voorlichtingstaken zijn gaan uitvoeren.

Het inschakelen van een medisch callcenter gedurende enkele dagdelen lijkt te resulteren in een vermindering van het aantal patiëntcontacten - al blijken huisartsen zelf niet het gevoel te hebben dat ze minder worden belast. Overigens bleek dat zowel huisartsen, praktijkassistenten als patiënten een afwachtende houding aannamen als het gaat om benutten van een callcenter.⁴⁰

Drijver e.a. laten zien dat door het inzetten van praktijkassistenten voor telefonische triage de intakesprekuren van de huisarts efficiënter worden ingepland en de huisartsen zich beter kunnen voorbereiden.¹⁹ De wachttijd in de wachtkamer en uitloop van het spreekuur zijn afgenomen. Toch ervaart de meerderheid van de huisartsen ook hierdoor geen vermindering van de werkdruk.

Wat is de invloed van taakherschikking op het zorggebruik? De reorganisatie van de huisartsenzorg in de avond, nacht en weekenden heeft niet geleid tot een toename van het zorggebruik. Wel worden er meer telefonische adviezen gegeven, maar dat gebeurt door de praktijkassistenten, en leidt daardoor tot een vermindering van de werkdruk van huisartsen.

Dan het belangrijke punt van de kwaliteit. Van Steenwijk-Opdam e.a.⁵⁴ en Giesen e.a.²⁵ toonden aan dat patiënten negatiever oordeelden over de triage door een praktijkassistente of praktijkverpleegkundige als zij een consult of visite wensten, maar deze niet kregen. Uit onderzoek naar de veiligheid van triage door praktijkassistenten of praktijkondersteuners blijkt dat 30% van de telefoontjes niet goed wordt ingeschat. Met name onderschatting van de urgentie levert potentiële consequenties op voor de veiligheid van de zorg.²⁴

Om de kwaliteit van de telefonische triage te verbeteren worden inmiddels superviserende regieartsen ingezet.²⁶ Goossensen e.a. beschrijven een *best practice* waarbij de doktersassistente in het ziekenhuis de rol van case manager vervult voor patiënten met ovariumcarcinoom en focale leverafwijkingen.²⁸ Een aantal knelpunten in de zorg is door die reorganisatie opgelost. Onduidelijk is echter nog in welke mate deze de effectiviteit van de zorg heeft verbeterd, hoe

tevreden patiënten zijn over de verandering, en wat de consequenties zijn voor de kosten van de zorg.

Onderzoek naar de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen

Vrijhoef en collega's hebben verschillende onderzoeken uitgevoerd, waarbij gespecialiseerde verpleegkundigen (diabetes, COPD en astma) werden ingezet in het kader van een disease-managementprogramma. De zorg was geprotocolleerd en gebaseerd op de richtlijnen.^{58,59,43,44}

Deze onderzoeken tonen alle aan dat in vergelijking met traditionele zorg door artsen, de gespecialiseerde verpleegkundige vergelijkbare (en soms verbeterde) klinische patiëntuitkomsten realiseert, en de kwaliteit van de zorg toeneemt. In hoeverre inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen daadwerkelijk leidt tot een besparing in kosten is nog onbekend, maar er zijn aanwijzingen dat de zorg kosteneffectief is.^{43,44,58,59} Verder toont Dijkstra aan dat de diabetesverpleegkundige een belangrijke rol vervult.¹⁸

In VU Medisch Centrum loopt een onderzoek naar de haalbaarheid van het inzetten van een gespecialiseerde verpleegkundige op afdelingen voor spoedeisende hulp, waarbij deze een deel van de diagnostische taken van artsen overneemt.¹⁷

Onderzoek naar de inzet van praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk

Praktijkondersteuners kunnen geprotocolleerde zorg van huisartsen overnemen zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg of gezondheid van de patiënt, zo blijkt uit onderzoek op dat terrein.^{31,32,53} Vooral het aantal controles en follow-up afspraken – een maat voor de kwaliteit van zorg – blijkt te zijn toegenomen.^{31,32} Ook blijken zowel patiënten als huisartsen tevreden met de zorg.^{31,32,2} Onduidelijk is echter in welke mate de werkdruk van huisartsen afneemt.^{31,53,39}

Onderzoek naar de inzet van nurse practitioners

Er zijn enkele studies uitgevoerd naar de inzet van nurse practitioners in ziekenhuizen. Deze tonen aan dat patiënten tevreden zijn.³⁷ Ook artsen en verpleegkundigen blijken enthousiast.³⁴ Bovendien lijkt de wachttijd voor patiënten met een mogelijk mammapcarcinoom te zijn gereduceerd³⁷ en blijkt de opnameduur van patiënten met een bypass operatie significant te zijn gereduceerd ten opzichte van hen die reguliere zorg ontvingen.⁷ Een ander gunstig effect was dat de conti-

nuiteit in de zorg beter bewaakt kon worden. Verder bleken huisartsen tevreden met de nazorg; zij werden sneller en beter geïnformeerd.⁸

Uit onderzoek van Van Offenbeek e.a. blijkt dat taakherschikking leidt tot een reductie in taken van de arts bij inzet van een nurse practitioner op de mammapoli. Door de inzet van een nurse practitioner is 0.27fte minder inzet van een chirurg nodig en 0.22fte minder inzet van een gespecialiseerd verpleegkundig specialist. En hoewel inzet van een nurse practitioner meer tijd kost (langere consulten), zijn de uiteindelijke kosten lager in vergelijking met het traditionele scenario waarin de zorg wordt verricht door de gespecialiseerde verpleegkundige en de chirurg. Bussemakers e.a. hebben onderzocht wat de invloed is van het inzetten van nurse practitioners in de neurologie.¹³ De introductie van nurse practitioners binnen de neurologische praktijk staat nog aan het begin. Effecten zijn niet gemeten, maar neurologen menen dat nurse practitioners en ook physician assistants een rol kunnen vervullen in de (protocollaire) (na-)behandeling en begeleiding van patiënten met neurologische aandoeningen. Dit zou onder meer leiden tot meer tijd voor patiënten en meer kwaliteit van zorg. Of dat daadwerkelijk gebeurt zal nader onderzocht moeten worden.

Nurse practitioners zijn niet alleen werkzaam in het ziekenhuis. In toenemende mate maken zij deel uit van het huisartsteam. Bussemakers e.a. toonden aan dat nurse practitioners de zorg van huisartsen op het gebied van 26 van de 40 meest voorkomende diagnoses in de huisartsenpraktijk geheel of gedeeltelijk konden overnemen.^{9,12} Het gaat hierbij voornamelijk om frequent voorkomende aandoeningen, veelal kleine kwalen. Volgens deze verkenning zouden nurse practitioners ook kunnen worden ingezet in de zorg voor chronische en terminale patiënten (bijvoorbeeld bij pijnbestrijding) en ook bij het opzetten en uitvoeren van preventieprogramma's. Het feitelijke effect van het inzetten van nurse practitioners op de totale werktijd van huisartsen is niet onderzocht, maar men verwacht dat per huisarts een capaciteitsuitbreiding van 25 tot 35 procent kan worden behaald. In recenter onderzoek van Bussemakers e.a. wordt echter gewezen op het risico van fragmentatie van de zorg als nurse practitioners ook verantwoordelijk zijn voor de zorg van patiënten met chronische ziekten.¹¹ Bij deze patiëntengroepen bestaat er een zekere overlap in de taken van praktijkondersteuners en nurse practitioners. Het is de vraag of de huidige taakverdeling tussen nurse practitioners, praktijkondersteuners, praktijkassistenten en gespecialiseerde verpleegkundigen in de toekomst dezelfde kan en moet blijven.

In 2008 worden de resultaten verwacht van een onderzoek naar de effecten van het inzetten van nurse practitioners in de huisartsenpraktijk op kwaliteit en continuïteit van de zorg. Ook de kosteneffectiviteit wordt onder de loep geno-

men. De eerste resultaten tonen aan dat patiënten tevreden zijn en dat de huisarts de regie behoudt.¹⁵

Onderzoek naar de inzet van physician assistants

Eind 2008 worden onderzoeksresultaten verwacht over de effecten op kwaliteit, patiëntenoordeel en werkdruk door de inzet van physician assistants in de huisartsenpraktijk.^{33,38} Tevens wordt in Utrecht een onderzoek uitgevoerd naar de effecten op kwaliteit van zorg. Resultaten van deze studie worden 2009/2010 verwacht.

Bussemakers e.a. hebben ook de invloed van het inzetten van physician assistants in de neurologie onderzocht.¹³ Uit deze kwalitatieve studie blijkt dat van physician assistants dezelfde effecten worden verwacht als van nurse practitioners. Enkele neurologen zien physician assistants vooral als uitvoerend specialisten op deelgebieden (of diagnostiek, of behandeling). Nurse practitioners worden bij uitstek geschikt geacht een rol te vervullen in het behandeltraject, dat veelal bestaat uit intensieve begeleiding.

3.3 Bevindingen van de Invitational Conference

Om de bevindingen uit literatuuronderzoek aan te vullen werd ook een *invitational conference* georganiseerd. De lijst met deelnemers aan die bijeenkomst is opgenomen in bijlage D. Hieronder staan de belangrijkste conclusies kort samengevat.

Doelen van taakherschikking

Het verwachte capaciteitsprobleem onder artsen lijkt vooralsnog niet op te treden. Betekent dit dat een belangrijke reden voor taakherschikking nu is weggefallen? De experts merkten op dat taakherschikking sowieso maar een beperkte bijdrage kan leveren aan vergroting van de capaciteit. Het reguliere aanbod blijft namelijk intact, waardoor dezelfde zorg door meerdere professionals wordt aangeboden. Bovendien is er onvoldoende aandacht voor de vraag wat artsen met de eventueel vrijgekomen tijd kunnen doen. Om andere redenen is taakherschikking echter nog steeds interessant. Zo kan die helpen de werkdruk te verlichten en de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Competenties als uitgangspunt

Het blijkt dat artsen het moeilijk vinden om taken uit handen te geven en deze over te dragen aan andere zorgprofessionals. Daardoor vindt er ook minder taakverschuiving plaats dan vooraf ingeschat was.

Voor een deel heeft dat te maken met de kerntaken. Zo is een kerntaak van de huisarts om toegankelijk te zijn voor patiënten die zich melden met klachten: (vroeg) diagnostiek behoort tot de *core business*. Dit kan een belemmering zijn om taken over te hevelen: de nurse practitioner en de physician assistant worden daar immers juist aan de 'voordeur' ingezet.³⁸ Toch is er wel een oplossing. Met name de geprotocolleerde, niet-complexe zorg zou zich ervoor lenen om te worden overgenomen, meende een huisarts tijdens de *invitational conference*.

Dat zou ervoor pleiten om taakherschikking te zien in termen van competenties. Het gaat immers niet altijd om nieuwe beroepen en nieuwe functies. Zo'n invulling zou ook aansluiten bij het onderscheid tussen verschillende vormen van taakherschikking dat door Sibbald en collega's wordt gemaakt.⁵⁶

Noodzaak van protocollering en standaarden

Een andere reden dat taakverschuiving minder plaatsvindt dan werd verwacht, is dat zorgprofessionals vaak onvoldoende op de hoogte zijn van elkaars competenties (kennis, vaardigheid, deskundigheid). Niet domeindenken staat taakherschikking in de weg; er is vooral onbekendheid over elkaars kennis, vaardigheden, bevoegdheden en bekwaamheid. Hoewel er grote overeenkomsten in taken bestaan tussen de zorgprofessionals, lijkt men zich vast te houden aan de verschillen (zie ook Duchateau¹⁷).

Het protocolleren van de zorg, waarin staat omschreven wie waarvoor verantwoordelijk is, kan daarom een positieve impuls aan taakherschikking geven. Kwaliteitsborging is cruciaal als waarde op zichzelf, maar ook om de mogelijkheden van taakherschikking optimaal te benutten. Ten dele wordt dit al afgedekt door de wet BIG, die een juridisch kader biedt voor het terrein waarop iemand deskundig moet zijn, de opleidingseisen, de zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handeling en het tuchtrecht. Deze wet is reeds van toepassing op het beroep nurse practitioner, omdat zij tot de verpleegkundige beroepsgroep behoren.

Daarnaast zijn ook de beroepsverenigingen zelf bezig met het opstellen van kwaliteitseisen. Voor de praktijkondersteuning zijn bijvoorbeeld eindtermen voor de opleiding vastgesteld.³⁷ Verder bieden de beroepsprofielen voor nurse practitioners¹, physician assistants⁴⁴ en praktijkassistenten⁴⁸ kaders voor deskun-

digheid, opleidingseisen en bevoegdheid. Ook maken alle beroepsverenigingen zich sterk voor een eigen tuchtregeling en het scheppen van kaders voor kwaliteitsborging, onder ander door geaccrediteerde bijscholingen.

De invloed van de patiënt

Hoewel kwaliteitsborging door heldere regels en standaarden van groot belang is, moet de patiënt daarbij niet uit het oog worden verloren. Zo zou de zorgbehoefte van de patiënt moeten bepalen met welke zorgverlener hij te maken krijgt. Het is verder belangrijk dat de patiënt weet wie verantwoordelijk en aansprakelijk is voor de zorg en het zorgproces. Eén zorgprofessional moet daarbij het aanspreekpunt zijn.

3.4 Conclusie

Het literatuuronderzoek, de quick scan van recente Nederlandse literatuur en de discussies tijdens de *invitational conference* leveren geen eenduidig beeld op. Voor de veronderstelling dat taakherschikking voordelen biedt is geen heldere wetenschappelijke onderbouwing te vinden, maar er zijn ook geen resultaten die duiden op het tegendeel.

Ook op onderdelen is het moeilijk conclusies te trekken. Zo is het nog te vroeg om te concluderen dat taakherschikking zonder meer leidt tot verlichting van de werklast van artsen en reductie van de kosten en het beroep dat mensen doen op de zorg. Wel is het mogelijk dat door taakherschikking de kwaliteit van de patiëntenzorg verbetert, omdat verpleegkundigen zorg gaan toevoegen die voorheen niet werd geleverd (zoals meer aandacht voor psychosociale aspecten).

Conclusies en aanbevelingen

In 2002 onderscheidde de RVZ, in zijn toenmalige advies, vijf hindernissen voor het succesvol toepassen van taakherschikking. Hoe is het daar anno 2008 mee gesteld, afgaande op de beschikbare wetenschappelijke kennis, aangevuld met ervaringen uit de praktijk? En welke adviezen voor verbetering kunnen gegeven worden?

4.1 Effectiviteit

Het zwaartepunt in dit signalement lag bij de effectiviteit van taakherschikking. De onzekerheid daarover werd door de RVZ zes jaar geleden al benoemd als mogelijke hindernis. Welk beeld geeft de wetenschappelijke literatuur op dit punt?

Kwaliteit is gewaarborgd

Volgens het beperkte beschikbare onderzoek leidt taakherschikking vrijwel nooit tot verlies van kwaliteit van zorg. Aan deze belangrijke randvoorwaarde lijkt dus als regel voldaan te worden. De uitvoering van taken door niet-artsen, zoals de praktijkassistent, de nurse practitioner of de physician assistant, lijkt de tevredenheid van de patiënt bovendien te kunnen vergroten, omdat vaak beter voorzien kan worden in een behoefte aan begeleiding en emotionele steun.

Veel doelmatigheidswinst is vooralsnog niet te verwachten

Keerzijde van deze invulling van taakherschikking is dat niet snel financiële voordelen te verwachten zijn. Op grond van het huidige wetenschappelijke en praktijkinzicht lijkt taakherschikking vooral te kunnen worden ingezet voor specifieke, niet-complexe zorg die goed geprotocolleerd kan worden (bijvoorbeeld de behandeling en begeleiding van diabetespatiënten).

Bovendien zien we dat er vooral sprake is van een toevoeging van zorgprofessionals aan het proces, maar dat het zorgproces niet wezenlijk anders wordt ingericht. Het is denkbaar dat een andere inrichting van het zorgproces voordelen met zich mee zou kunnen brengen die tot nog toe niet zijn benut. Gegevens daarover zijn er op dit moment echter niet.

De wetenschappelijke kennis is beperkt

Een belangrijke bevinding is dat de kennis over de effectiviteit van taakherschikking op dit moment beperkt is, met name in de tweede lijn (het ziekenhuis), waar taakherschikking relatief veel voorkomt. Voor de veronderstellingen over de effecten van taakherschikking die aan het beleid ten grondslag liggen, is vooralsnog dan ook weinig empirische steun te vinden. Dat heeft onder meer te maken met een gebrek aan onderzoek. Het onderzoek dat er is betreft vooral de eerstelijnsgezondheidszorg. Nederlandse experimentele of quasi-experimentele studies zijn nauwelijks voorhanden.

Er is vooral behoefte aan langlopend onderzoek

Niet alleen is meer onderzoek wenselijk, het onderzoek dient ook langduriger te zijn. Het is immers waarschijnlijk dat eventuele effecten op de volksgezondheid pas na loop van tijd zichtbaar worden. Idealiter gaat het om een vergelijking tussen groepen met en zonder nieuwe zorgprofessional, waarbij gekeken wordt naar de kwaliteit van de zorg, de continuïteit van de zorg en de samenwerking tussen de zorgprofessionals, de tevredenheid van patiënten, de tevredenheid van de professionals en de kosteneffectiviteit. Daarbij zal ook aandacht moeten worden gegeven aan het proces en de structuur van de taakherschikking: hoe wordt de zorg tussen de verschillende professionals verdeeld; hoe liggen de verantwoordelijkheden; wat zijn de competenties van de verschillende professionals? Verder verdient het aanbeveling het lopend onderzoek in ons land beter in kaart te brengen.

Acceptatie bij patiënten

Een ander aandachtspunt waarover destijds door de RVZ werd gerapporteerd, was dat de acceptatie van nieuwe zorgprofessionals of een herverdeling van taken binnen bestaande beroepen op weerstand zou kunnen stuiten bij de patiënten. Wat leert de stand van kennis op dit punt?

Patiënten zijn tevreden, maar kiezen vaak nog behoudend. Het beschikbare onderzoek toont aan dat patiënten even tevreden of zelfs meer tevreden zijn met de zorg die zij ontvangen van niet-artsen die in het kader van taakherschikking taken van artsen overnemen. Dit betekent overigens niet dat zij hieraan op voorhand ook de voorkeur geven.

Voorlichting en heldere verantwoordelijkheden kunnen de acceptatie nog vergroten

Het is dus belangrijk dat patiënten vooraf goed geïnformeerd worden over de deskundigheid en competenties van degenen die bepaalde taken overnemen van medici. Ook moet duidelijk zijn wie verantwoordelijk is voor de geboden zorg. Dit is enerzijds een taak van de individuele professionals en de zorginstellingen, en anderzijds de verantwoordelijkheid van de overheid.

4.2 Acceptatie bij beroepsgroepen

In het RVZ-rapport werd aangegeven dat er sprake zou zijn van een moeizame acceptatie in de beroepsgroepen, waardoor zij taken moeilijk uit hand kunnen geven. Welk beeld komt op dat punt naar voren uit de wetenschappelijke literatuur en de input van experts?

Overheveling van taken blijft inderdaad achter bij de verwachting

De daadwerkelijke overheveling van taken blijkt inderdaad achter te blijven bij de verwachting, afgaand op het beschikbare onderzoek. Hoewel artsen positief staan tegenover taakherschikking, blijven zij vaak de eindverantwoordelijkheid dragen, terwijl bepaalde taken wel degelijk overgenomen kunnen worden, en daar ook de bevoegdheid voor geregeld is.

Protocollering kan helpen om het vertrouwen te vergroten

Protocollering, en heldere communicatie daarover, kunnen het vertrouwen tussen beroepsgroepen onderling vergroten, zodat de drempel voor taakherschikking lager wordt. Ook de voorgenomen wettelijke aanpassing zal daarin een rol kunnen spelen.

De zorgbehoefte moet richtinggevend zijn bij de herverdeling van competenties

Maar er is meer nodig. Een belangrijke vraag zou moeten zijn met welke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling de patiënt het beste gediend is. Die invalshoek zou moeten leiden tot *process redesign*, en niet alleen tot een toevoeging van zorgprofessionals. Er zou vooral ingezet moeten worden op het herverdelen van competenties, met de zorgbehoefte als leidraad.

Lang niet alle zinvolle verschuivingen hoeven dus te leiden tot het ontstaan van nieuwe beroepen of nieuwe functies. Die blijken in de praktijk bovendien vaak moeilijk van elkaar te onderscheiden. In dat licht zou het te overwegen zijn om één basisopleiding (HBO-master) in te richten voor de functie van geneeskundige ondersteuner.

4.3 Juridische obstakels

De RVZ constateerde in 2002 een aantal juridische obstakels. Hoe staat het daar intussen mee?

Een aanpassing in de wet BIG zal deels uitkomst bieden

Enkele juridische obstakels voor nurse practitioners en physician assistants zullen worden weggenomen door de voorgenomen aanpassing van de wet BIG. Recent heeft de minister van VWS besloten om bepaalde verpleegkundigen en mondhygienisten een zelfstandige bevoegdheid te geven. Daardoor zouden nurse practitioners en physician assistants, mits bekwaam verklaard door een arts, kleine chirurgische ingrepen kunnen uitvoeren. Dat verheldert de bevoegdheden, en verruimt de mogelijkheden voor artsen om taken te delegeren – en wellicht ook de bereidheid om dat te doen.

In de Geneesmiddelenwet waren al nieuwe bevoegdheden geregeld

De Geneesmiddelenwet is al eerder aangepast, zodat de verpleegkundig specialisten, waartoe de nurse practitioner behoort, binnen de reikwijdte van die wet zelfstandige bevoegdheden hebben die deels in het medische domein liggen, zoals het voorschrijven van medicatie en het verrichten van puncties en katheterisaties.⁸⁰ Ook physician assistants zullen volgens deze wet een zelfstandige bevoegdheid krijgen in het voorschrijven van medicatie.

Toch blijven er lacunes bestaan

Ondanks deze aanpassingen zullen de physician assistants niet onder het tuchtrecht vallen. Voorlopig krijgen zij namelijk niet de status van een zogeheten artikel-3 beroep, in tegenstelling tot nurse practitioners, die vanwege hun verpleegkundige achtergrond wel tot een artikel-3 beroep behoren. Door het opzetten van een eigen tuchtrecht kan wel jurisprudentie worden verkregen, wat belangrijk is voor de normontwikkeling.⁴⁶

Ook zal het in de praktijk blijven voorkomen dat niet-zelfstandig bevoegde professionals in de praktijk toch handelingen verrichten waartoe zij niet bevoegd zijn. Hoewel het daarbij vaak gaat om geprotocolleerd handelen, is dit strikt genomen in strijd met de wet. Dat zou dus vragen om een strakker toezicht en een goed handhavingsbeleid, of om een herziening van de regeling voor voorbehouden handelingen. Ook de zorginstellingen hebben hierbij overigens een verantwoordelijkheid.

Taakherschikking vraagt om een balans tussen regelen en ruimte bieden

In het algemeen zal in de juridische sfeer de juiste balans gevonden moeten worden tussen regelen en ruimte laten. Een te strakke wet- en regelgeving belemmert taakherschikking, maar te veel vrijheid kan tot onnodige risico's leiden.

4.4 Financiële barrières

Tot slot het laatste punt uit het RVZ-advies: de financiële hindernissen.

Belemmeringen zijn nog niet helder in kaart gebracht

Met de invoering van DBC's kunnen ook de kosten die door een niet-medische zorgprofessional worden gemaakt zichtbaar worden. In een aantal DBC's, bij-

voorbeeld ketenzorg diabeteszorg, is meegenomen welke professional welke zorg uitvoert; in andere wordt gewerkt met 'zorgprofielen', waarbij niet wordt gespecificeerd welke beroepsbeoefenaar de handeling uitvoert, maar er toch een vergoeding wordt toegekend. Dat geeft dus de mogelijkheid om flexibel met de uitvoering van de taken om te gaan. Het is op dit moment niet duidelijk welke financiële aspecten taakherschikking eventueel belemmeren.

4.5 Nieuwe aandachtspunten

De beschouwing in dit signalement heeft ook nog een aantal nieuwe aandachtspunten opgeleverd.

Meer aandacht nodig voor de randvoorwaarden

Er is tot dusverre erg weinig aandacht besteed aan organisatorische en andere randvoorwaarden voor taakherschikking. Om voldoende aandacht aan randvoorwaarden te kunnen besteden, dient taakherschikking zoveel mogelijk op het niveau van de werkvloer te worden georganiseerd.

Herinrichting van het zorgproces kan leiden tot doelmatiger werken

Een andere conclusie is dat het aanstellen van nurse practitioners of physician assistants veelal niet leidt tot een herinrichting van het zorgproces *process redesign*. Het is denkbaar dat daarmee doelmatigheidswinst die in principe haalbaar is onbenut wordt gelaten.

Literatuur

- 1 AVVV. Nurse Practitioner, Utrecht: AVVV, 2004.
 - 2 Boerakker I (Nivel). Aanbod en capaciteit. In: Brancherapporten VWS. Den Haag: VWS, <<http://www.brancherapporten.minvws.nl>> De VWS-sectoren\Cure\Feiten en cijfers\Huisartsenzorg\, 27 mei 2005.
 - 3 Brandsma F. In de praktijk. Arnold Romeijnders over ketenzorg rond diabetes: 'Huisarts heeft onmisbare waarde bij diabeteszorg'. Huisarts en Wetenschap 2006; 49 (4): 38-39.
 - 4 Brandsma F. In de praktijk. Dick van der Kwaak over de 'nurse practitioner': 'we moeten af van ons domeindenken.' Huisarts en Wetenschap 2004; 47 (2): 14-15.
 - 5 Brandsma F. Unieke vorm van praktijkondersteuning: Betere kwaliteit van zorg door de 'female poli'. Huisarts en Wetenschap 2004; 47 (6): 62-63.
 - 6 Broers CJM, Dekker NJG, Albersnagel-Thijssen EPL, Arnold AER, Burgersdijk C, Umans VAWM. De nurse practitioner als specialist. Taakverschuiving op een cardiologische afdeling. Medisch Contact 2000; 55 (33/34): 1141-1144.
 - 7 Broers CJM, van Haelst IMM, Umans VAWM, Voorberg MAS. Bekwaam, maar nog niet bevoegd. Nurse practitioners schrijven zelfstandig geneesmiddelen voor. Medisch Contact 2006; 61 (42): 1652-1654.
 - 8 Buchan J, Calman L. (2004) Skill-mix an policy change in the health workforce: Nurses in Advanced Roles. OECD Health Working Papers 17. Directorate for employment, labour and social affairs.
 - 9 Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2005 voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen. Utrecht: 2005.
 - 10 Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2008 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanvullende vervolgopleidingen. Utrecht: 2008.
-

- 11 Denneboom W, Dautzenberg MGH, Grol R, de Smet PAGM. Treatment reviews of older people on polypharmacy in primary care: cluster controlled trial comparing two approaches. *British Journal of General Practice* 2007; 57: 723-731.
- 12 Derckx EWCC, van Leeuwen YD, Toemen T, LEgius MJM. Tussen cure en care: nurse practitioner in de huisartsenpraktijk verdient zichzelf terug. *Medisch Contact* 2005; 60 (49): 1992-1995.
- 13 Derckx EWCC. De NP in de huisartsenpraktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Nurse Practitioners* 2006:13-16.
- 14 Derksen RJ, Bakker FC, Haarman HJThM, Spaans IM, Patka P. Een alternatieve taakherschikking. *Medisch Contact* 2005; 60 (11): 446-447.
- 15 Dijkstra R. Diabeteszorg in ziekenhuizen: lessen voor de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 2006; 49 (3): 157-160.
- 16 Drijver R, Verkooijen E, Bolhuis A. Praktijkvernieuwing. Winst door Triage. *Medisch Contact* 2004; 59 (51): 2031.
- 17 Duchateau DC, Hendrix HL. Twee functies, vaak dezelfde taak: geef opleidingen nurse practitioner en physician assistant common trunk. *Medisch Contact* 2006; 61 (43): 1709-1711.
- 18 Engels Y, Mokkink H, van den Hombergh P, van den Bosche W, Van den Hoogen H, Grol R. Het aantal taken van de praktijkassistente in de huisartsenpraktijk is toegenomen. *Huisarts en Wetenschap* 2004; 47: 325-330.
- 19 Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, Mokkink H, Drijver R, van den Bosch W, Grol R. Safety of Telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? *Quality and Safety in Health Care* 2007; 16: 181-184.
- 20 Giesen P, Moll van Charante E, Mokkink H, Bindels P, van den Bosch W, Grol R. Onderzoek. Wie een huisartsenpost belt, verwacht een huisarts aan de telefoon. *Huisarts en Wetenschap* 2008; 51 (3): 147-150.
- 21 Giesen PHJ, Halink D. Smeerolie van de huisartsenpost. Patiënten en hulpverleners tevreden over regiearts. *Medisch Contact* 2007; 62 (9): 371-373.
- 22 Goossensen A, van Vliet A, de Graaf H, Verhoeven K, van der Have, Berg M, Burger C. Taakherschikking in de praktijk. *Anders Werken in het Erasmus MC*. *Medisch Contact* 2005; 60 (19): 815-818.
- 23 Harbert K, van den Brink G, Smith R, van Bergen B. Best Practice Approach to the Development of an International Physician Assistant Program: The University of Arnhem-Nijmegen Model Perspective on Physician Assistant Education 2004;15(1):106-115.
- 24 Harmsen M, Laurant M, Van Achterberg T, Hulscher M, Wensing M, Wollersheim H, e.a. Effecten van taakherschikking in de gezondheidszorg: uitkomsten van literatuuronderzoek. Nijmegen: Afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK) UMC St Radboud Nijmegen; 2007.
- 25 Hollinghurst S, Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Comparing the cost of nurse practitioners and GPs in primary care: modeling economic data from randomized trials. *British Journal of General Practice* 2006; 56: 530-535.
-

- 26 Hooker RS; Hogan K; Leeker E. The Globalization of the Physician Assistant Profession. *Journal of Physician Assistant Education* 2007;18(3):76-85.
- 27 Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002; 324: 819-823.
- 28 <http://www.physicianassistant.nl> (geraadpleegd februari 2008).
- 29 Kenbeek J, Rademakers J. Overenkomsten en verschillen in taken, verantwoordelijkheden en competenties van nurse practitioners en physician assistants in ziekenhuizen, nu en in de toekomst. Utrecht: UMC Consult in samenwerking met Expertisecentrum voor Onderwijs en Opleiding UMC Utrecht. Utrecht: 2006.
- 30 Koert AM, Veen-de Vries N, de Haan J. Werkdruk en delegeren in de huisartsenpraktijk. *De huisarts in Nederland* 2000 (4): 15-19.
- 31 Koopman P. Praktijkondersteuner: een functie of beroep? *Tijdschrift voor en door praktijkondersteuners* 2008; 1(1): 14-15.
- 32 Lattimer V, George S, Thompson F, e.a. (the South Wiltshire Out of Hours Project (SWOOP) Group). Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 1998; 317: 1054-1059.
- 33 Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub2.
- 34 Laurant MGH, Hermens RPMG, Braspenning JCC, Sibbald B, Grol RPTM. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: a randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 328: 927-30. (doi:10.1136/bmj.38041.493519EE).
- 35 Laurant MGH. Changes in skill mix. The impact of adding nurses to the primary care team. *RUN*. 2007.
- 36 LEVV. Beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg. Utrecht: LEVV. 2004.
- 37 LHV. Competenties en eindtermen praktijkondersteuners. Utrecht: LHV, juni 2004.
- 38 LHV. Nieuwe ondersteunende beroepen in de huisartsenpraktijk. Utrecht: LHV. 2006.
- 39 LIPZ. Gevolgen directe toegang voor de patiëntenpopulatie van de fysiotherapeut. *FysioPraxi*; 2006: 24-29.
- 40 Lowe CJ, Petty DR, Zermansky AG, Raynor DK. Development of a method for clinical medication review by a pharmacist in general practice. *Pharmacy World & Science* 2000; 22 (4): 121-126.
- 41 Meulepas MA. Evaluation of a chronic care model for primary care. *RUN*, 2007.
- 42 Ministerie VWS, ZN, LHV. Convenant LHV, ZN, en VWS inzake de versterking van de huisartsenzorg. Den Haag/Utrecht. 30 juni 1999.
- 43 MJ van den Berg, ED Kolkhof, DH de Bakker, J van der Zee. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2004.
- 44 NAPA. Beroepsprofiel Physician Assistant. Utrecht: NAPA 2007.
- 45 Nieuwsreflex. PA's bij huisartsen blijken honkvast. *Medisch Contact* 2007; 62 (46): 1886.
- 46 Nieuwsreflex. Physician assistants organiseren eigen tuchtrecht. *Medisch Contact* 2007; 62 (10): 409.
-

- 47 Nieuwsreflex. Weinig animo voor POH-opleiding (Nieuwsreflex). Medisch Contact 2004; 59 (50): 1978.
- 48 NVDA. Beroepsprofiel doktersassistent. Utrecht: NVDA. 2005.
- 49 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ; 2002.
- 50 Raftery JP, Yao GY, Murchie P, Campbell NC, Ritchie LD. Cost effectiveness of nurse led secondary prevention clinics for coronary heart disease in primary care: follow up of a randomized controlled trial. *BMJ* 2005; 330: 707-710.
- 51 Romijn EC. Medische eindtermen van de opleiding praktijkondersteuner. 2004.
- 52 Roodbol PF, Jaspers FrCA. Nurse practitioner op masterniveau. *Medisch Contact* 2000; 55(2): 51-53.
- 53 Roodbol PF. Nurse Practitioner in Nederland: wat hangt de huisarts boven het hoofd? *Huisarts en Wetenschap* 2006; 49 (6): 321-323.
- 54 Schlooz-Vries MS, Raatgever M, Versluis JP, Hennipman A, Borel Rinkes IHM. Patiënten tevreden over nurse practitioner. *Medisch Contact* 2000; 55 (2): 48-50.
- 55 Sibbald B, Laurant M, Reeves D. Advance Nurse Roles in UK Primary Care. *The Medical Journal of Australia* 2006; 185 (1): 10-12.
- 56 Sibbald B, Laurant M, Scott T. Changing task profiles. In: Saltman RB, Rico A, Boerma W, editors. *Primary care in de the driver's seat? Organizational reform in European primary care.* Berkshire: Open University Press; 2006.
- 57 Simkens A, van baar M, van Balen F, Schrijvers G. Een onderzoek naar de physician assistant in de huisartsenpraktijk in opleiding (PAHio). Presentatie op de onderzoeksbijeenkomst over taakherschikking georganiseerd door MOBG op 1 februari 2006.
- 58 Simkens A. Persoonlijke communicatie (maart 2008).
- 59 Sorgdrager J. In de praktijk: Praktijkondersteuner nader onderzocht: Wel degelijk tijdsbesparing voor de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 2003; 46 (4): 226-227.
- 60 Spelten ER, Gubbels JW. Een medisch callcenter in de praktijk. Onderzoek naar effect en ervaring. *Huisarts en Wetenschap* 2003; 46 (10): 543-456.
- 61 Spengelink-Schut G. Persoonlijke communicatie (maart 2008).
- 62 Steuten L, Vrijhoef B, van Merode F, Wesseling GJ, Spreeuwenberg C. Evaluation of a regional disease management programme for patients with asthma or chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal for Quality in Health Care* 2006; 18 (6): 429-436.
- 63 Steuten LMG, Vrijhoef HJM, Landewé-Cleuren S, Schaper N, Van Merode GG, Spreeuwenberg C. A disease management programme for patients with diabetes mellitus is associated with improved quality of care within existing budgets. *Diabetic Medicine* 2007; 24: 112-1120.
- 64 Stuurgroep MOBG. Eenheid in verscheidenheid. Utrecht: 2005.
- 65 Ten Hoeve Y, Roodbol PF. Praktijkervaring met taakherschikking. Effecten van de Nurse Practitioner en de Physician Assistant bij de mammapathologie. Groningen: Wenckebach Instituut, Universitair Medisch Centrum Groningen. mei 2007.
-

- 66 Ten Hoeve Y, Roodbol PF. Praktijkervaring met taakherschikking. Effecten van de Nurse Practitioner en de Physician Assistant bij de cardiothoracale chirurgie. Groningen: Wenckebach Instituut, Universitair Medisch Centrum Groningen. juli 2007.
- 67 Ten Hoeve Y, Roodbol PF. Praktijkervaring met taakherschikking. Effecten van de Nurse Practitioner en de Physician Assistant bij de orthopedie. Groningen: Wenckebach Instituut, Universitair Medisch Centrum Groningen. september 2007.
- 68 Tweede Kamer der Staten-Generaal. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2003-2004. 2007. 's-Gravenhage, Sdu Uitgevers.
- 69 Tweede Kamer der Staten-Generaal. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2005-2006. 17-1-2006. 's-Gravenhage, Sdu Uitgevers.
- 70 Van den Berg M, de Bakker D. Meta-analyse: introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland. Utrecht: Nivel. 2003.
- 71 Van den Berg M, Simkens A. Praktijkondersteuner en assistente: wie doet wat? Huisarts & Wetenschap 2006; 49: 397.
- 72 Van den Berg MJ, Nijland A, de Bakker D, Kolthof ED. De rijzende ster van een oude bekende. Medisch Contact 2004; 15: 588-591.
- 73 Van den Driesschen Q. Jaarverslag 2006. NAPA. Mei 2007.
- 74 Van Offenbeek MAG, ten Hoeve Y, Roodbol PF. Nurse practitioners combineren cure en care: de effecten van de substitutie van artsentaken in beeld. Medisch Contact 2004; 59 (1/2): 18-21.
- 75 Van Offenbeek MAG, van kampen TJ, ten Hoeve Y, Roodbol PF, Wijngaard J. De potentie van een NP. Inzet van nurse practitioner op mammapoli kan vele voordelen hebben. Medisch Contact 2008; 63 (4): 147-152.
- 76 Van Rooijen A. De kunst van het loslaten. Oordeel van artsen over nieuwe zorgverleners. Medisch Contact 2003; 58 (45): 1725-1728.
- 77 Van Son L, Vrijhoef B, Crebolder H, van Hoef L, Beusmans G. De huisarts ondersteund, een verkenning naar de bijdragen van de praktijkondersteuner. Huisarts en Wetenschap 2004; 47: 15-21.
- 78 Van Steenwijk-Opdam P, Mol van Charante E, Ebbens E, Bindels P. invoering van de huisartsenpost in Almere: effecten van schaalvergroting en triage op de zorgvraag. Huisarts en Wetenschap 2007; 50 (6): 244-247.
- 79 VAZ. Nieuwe professionals in de gezondheidszorg. Rapport. Utrecht: VAZ, 2004. VAZ-nr 040258.
- 80 VBOC, AVVV. Verpleegkundige toekomst in goede banen. Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening. Utrecht: mei 2006.
- 81 Vrijhoef HJM, Diedericks JPM, Spreeuwenberg C, Wolfenbuttel BHR. Substitution model with central role for nurse specialist is justified in the care for stable type 2 diabetic outpatients. Journal of Advanced Nursing 2001; 36 (4): 546-555.
- 82 Vrijhoef HJM. Is it justifiable to treat chronic patients by nurse specialist. UM, 2002.
- 83 Vrijhoef HJM, Dideriks JPM, Wesseling GJ, van Schayck CP, Spreeuwenberg C. Undiagnosed patients and patients at risk for COPD in primary health care: early detection with the support of non-physicians. Journal of Clinical Nursing 2003; 12: 366-373.
-

- 84 Westert GP, Verkleij H (red.). Nieuwe beroepen in de zorg. In: Zorgbalans. Bilthoven: RIVM,
<<http://www.gezondheidszorgbalans.nl>> Toegankelijkheid\ Beroepen en opleidingen, 24 mei 2006.
- 85 www.nvda.nl (geraadpleegd februari 2008).
- 86 www.NVvPO.nl (geraadpleegd maart 2008).
- 87 Zermansky AG, Petty DR, Raynor DK, Freemantle N, Vail A, Lowe CJ. Randomised controlled trial
of clinical medication review by a pharmacist of elderly patients receiving repeat prescriptions in
general practice. *BMJ* 2001; 323: 1340-1345.

-
- A Totstandkoming van het signalement
-
- B Samenvatting van rapport "Effecten van taakherschikking in de gezondheidszorg: uitkomsten van literatuuronderzoek"
-
- C Overzicht van Nederlandse publicaties van 1998 tot maart 2008
-
- D Deelnemers aan de invitational conference

Bijlagen

Totstandkoming van het signalement

Dit signalement is geschreven door mr. A. Bood, secretaris bij de Gezondheidsraad tot 1 juli 2007 en mw. dr. M.G.H. Laurant, senior onderzoeker bij het Scientific Institute for Quality of Healthcare (voorheen afdeling Kwaliteit van Zorg) van het UMC St. Radboud, Nijmegen, in opdracht van de Gezondheidsraad, en in nauwe samenwerking met:

- Prof. dr. R.P.T.M. Grol, hoogleraar kwaliteit van zorg, Scientific Institute for Quality of Healthcare, UMC St. Radboud, Nijmegen.
- Mw. prof. dr. M. de Visser, vice-voorzitter Gezondheidsraad, neuroloog, Academisch Medisch Centrum Amsterdam.

Het signalement is daarna redactioneel bewerkt door dr. P. Slot, redacteur bij de Gezondheidsraad. De afronding van het signalement was in handen van drs. E.J. Schoten, secretaris bij de Gezondheidsraad.

“Effecten van taakherschikking in de gezondheidszorg: uitkomsten van literatuuronderzoek”

Samenvatting van het rapport

Systematisch literatuuroverzicht

M. Harmsen
M. Laurant
T. Van Achterberg
M. Hulscher
M. Wensing
H. Wollersheim
en R. Grol

Taakherschikking in de gezondheidszorg: Een systematisch literatuuroverzicht
Nijmegen: afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK), UMC St. Radboud
Mei 2007

Het volledige rapport kan worden geraadpleegd via www.iqhealthcare.nl.

Achtergrond

Taakherschikking in de gezondheidszorg, het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepsgroepen, staat sinds de jaren negentig van de vorige eeuw sterk in de belangstelling in Nederland. Het gaat daarbij om onder meer nurse practitioners, physician assistants, gespecialiseerde verpleegkundigen en triagisten. Zij nemen een deel van de taken van, met name, artsen over. Er worden van taakherschikking positieve effecten verwacht op de toegankelijkheid en soms ook de kwaliteit van zorg. Onbekend is welke effecten er zijn op de medisch-inhoudelijke kwaliteit van de zorg, op de werkdruk van artsen, op de beschikbaarheid van zorg en op de kosten van de zorg. Daartoe is het in dit rapport beschreven literatuuronderzoek uitgevoerd.

Doelen

Het doel van het literatuuronderzoek is antwoord te geven op de vraag wat de effecten zijn van taakherschikking van arts naar verpleegkundige in de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg op de gezondheid van de patiënt, de tevredenheid van de patiënt, de kwaliteit van zorg, de werklust en tevredenheid van artsen, het gebruik van zorgvoorzieningen en -middelen en de kosten.

Zoekstrategieën

In de Cochrane Library, Medline, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health), ProQuest, Sociological Abstracts en GLIN (Grijze Litaratuur in Nederland) is begin 2007 allereerst gezocht naar systematische reviews (literatuuroverzichten) over taakherschikking in de eerste en/of tweede lijn. Tevens werd gebruik gemaakt van een lijst met reviews die door de EPOC (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group) was opgesteld en werd gezocht via Google Scholar en op de websites van het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), het LEVV (Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging) en Prismaut. Aanvullend is in Medline en CINAHL gezocht naar recente originele studies (2000-2007).

Selectie en beoordeling

Dataverzameling en -beoordeling vond op gestructureerde wijze plaats. Als eerste werden titel, abstract en eventueel gehele inhoud van de reviews en originele studies beoordeeld op relevantie van het onderwerp. Geselecteerd werden

reviews die zich oriënteerden op taakherschikking in de eerste en/of tweede lijn, maar niet tussen de eerste en tweede lijn.

Doel moest zijn om de zorg door verpleegkundigen te vergelijken met de geleverde zorg door artsen (standaardzorg of nieuwe zorg). Daarna werd de methodologische kwaliteit beoordeeld van de reviews die inhoudelijk interessant waren. Reviews die onvoldoende scoorden werden geëxcludeerd. De originele studies moesten gecontroleerde studies zijn. Tenslotte werd de inhoud van de geïncludeerde reviews op gestructureerde wijze samengevat op een scoringsformulier. De diverse beoordelingen gebeurden telkens door twee onderzoekers. De beoordelingen werden onafhankelijk van elkaar uitgevoerd en hierna besproken met als doel te komen tot overeenstemming. De inhoud van de originele studies werd niet samengevat aan de hand van een scoringsformulier.

Belangrijkste resultaten

Elf reviews werden geïncludeerd met totaal 155 referenties. De geïncludeerde reviews betroffen drie reviews over taakherschikking in de eerstelijns gezondheidszorg in het algemeen; twee reviews over taakherschikking in geval van diabetes mellitus type II (één in de eerste lijn en één in de eerste en tweede lijn); en telkens één review over huisbezoeken bij COPD, bronchiëctasis in de eerste lijn, epilepsie in de eerste lijn, hoge bloeddruk in de eerste lijn, telefonische triage in de eerste lijn en zorg op door verpleegkundigen geleide afdelingen in het ziekenhuis. Aanvullende zoekacties naar originele studies leverden zeven aanvullende studies op. Er werden geen reviews of originele studies gevonden over physician assistants.

Op de vraag of taakherschikking leidt tot gezondheidswinst bij patiënten is moeilijk een eenduidig antwoord te geven. In de meeste studies werden geen verschillen gevonden tussen patiënten behandeld door een verpleegkundige of patiënten behandeld door een arts. In bepaalde studies bleek dat zorg door verpleegkundigen meer effect had op het psychisch welbevinden, de mate van afhankelijkheid, de functionele status en de kwaliteit van leven van patiënten dan de standaardzorg door artsen. Twee van vier reviews vonden een grotere patiënttevredenheid indien de zorg werd geleverd door verpleegkundigen.

Taakherschikking had weinig invloed op de kwaliteit van de verleende zorg, maar leek wel invloed te hebben op de werklast van de arts. Er werden geen gegevens over tevredenheid van de artsen gevonden.

De effecten van taakherschikking op het gebruik van zorgvoorzieningen en -middelen zijn wisselend. Wat betreft het aantal verwijzingen, medicatievoorschriften en diagnostiek was het handelen van verpleegkundigen meestal gelijk

aan dat van artsen. In sommige gevallen werd meer verwezen of werd meer diagnostisch onderzoek aangevraagd. Het lijkt erop dat patiënten meer herhaalconsulten hebben door de verpleegkundige zorg. In ieder geval hielden verpleegkundigen langere consulten dan de standaardzorg.

De invloed van taakherschikking op de kosten van de zorg zijn nog onduidelijk; de gevonden resultaten waren zeer tegenstrijdig.

Discussie

De in dit literatuuroverzicht beschreven reviews en originele studies gingen allen over taakherschikking van artsen naar verpleegkundigen. Reviews of studies over taakherschikking naar physician assistants werden niet gevonden. Meer eenduidigheid is gewenst met betrekking tot het begrippenkader: wat wordt precies verstaan onder een nurse practitioner, een physician assistent, etc.

In het algemeen gold dat de zorg geleverd door verpleegkundigen gelijk was aan de standaardzorg. De meeste studies (geïnccludeerd in de reviews danwel de originele studies) waren echter van korte duur, waardoor er dus in korte tijd grote veranderingen moesten worden doorgevoerd. Dit kan invloed hebben gehad op de uitkomstmaten. Taakherschikking is dus niet alleen een kwestie van het overnemen van taken van de ene begroepsgroep door de andere, maar ook een kwestie van organisatorische veranderingen.

Het is nog te vroeg om te concluderen dat taakherschikking zonder meer leidt tot verlichting van de werklust van artsen en reductie van de kosten en zorg, ondanks de sterke verwachtingen die daarover bestaan bij veel beleidsmakers. Mogelijk dat de kwaliteit van de patiëntenzorg wel verbetert, juist doordat de verpleegkundige zorg gaat verlenen die voorheen niet werd geleverd. In dit review is niet ingegaan op mogelijke neveneffecten van taakherschikking en de discussie hoe veilig en competent het handelen van verpleegkundigen eigenlijk is.

Meer gecontroleerd onderzoek is nodig, vooral naar de effecten en neveneffecten van de inzet van physician assistants en taakherschikking in de tweede lijn, en naar de gevolgen van taakherschikking op de werklust en werkdruk van artsen, de toegankelijkheid van de zorg en de kosten.

Overzicht van Nederlandse publicaties van 1998 tot maart 2008

-
- 1 Bosman M, Clement A, van Acker W, de Lange J. Een GGZ-verpleegkundige in de praktijk, wat heb je eraan? *Huisarts en Wetenschap* 2004; 47 (4): 188-191
 - 2 Brandsma F. In de praktijk. Arnold Romeijnders over ketenzorg rond diabetes: 'Huisarts heeft onmisbare waarde bij diabeteszorg'. *Huisarts en Wetenschap* 2006; 49 (4): 38-39.
 - 3 Brandsma F. In de praktijk. Dick van der Kwaak over de 'nurse practitioner': 'we moeten af van ons domeindenken.' *Huisarts en Wetenschap* 2004; 47 (2): 14-15.
 - 4 Brandsma F. In de praktijk. Frank van Balen over de 'physician assistant': 'Meer ruimte voor mijn kwaliteit, kennis en kunde'. *Huisarts en Wetenschap* 2003; 46 (13): 790-791.
 - 5 Brandsma F. In de praktijk. Jan Kersseboom over de 'praktijkassistente-plus'. *Huisarts en Wetenschap* 2004; 47 (3): 26-27.
 - 6 Brandsma F. In de praktijk. Unieke vorm van praktijkondersteuning: Betere kwaliteit van zorg door de 'female poli'. *Huisarts en Wetenschap* 2004; 47 (6): 62-63.
 - 7 Broers CJM, Dekker NJG, Albersnagel-Thijssen EPL, Arnold AER, Burgersdijk C, Umans VAWM. De nurse practitioner als specialist. Taakverschuiving op een cardiologische afdeling. *Medisch Contact* 2000; 55 (33/34): 1141-1144.
 - 8 Broers CJM, van Haelst IMM, Umans VAWM, Voorberg MAS. Bekwaam, maar nog niet bevoegd. Nurse practitioners schrijven zelfstandig geneesmiddelen voor. *Medisch Contact* 2006; 61 (42): 1652-1654.
 - 9 Bussemakers H, Ebbens E, Kwaak D.A. van der, Ijsackers R. Praktijk overtreft verwachtingen: nurse practitioner dringt huisartsentekort drastisch terug (Achtergrond). *Medisch Contact* 2005; 60 (44): 1763-1766.
-

- 10 Bussemakers H, Schultz U, van Vlerken M, van der Kwaak DA, Ebbens EH. De rolverdeling. Taakherschikking en taakverdeling in de huisartsenpraktijk. *Medisch Contact* 2007; 62 (28): 1216-1218.
- 11 Bussemakers HJJM. Taakherschikking en taakverdeling in de huisartspraktijk. De taakverdeling tussen huisarts, praktijkassistent, praktijkondersteuner en nurse practitioner. Leiden: STG, 2006.
- 12 Bussemakers HJJM. Taakherschikking in de huisartsenzorg. De effecten van taakherschikking op de behoefte aan (para)medici en verpleegkundigen. Leiden: STG, 2005.
- 13 Bussemakers HJJM. Taakherschikking in de neurologie. De effecten van taakherschikking op de behoefte aan (para)medici en verpleegkundigen. Leiden: STG, 2006.
- 14 Crebolder H, Beusmans G. Ingezonden brief. De praktijkondersteuner. *Huisarts en Wetenschap* 2004; 47 (4): 205.
- 15 Derckx EWCC, van Leeusen YD, Toemen T, Legius MJM. Tuseen cure en care. Nurse practitioner in de huisartsenpraktijk verdient zichzelf terug. *Medisch Contact* 2005; 60 (49): 1992-1994.
- 16 Derks M, Spelten ER, Kool RB. Intermediair tussen arts en patiënt. *Medisch Contact* 2004; 59 (19): 784-787.
- 17 Derksen RJ, Bakker FC, Haarman HJThM, Spaans IM, Patka P. Een alternatieve taakherschikking. *Medisch Contact* 2005; 60 (11): 446-447.
- 18 Dijkstra R. Diabeteszorg in ziekenhuizen: lessen voor de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 2006; 49 (3): 157-160.
- 19 Drijver R, in 't Veld K. Leidraad voor de praktijkassistent. Telefoonwijzer helpt bij het beoordelen van telefonische hulpvragen. *Medisch Contact* 2002; 57 (47): 1727-1729.
- 20 Drijver R, Verkooijen E, Bolhuis A. Praktijkvernieuwing. Winst door Triage. *Medisch Contact* 2004;
- 21 Duiverman SJ, van der Molen. Wel en wee van praktijkondersteuning. *Medisch Contact* 2003; 58 (3): 69-71.
- 22 Ebbens E. Delegeren in de huisartsenpraktijk. *Medisch Contact* 2002; 57 (12): 463-465.
- 23 Engels Y, Mokkink H, van den Hombergh P, van den Bosch W, van den Hoogen, Grol R. Het aantal taken van de praktijkassistent in de huisartsenpraktijk is toegenomen. *Huisarts en Wetenschap* 2004; 47 (4): 325-330.
- 24 Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, Mokkink H, Drijver R, van den Bosch W, Grol R. Safety of Telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? *Quality and Safety in Health Care* 2007; 16: 181-184.
- 25 Giesen P, Moll van Charante E, Mokkink H, Bindels P, van den Bosch W, Grol R. Onderzoek. Wie een huisartsenpost belt, verwacht een huisarts aan de telefoon. *Huisarts en Wetenschap* 2008; 51 (3): 147-150.
- 26 Giesen PHJ, Halink D. Smeerolie van de huisartsenpost. Patiënten en hulpverleners tevreden over regiearts. *Medisch Contact* 2007; 62 (9): 371-373.
- 27 Göbel A. Ingezonden brief. Nurse practitioners in Nederland (reactie op Nurse practitioner in Nederland: wat hangt de huisarts boven het hoofd? *Huisarts en Wetenschap* 2006; 49 (6): 321-323). *Huisarts en Wetenschap* 2006; 49 (11): 586.
-

- 28 Goossensen A, van Vliet A, de Graaf H, Verhoeven K, van der Have, Berg M, Burger C.
Taakherschikking in de praktijk. *Anders Werken in het Erasmus MC. Medisch Contact* 2005; 60 (19):
815-818.
- 29 Goudswaard L. Beschouwing. De kwaliteit van de diabeteszorg in de huisartsenpraktijk: kan het (nog)
beter? *Huisarts en Wetenschap* 2006; 49: 153-157.
- 30 Houweling ST, Kleefstra N, van Ballegooie E, Verhoeven S, Bilo HJG, Meyboom-de Jong B.
Onderzoek. Taakverschuivingen in de eerstelijns diabeteszorg. Een enquête onder ruim vierhonderd
praktijkondersteuners. *Huisarts en Wetenschap* 2006; 49 (3): 118-122.
- 31 Laurant MGH, Hermens RMPG, Braspenning JCC, grol RPTM. Onderzoek. Welke ondersteuning
kan een praktijkverpleegkundige de huisarts bieden? Een praktijkvoorbeeld. *Huisarts en Wetenschap*
2002; 45 (1): 652-657.
- 32 Meulepas M, Braspenning J, Vlek H, Lucas A, de Grauw W, Grol R. Implementatie.
Eerstelijnszorgmodel voor diabetes type 2: toepasbaar en haalbaar. *Huisarts en Wetenschap* 2006; 49
(7): 356-360.
- 33 Nieuwsreflex. PA's bij huisartsen blijken honkvast. *Medisch Contact* 2007; 62 (46): 1886.
- 34 Roodbol PF, Jaspers FrCA. Nurse practitioner op masterniveau. *Medisch Contact* 2000; 55 (2): 51-
53.
- 35 Roodbol PF. Antwoord. *Huisarts en Wetenschap* 2006; 49 (6): 586.
- 36 Roodbol PF. Discussie. Nurse Practitioner in Nederland: wat hangt de huisarts boven het hoofd?
Huisarts en Wetenschap 2006; 49 (6): 321-323.
- 37 Schlooz-Vries MS, Raatgever M, Versluis JP, Hennipman A, Borel Rinkes IHM. Patiënten tevreden
over nurse practitioner. *Medisch Contact* 2000; 55 (2): 48-50.
- 38 Simkens A, van Baar M, van Balen F, Schrijvers G. een onderzoek naar de physician assistant in de
huisartsenpraktijk in opleiding (PAHio). Presentatie op de onderzoeksbijeenkomst over
taakherschikking georganiseerd door MOBG op 1 februari 2006.
- 39 Sorgdrager J. In de praktijk: Praktijkondersteuner nader onderzocht: Wel degelijk tijdsbesparing voor
de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 2003; 46 (4): 226-227.
- 40 Spelten ER, Gubbels JW. Een medisch callcenter in de praktijk. Onderzoek naar effect en ervaring.
Huisarts en Wetenschap 2003; 46 (10): 543-456.
- 41 Spreeuwenberg C, Ruissen CJ, Schaper NC. Transmurale diabeteszorg. Maastrichts model kiest voor
gezamenlijke verantwoordelijkheid. *Medisch Contact* 2004; 59 (48): 1911-1913.
- 42 Stalenhoef A. In de praktijk: Stagebegeleiding van de praktijkverpleegkundige: 'Zo gaat er eens een
frisse wind door de praktijk!'. *Huisarts en Wetenschap* 2006; 49 (8): 86-87.
- 43 Steuten L, Vrijhoef B, van Merode F, Wesseling GJ, Spreeuwenberg C. Evaluation of a regional
disease management programme for patients with asthma or chronic obstructive pulmonary disease.
International Journal for Quality in Health Care 2006; 18 (6): 429-436.
- 44 Steuten LMG, Vrijhoef HJM, Landewé-Cleuren S, Schaper N, Van Merode GG, Spreeuwenberg C.
A disease management programme for patients with diabetes mellitus is associated with improved
quality of care within existing budgets. *Diabetic Medicine* 2007; 24: 112-1120.
-

- 45 Ten Hoeve Y, Knip M, van Offenbeek MAG, Roodbol PF. Rollen voor de Nurse Practitioner; naar een adequate positionering van NP'ers in zorgprocessen. Tijdschrift voor verpleegkundigen 2006 (2): 31-37.
- 46 Ter Brugge A, Helsloot RSM, in 't Veld CJ. Opinie. Ruim baan voor de praktijkverpleegkundige. Medisch Contact 2006; 61 (9): 371.
- 47 Timmers AP, de Waal MWM, Ong RSG, Dijkers FW. Een deskundig alternatief. Medisch Contact 2002; 57 (46): 1701-1704.
- 48 Van Bruggen- de Haan A. De vrijgevestigde verpleegkundige groepspraktijk. Utopie of nabije toekomst? Medisch Contact 1998; 53 (49): 1577-1578.
- 49 Van den Berg M, Simkens A. LINH-cijfers. Praktijkondersteuner en assistente: wie doet wat? Huisarts en Wetenschap 2006; 49 (8): 397.
- 50 Van der Meer HCB, Smilde AMP, Drijver CR. Onbekwaam maakt onbevoegd. Telefonisch triage geldt als risicovolle handeling. Medisch Contact 2003; 58 (5): 173-176.
- 51 Van Rooijen A. De kunst van het loslaten. Oordeel van artsen over nieuwe zorgverleners. Medisch Contact 2003; 58 (45): 1725-1728.
- 52 Van Son L, Vrijhoef B, Crebolder H, van Hoef L, Beusmans G. Antwoord. Huisarts en Wetenschap 2004; 47 (6): 311.
- 53 Van Son L, Vrijhoef H, Crebolder H, van Hoef L, Beusmans G. Onderzoek. De huisarts ondersteund. Een RCT naar het effect van een praktijkondersteuner bij astma, COPD en diabetes. Huisarts en Wetenschap 2004; 47 (1): 15-21.
- 54 Van Steenwijk-Opdam P, Mol van Charante E, Ebbens E, Bindels P. Invoering van de huisartsenpost in Almere: effecten van schaalvergroting en triage op de zorgvraag. Huisarts en Wetenschap 2007; 50 (6): 244-247.
- 55 Vink I, Klaassen A. Twee petten. Thuiszorgverpleegkundige biedt geïntegreerde zorg in huisartsenpraktijk. Medisch Contact 2004; 59 (48): 1898-1899.
- 56 Visser JJ, Bastmeijer J. Een stap te ver. Triage door doktersassistenten is maatschappelijk ongewenst. Medisch Contact 2003; 58 (4): 132-135.
- 57 Vrijhoef HJM, Diedericks JPM, Spreeuwenberg C, Wolffenbuttel BHR. Substitution model with central role for nurse specialist is justified in the care for stable type 2 diabetic outpatients. Journal of Advanced Nursing 2001; 36 (4): 546-555.
- 58 Vrijhoef HJM, Dideriks JPM, Wesseling GJ, van Schayck CP, Spreeuwenberg C. Undiagnosed patients and patients at risk for COPD in primary health care: early detection with the support of non-physicians. Journal of Clinical Nursing 2003; 12: 366-373.
- 59 Wulfel  M. Ingezonden brief. Praktijkondersteuner (2). Huisarts en Wetenschap 2004; 47 (6): 311.
- 60 Zaat J. Antwoord. Huisarts en Wetenschap 2004; 47 (4): 205.
- 61 Zaat J. Antwoord. Huisarts en Wetenschap 2004; 47 (6): 311-312.
- 62 Zwart S, Filippo M. Discussie. Verzet LHV en NHG tegen nieuwe functie in de eerste lijn berust op koudwatervrees. Huisarts en Wetenschap 2006; 49 (12): 632-634.
-

Deelnemers aan de invitational conference

Op 10 april 2007 organiseerden de Gezondheidsraad en het Petrus Camper Instituut een invitational conference over 'taakherschikking in de gezondheidszorg'.

Daaraan namen de volgende deskundigen deel:

- mw. prof. dr. M. de Visser (Gezondheidsraad) (*voorzitter*)
- dhr. mr. A.L. Asscher (Petrus Camper Instituut)
- dhr. mr. A. Bood (Gezondheidsraad)
- mw. mr. R. Buijse (Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging)
- dhr. prof. dr. J. Dekker (Vrije Universiteit Medisch Centrum)
- mw. drs. E.J.M. Nieveen-van Dijken (Petrus Camper Instituut)
- dhr. prof. dr. R.P.T.M. Grol (Universitair Medisch Centrum St Radboud,/Universiteit Maastricht)
- mw. drs. N.P. Gruijters (Nederlands Huisartsen Genootschap)
- dhr. drs. W.G.J.M. van der Ham (Petrus Camper Instituut)
- dhr. dr. J. Hansen (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg NIVEL)
- dhr. drs. Fr.C.A. Jaspers (Universitair Medisch Centrum Groningen)
- dhr. prof. dr. J.H. Kingma (Petrus Camper Instituut)
- mw. dr. V.C.M. Kuck-Koot (Petrus Camper Instituut)
- mw. drs. M. Laurant (Universitair Medisch Centrum St Radboud)
- dhr. drs. R. van Nieuwenhuizen (Petrus Camper Instituut)
- mw. mr. G.P.M. Raas (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg)

- mw. dr. A.H.J. van de Rijdt-van de Ven (Van de Rijdt Adviesbureau voor de Gezondheidszorg)
- mw. dr. P.F. Roodbol (Universitair Medisch Centrum Groningen)
- mw. drs. A. Simkens (Universitair Medisch Centrum Utrecht)
- mw. drs. H.M.J. Slot (Orde van Medisch Specialisten)
- dhr. dr. G.H.M. ten Velden (Gezondheidsraad)
- dhr. dr. ir. C.M. Vos (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport)
- mw. drs. I. de Vreede (Landelijke Vereniging van Assistent Geneeskundigen)
- dhr. dr. H.J.M. Vrijhoef (Universiteit Maastricht)
- dhr. drs. J.F.M. Werner (Petrus Camper Instituut)

De bevindingen van deze bijeenkomst zijn weergegeven in paragraaf 3.3 van dit signalement.