

Wettelijke kaders taakherschikking verpleegkundig specialist en physician assistant

Historisch, huidig en toekomstig perspectief



Aliënde van Goor

Mr. drs. A. van Goor, jurist gezondheidsrecht en verpleegkundig specialist AGZ, Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), directie regulering, tweedelijns somatische zorg, projectleider taakherschikking, Utrecht

Leerdoelen

Na het bestuderen van dit artikel:

- weet je hoe taakherschikking in zijn algemeenheid tot stand is gekomen;
- ben je op de hoogte van de wet- en regelgeving relevant bij taakherschikking voor de verpleegkundig specialist en physician assistant;
- weet je welke beroepen te vinden zijn in art. 3 van de Wet BIG;
- kun je vijf beroepen noemen die in het BIG-register staan en onder het tuchtrecht vallen;
- ben je op de hoogte van de voorwaarden van taakdelegatie;
- kun je het belang benoemen van de NZa om het openen van DBC's en het registreren van zorgactiviteiten door VS en PA op eigen AGB-code te monitoren.

Taakherschikking naar verpleegkundig specialist (VS) en physician assistant (PA) wordt ingezet als middel om de zorg in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden. Historisch gezien gaat het om een geleidelijk proces. De eerste, beperkte verschuiving van taken van arts naar verpleegkundige ontstond in 1900, onder de in 1865 ingevoerde Wet op de Uitoefening der Geneeskunst (WUG). Een volgende stap, in de jaren vijftig, was het ontstaan van de zogenoemde verlengde-arm-constructie. Pas in 1993 werd de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) geïntroduceerd. De focus van de Wet BIG op de beschermde beroeps- en opleidingstitels en op voorbehouden handelingen lijkt echter onvoldoende ruimte te bieden voor innovatie en flexibiliteit. De Raad adviseert een nieuwe Wet BIG: de 'Wet op de Bekwaamheden in de Gezondheidszorg'. Een geleidelijke vervanging van een beroepenmodel naar een bekwaamhedenmodel zou beter aansluiten bij de zorgvraag en zorgpraktijk van efficiënte, veilige en verantwoorde zorg. De VS en PA zijn als partners in de zorg niet meer weg te denken uit het Nederlands zorglandschap.

Waarom taakherschikking?

Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken en bijbehorende verantwoordelijkheden tussen beroepen. Binnen de gezondheidszorg biedt taakherschikking, het overnemen van routinematige handelingen van artsen door andere zorgprofessionals, een van de oplossingen voor het bestaande capaciteitsprobleem. Het huidige zorglandschap met een groeiend aantal chronisch zieken, snel veranderende medische technologie en toenemende kosten, vraagt om creativiteit en innovatie van alle betrokken zorgprofessionals. De 'juiste zorg op de juiste plek' richt zich op

het voorkomen van (duurdere) zorg, het verplaatsen en het vervangen van zorg. De verpleegkundig specialist (VS) en de physician assistant (PA) zijn daarbij door een juiste inzet van kennis en kunde belangrijke schakels in de realisatie van kwalitatief goede, doelmatige en toegankelijke zorg.

Taakherschikking heeft in 2012 voor de VS en de PA een formele vorm gekregen met de opname in art. 36a van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG). Dit heeft geleid tot het efficiënter inrichten van zorgprocessen met voorbehouden handelingen, een goede kwaliteit van zorg, een hoge patiënttevredenheid en toename van samenwerking tussen disciplines.¹ Aansluitend is de wettelijke verankering op 1 september 2018 een feit geworden. De opname in art. 36 Wet BIG en de Algemene Maatregelen van Bestuur (AMvB's) 'Regeling Zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialist' en het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant' die op 1 september 2018 in werking zijn getreden, geven de VS en PA een zelfstandige bevoegdheid voor het indiceren, uitvoeren en delegeren van voorbehouden handelingen.

Dit artikel begint met een blik op taakherschikking vanuit een historisch perspectief, zodat de ontstaanswijze inzichtelijk wordt. De verworven plek voor de VS en PA in het zorgland- schap en het juridisch kader volgen aansluitend. Tot slot kijken we vooruit. Voor welke uitdagingen staan de zorg- professionals – en de VS en PA in het bijzonder?

Taakherschikking vanuit historisch perspectief

Taakherschikking is niet nieuw. Het vindt al sinds 1900 plaats. Met minder beroepsdifferentiatie was er al sprake van een verschuiving van taken van de arts naar de verpleegkundige onder de in 1865 ingevoerde Wet op de Uitoefening der Geneeskunst (WUG). Voorbeelden waren onder andere: het katheteriseren van de blaas (dit was in 1894 nog een medische handeling en in 1908 niet meer); de intramusculaire injectie die in 1931 nog als medische handeling werd gezien en in 1941 als verpleegkundige handeling; en de bloeddrukmeting die in 1941 nog binnen het medisch domein viel en daarmee dus aan artsen was voorbehouden. In algemene zin wordt gesteld dat zodra een techniek bij de artsen tot een routinehandeling gaat horen, veelvuldig wordt toegepast en wanneer voldoende bekend is over de risico's van een handeling, deze verschoven lijkt te worden naar andere zorgverleners. Taakherschikking

'We study the past to understand the present; we understand the present to guide the future.'
William Lund (1886-1971)

Via <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/uitgebreidzoeken/parlementair> kun je Eerste en Tweede Kamerstukken vinden met betrekking tot de historie en ontwikkeling van de WUG, wet BIG en taakherschikking via onder andere dossiernummers: 13768, 19522, 29282 en 32261.



Wettelijke kaders taakherschikking

heeft in de vorige eeuw met name plaatsgevonden onder de verantwoordelijkheid van artsen. In een rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg in 2002 werd geconcludeerd dat de door artsen gepercipieerde eindverantwoordelijkheid voor wat andere hulpverleners in de zorg doen, weliswaar historisch te verklaren is, maar in het huidige tijdperk feitelijk niet waar te maken en juridisch onjuist is.

Wet op de Uitoefening der Geneeskunst

Om te kunnen toelichten hoe de weg van taakherschikking van toen tot nu is verlopen, is het van belang om de ontwikkelingen onder de WUG en de lange totstandkomings- geschiedenis van de Wet BIG uiteen te zetten. De WUG bepaalde welke medische handelingen onder de reguliere geneeskunde vielen en stelde het uitoefenen van de genees- kunst door onbevoegden strafbaar. In 1913 concludeerde de Gezondheidsraad dat in ruime maatschappelijke kring de wens aanwezig was om in bepaalde omstandigheden zich tot andere zorgverleners dan artsen te kunnen wenden. Nadere studies volgden in 1917. De commissie Pekelharing onderzocht maatregelen waarmee schadelijke gevolgen van onbevoegde uitoefening van de geneeskunst konden worden bestreden. De commissie Van Houten onderzocht hoe de wettelijke bepalingen konden luiden voor het uitoefenen van de geneeskunst, wanneer de bevoegdheid ervan niet meer afhankelijk werd gesteld van een geslaagd afgelegd artsen- examen. Ter vervanging van het onbepaalde verbod dacht de commissie aan 'voorbehouden gebieden beperkte uitsluitende bevoegdheid voor wettelijk gekwalificeerden'. Ruim honderd jaar geleden werd dus al gesproken over 'voorbehouden handelingen'. Onder invloed van de commissie Pekelharing werd echter vooral de nadruk gelegd op de gevaren van het ondeskundig uitoefenen van de geneeskunst. De verzoeken tot wetswijziging naar aanleiding van het advies

van de commissie Van Houten, kregen geen navolging. In de jaren daarna kwamen de wet en de praktijk steeds meer op gespannen voet met elkaar te staan.

Het stelsel van de WUG met het algehele verbod tot het uitoefenen van de geneeskunde bleef ondanks alle veranderingen die zich voordeden nog vijftig jaar gehandhaafd. Een belangrijke ontwikkeling in die periode was het ontstaan van de zogenoemde 'verlengde-arm-constructie'. Deze constructie was gebaseerd op een arrest van de Hoge Raad van 1952 (NJ 1953, 149). Hierin werd geconcludeerd dat, behoudens voorwaarden, de arts de uitvoering van geneeskundige handelingen aan anderen, indien aantoonbaar bekwaam, kan overlaten. Een nieuw ingestelde Staatscommissie, de commissie Peters, achtte in 1969 een wetswijziging mogelijk. Deze was gebaseerd op een stelsel van strafvervolging voor alleen die gevallen waarin medisch optreden van onbevoegden leidde tot duidelijk nadeel of gevaar voor leven en gezondheid. Hierbij werd gebruik gemaakt van een lijst waarop vermeld stond welke handelingen dit betrof.

Dit was de eerste stap richting het wettelijk onderscheiden van risicovolle handelingen. In 1973 rapporteerde de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening dat het integrale verbod van de WUG niet gehandhaafd kon worden. De commissie concludeerde dat de algemeen aanvaarde bekwaamheden op het terrein van de geneeskunst van gekwalificeerde zorgverleners, nog steeds een illegaal karakter droegen omdat de formele bevoegdheid nog ontbrak. Het voorstel was om tot één wettelijke regeling te komen voor medische, paramedische en verpleegkundige beroepen waarbij hulp wordt verleend aan individuele patiënten. In 1976 werd ingestemd met de afschaffing van het integrale verbod en de invoering van titelbescherming, registratie en voorbehouden handelingen. Ook de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) gaf goedkeuring. Uiteindelijk duurde het tot december 1993 voordat de Wet BIG werd ingediend, goedgekeurd en gefaseerd over drie jaar werd ingevoerd.

De Wet BIG

De Wet BIG zoals we hem nu kennen, heeft als doel kwaliteitsborging van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg. Daarnaast biedt de wet via het BIG-register patiënten bescherming tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door zorgverleners. In dat geval kunnen maatregelen opgelegd worden door het tuchtcollege of door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Dit kan een beperking van de beroepsuitoefening geven of gevolgen hebben voor de inschrijving in het BIG-register. Het BIG-register ontvangt informatie van het tuchtcollege of de IGJ, is openbaar en daardoor toegankelijk ook voor de patiënt die informatie wil inwinnen rondom de zorgverlener.

Met uitzondering van de voorbehouden handelingen is iedereen bevoegd handelingen te verrichten op het terrein van de individuele gezondheidszorg. Dit wordt echter weer afgebakend door art. 96 Wet BIG: diegene die zonder noodzaak

handelingen verricht op het terrein van de individuele gezondheidszorg, en daarbij (een aanmerkelijke kans op) gezondheidsschade veroorzaakt bij een ander, wordt hiervoor strafbaar gesteld.

Beroepen worden alleen opgenomen in de Wet BIG indien regulering is geïndiceerd voor de veiligheid van de patiënt. De titelbescherming in de Wet BIG en het register helpen de patiënt om vast te stellen of de hulpverlener een gekwalificeerde beroepsbeoefenaar is met titelbescherming. De patiënt behoudt echter nog steeds de vrijheid hulp te zoeken bij wie hij wil. De Wet BIG biedt daardoor zowel bescherming als vrijheid. Beroepen met een wettelijk beschermde beroepstitel zijn te vinden in art. 3 wet BIG. De beroepsbeoefenaren moeten geregistreerd staan in het BIG-register en vallen onder het tuchtrecht. Het gaat daarbij om tien door de wet aangewezen beroepen waaronder de apotheker, arts, physician assistant, tandarts, verloskundige en verpleegkundige. Voor vijf van deze beroepen bestaan op grond van art. 14 Wet BIG wettelijk erkende specialismen. Dit geldt onder andere voor de arts en voor de verpleegkundige. Bij de arts gaat het dan bijvoorbeeld om een cardioloog of orthopedisch chirurg. Voor de verpleegkundige gaat het om de verpleegkundig specialist.

Wettelijke kaders VS en PA

Onder de Wet BIG werden begin 2000 de beroepen VS en PA in Nederland geïntroduceerd met bijbehorende nieuwe Masteropleidingen. In 2012 volgde de opname van art. 36a in de Wet BIG. Dit bood nieuwe beroepsgroepen, bij wijze van experiment gedurende vijf jaar, de mogelijkheid tot het uitoefenen van bevoegdheden, waaronder voorbehouden handelingen. In de daaropvolgende jaren werd aangetoond dat de taakherschikking leidde tot zorginnovatie, het efficiënter inrichten van zorgprocessen met voorbehouden handelingen, een goede kwaliteit en continuïteit van zorg met hoge patiënttevredenheid.^{1,2}

Wet BIG en AMvB's

Na het experiment van vijf jaar volgde op 1 september 2018 voor de VS en PA de opname in art. 36 Wet BIG. Taakherschikking van de VS en PA werd hiermee vastgelegd in de Wet BIG, met een nadere uitwerking in de AMvB's 'Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialist' en het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant'. Hierin staat dat bij het uitvoeren van de voorbehouden handelingen het moet gaan om handelingen van een beperkte complexiteit. Dit houdt in dat het routinematige handelingen betreft, dat de risico's te overzien zijn en dat de handelingen worden uitgeoefend volgens landelijke richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen. De AMvB's van 1 september 2018 voor de PA en VS zijn gelijklopend en bevatten met betrekking tot invasieve ingrepen alleen de beperking 'geen grote risicovolle operaties'. De bevoegdheid tot specifiek omschreven, potentieel risicovolle handelingen die zelfstandig mogen worden verricht binnen het deskundigheidsgebied, wordt aangewezen in art. 36 van de Wet BIG. Deze aan specifieke beroepsbeoefenaren

Tabel 1 Voorbehouden handelingen art. 36 van de Wet BIG.

	Voorbehouden handelingen	Arts	VS	PA	Tandarts	Verloskundige	Verpleegkundige (bij ministeriële regeling aan te wijzen categorie)
1	Heelkundige handelingen	x	x	x	x	x	
2	Verloskundige handelingen	x				x	
3	Endoscopieën	x	x	x			
4	Katheterisaties	x	x	x	x		
5	Injecties	x	x	x	x	x	
6	Puncties	x	x	x		x	
7	Narcose	x			x		
8	Gebruik radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden	x			x		
9	Electieve cardioversies	x	x	x			
10	Defibrillatie	x	x	x			
11	Electro-convulsieve therapie	x					
12	Steenvergruizing geneeskundige doeleinden	x					
13	Handelingen t.a.v. menselijke geslachts-cellen en embryo's, gericht op anders dan op natuurlijke wijze tot stand brengen zwangerschap	x					
14	Voorschrijven UR-geneesmiddelen	x	x	x	x	x	x (binnen deskundigheidsgebied en protocollair vastgelegd)

toegewezen 'voorbehouden handelingen' zijn apart benoemd en per handeling wordt gesteld wie er bevoegd is. De 14 handelingen staan in tabel 1 weergegeven met daarachter welke zorgverleners tot het verrichten ervan bevoegd zijn. De nummers in de tabel corresponderen met het lid van art. 36 Wet BIG. Op 1 januari 2021 zijn de vier somatische specialismen VS samengevoegd tot één specialisme algemene gezondheidszorg (AGZ). Het specialisme geestelijke gezondheidszorg (GGZ) bleef ongewijzigd.

Bevoegd en bekwaam

Voor de bevoegdheid op grond van art. 36 Wet BIG tot het verrichten van voorbehouden handelingen is, naast het deskundigheidsgebied, bekwaamheid voor het behoorlijk verrichten van die handelingen een vereiste. Art. 35a lid 1 Wet BIG stelt dat niet bekwaam, niet bevoegd is. Daarnaast mogen zorgverleners die zelfstandig bevoegd zijn tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen, met uitzondering van het voorschrijven van UR-medicatie, onder voorwaarden een ander opdracht geven tot het verrichten van die handeling, op grond van art. 38 in samenhang met art. 35 Wet BIG. Dit heet taakdelegatie.

Dit mag in gevallen waar (indien nodig) aanwijzingen, toezicht en mogelijkheid tot tussenkomst met betrekking tot het verrichten van de handeling geborgd zijn door de opdrachtgever. De opdrachtnemer moet beschikken over de vereiste

bekwaamheid voor het uitvoeren van de opdracht en voor zover er aanwijzingen zijn gegeven door de opdrachtgever, deze opvolgen. Naast het delegeren van taken door de VS en PA mogen taken op grond van dezelfde wetgeving ook gedelegeerd worden door de medisch specialist aan de VS en PA als zij niet zelfstandig bevoegd zijn.

Bij taakherschikking is dus sprake van een zelfstandig bevoegd VS of PA met een eigen verantwoordelijk voor het handelen. Bij taakdelegatie aan de VS of PA is sprake van uitvoeren van een handeling zonder zelfstandige bevoegdheid, in opdracht van een medisch specialist.

Handreiking en werkformulier taakherschikking

De Handreiking Implementatie Taakherschikking (hierna: Handreiking Taakherschikking) is in 2012 opgesteld door de KNMG, de NAPA en V&VN VS. Deze vormt een basisdocument ter ondersteuning om de wettelijke bevoegdheden van de VS en PA in te voeren. Het is een van de handreikingen die tot stand is gekomen op advies van de Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg 2010 (hierna: Handreiking 2010). Kanttekening hierbij is dat het advies tot handreiking per sector, om een stappenplan te creëren bij het formuleren van samenwerkingsafspraken, weliswaar zeer nuttig kan zijn bij gebrek aan cohesie, maar allesbehalve vrijblijvend is. Het dient een scherp juridisch doel om de invulling en uitwerking van de op de zorgaanbieders rustende wettelijke verantwoordelijkheden vast te leggen. Elke

handreiking krijgt juridische geldingskracht. Via klacht- en tuchtrecht kunnen individuele zorgverleners aangesproken worden op het niet nakomen van aandachtspunten uit de Handreiking 2010. De IGJ kan op grond van de Handreiking 2010 toezicht houden op de naleving van samenwerkingsafspraken.

De Handreiking Taakherschikking geeft aan wat er ten minste geregeld moet worden bij invoering van taakherschikking naar de VS en PA. Het doel is om ervoor te zorgen dat alle beroepsbeoefenaren die betrokken zijn bij taakherschikking, gezamenlijk tot een regeling komen over de handelingen die binnen het wettelijk kader vallen. Hierbij geldt dat het vaststellen welke handelingen de VS en PA mogen verrichten niet alleen aan artsen is om te bepalen. Dat wordt immers door de wet bepaald. Het is aan de arts en VS of PA gezamenlijk om dit te bepalen.

10

Werkformulier Implementatie taakherschikking

Het format van het 'Werkformulier Taakherschikking' is opgesteld door de Federatie Medisch Specialisten (FMS), de NAPA en V&VN VS en is gericht op de lokale situatie: de VS of PA, de medisch specialist en het team waarbinnen de VS of PA werkzaam is. De eerste versies zijn uit 2015. Het werkformulier is een format dat gebruikt kan worden om op lokaal niveau de samenwerkingsafspraken toe te lichten. Het kan namens de gehele vakgroep (medisch specialisten en VS en PA) getekend worden. In het werkformulier wordt verwezen naar 'Entrusted Professional Activities' (EPA's). De EPA's kunnen gebruikt worden om per deelgebied de bekwaamheid, afspraken en samenwerkingsverbanden per individu vast te leggen. De werkformulieren voor de VS en PA van 2015 zijn in oktober 2019 herzien. Dit volgde na de nieuwe AMvB's van 1 september 2018.

Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg en de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst

Kwaliteit en veiligheid in de gezondheidszorg worden geborgd in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), afdeling 5, titel 7, boek 7 Burgerlijk Wetboek). Deze bepalingen zijn onder andere van toepassing op de VS en de PA. De Wkkgz stelt eisen aan verantwoorde zorg via systematische kwaliteitsbewaking en bevordering. De eis van goed hulpverlenerschap is vervat in de regeling van de geneeskundige behandelingsovereenkomst, de WGBO.

Het bestuur van de zorginstelling is op grond van de Wkkgz en het Uitvoeringsbesluit Wkkgz, verantwoordelijk voor kwaliteit en veiligheid van de zorg, en ook voor een goede en gestructureerde afhandeling van klachten van patiënten. Duidelijke en vastgelegde afspraken over samenwerking en verantwoordelijkheidsverdeling tussen de medisch specialist en de VS en PA zijn hierin belangrijk. De IGJ houdt toezicht op de nakoming van de Wkkgz.

De WGBO stelt regels over de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Deze regels vervatten onder meer dat wanneer de zorg geboden wordt door een VS, PA of arts in loondienst van het ziekenhuis, het ziekenhuis als hulpverlener wordt aangemerkt. De behandelingsovereenkomst wordt dan gesloten tussen de patiënt en het ziekenhuis als rechtspersoon. De VS, PA of arts, als natuurlijk persoon, voeren echter wel de verplichtingen uit die voortvloeien uit de geneeskundige behandelingsovereenkomst ten opzichte van de patiënt. Een van die verplichtingen is dat een patiënt alleen met zijn of haar toestemming door hulpverleners behandeld mag worden. Het moet voor de patiënt duidelijk zijn welke rol en verantwoordelijkheid de VS of PA heeft. In lijn daarmee moet de verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerkingsmodellen voor de ontvangen zorg helder zijn.¹

Financieel kader taakherschikking VS en PA

Er is inmiddels een grote groep VS en PA werkzaam in het medisch domein als (mede)behandelaar, zowel in de klinische als de poliklinische setting in de tweedelijnszorg, als in de eerstelijnszorg en de geestelijke gezondheidszorg. Binnen het medisch domein vallen ook de medisch inhoudelijke handelingen, zoals aanvragen en interpreteren van onderzoeken en het stellen van een diagnose, die los staan van de voorbehouden handelingen. Voor deze werkzaamheden door de VS en PA als (mede)behandelaar was tot 2015 geen financieel vergoedingskader. Dit betekende dat de VS en de PA wel bepaalde handelingen konden verrichten, maar deze niet konden declareren. Aanpassing van de beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de invoering van de integrale bekostiging per 1 januari 2015 maakten het openen van een DBC en het registreren van zorgactiviteiten door de VS en PA op eigen AGB-code mogelijk. De voorwaarde van het 'face-to-face-contact' met een medisch specialist voor het registreren van bijvoorbeeld een polikliniekbezoek is daarmee vervallen. Door aanpassing van NZa-beleidsregels per 1 januari 2019 is er ook een vergoeding van klinische intercollegiale consulten door de VS en PA mogelijk. Ook hier is de eerder verplichte tussenkomst van de medisch specialist vervallen. Met deze wijzigingen in het vergoedingskader verdwijnen belemmeringen en draagt de NZa bij aan de taakherschikking in het ziekenhuis. Dit is in lijn met de beoogde kostenbesparing, een van de doelstellingen van taakherschikking.

De NZa geeft echter in 2019 aan dat, hoewel er progressie is in inzichtelijkheid, het nog te weinig transparant is. Het effect van taakherschikking op betaalbaarheid blijft achter. Voor de NZa is dat reden om te monitoren. Op de lange termijn leidt taakherschikking pas tot een wijziging van kostprijzen als de verdeling van hoog-complexe verrichtingen door de arts en laag- tot midden-complexe verrichtingen door de VS en PA, transparant is.³ De verplichting per 1 januari 2022 om zorgactiviteiten op zorgverlenerstype te registreren, is ingezet om naast het al bekende aandeel van de medisch specialist in de zorg, ook het aandeel van de VS en PA inzichtelijk te krijgen. De zorgverlenerstype voor de VS gaat nog verder genuanceerd worden in 2023, waar mogelijk naar kwalificatie.

Opleidingskaders en beroepsprofielen VS en PA

Naast de wettelijke regelingen en beleidsregels, zijn er opleidingskaders en landelijke beroepsprofielen van de VS en PA vastgesteld. Na diplomering geldt voor de VS en PA iedere vijf jaar een verplichte herregistratie, onder andere op basis van praktijkervaring en van accreditatiepunten die door nascholing en intercollegiale toetsing behaald kunnen worden. De uiteenlopende takenpakketten van de PA en VS, afgeleid van het beroepsprofiel en het opleidingsprofiel, bestaan uit het verrichten van anamnese, lichamelijk onderzoek, diagnosticeren van (potentiële) gezondheidsrisico's, aanvragen van onderzoeken, initiëren en uitvoeren van behandelplannen, het uitvoeren van medisch-technische handelingen, medicatie voorschrijven, zorginnovatie, onderzoek en een bijdrage leveren aan het opleiden van VS, PA en arts-assistenten.

Vanwege het maatschappelijk belang van de functies VS en PA worden beide duale opleidingen gezamenlijk gesubsidieerd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW). De opleidingskosten zijn respectievelijk rond de 60 tot 70.000 euro voor de gehele opleiding. Ruim 5000 VS en PA (verhouding resp. 75%-25%) zijn sinds 2000 opgeleid.³ Aangezien taakherschikking ook deel uitmaakt van het huidige Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg, hebben partijen besloten zich de komende jaren in te zetten voor de realisatie van minimaal 600 opleidingsplaatsen voor VS en PA.^{3,4}

Wet BIG toekomstbestendig?

De focus van de Wet BIG op de beschermde beroeps- en opleidingstitels en op voorbehouden handelingen, biedt onvoldoende ruimte voor innovatie en flexibiliteit. Het stramen van voorbehouden handelingen kadert te veel en te eenzijdig met de focus op medisch-technische handelingen. Hierdoor gaat het in tegen het principe van het vrijgeven van het terrein van de individuele gezondheidszorg. Daarbij bestaat het risico van veroudering van de lijst van voorbehouden handelingen door de snelle ontwikkeling van nieuwe medische technieken die niet in dat kader te plaatsen zijn.

Een oplossing die al in 1992 aangedragen werd, zou een flexibeler systeem zijn van individuele bekwaamheidseisen via gedelegeerde regelgeving. In lijn met deze oplossing is de benadering van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (de Raad) in 2019. Het voorstel is een systeem te introduceren waarbij handelingen worden verricht door de zorgverlener met de meeste bekwaamheid. De Raad adviseert een nieuwe Wet BIG: de 'Wet op de Bekwaamheden in de Gezondheidszorg'.⁵ Daarmee zou een geleidelijke vervanging van een beroepenmodel naar een bekwaamhedenmodel beter aansluiten bij de zorgvraag en zorgpraktijk van efficiënte, veilige en verantwoorde zorg.

Conclusie

Besproken is de geschiedenis van taakherschikking onder de WUG met aansluitend de Wet BIG en de opkomst van de beroepen VS en PA. Bij evaluatie lijkt het stelsel met beschermde beroepstitels en voorbehouden handelingen echter onvoldoende ruimte te bieden voor het vrijgeven van het terrein van de individuele gezondheidszorg en de gewenste innovatie en flexibiliteit. Wellicht leidt dit in de toekomst tot een wijziging naar de Wet op de Bekwaamheden in de Gezondheidszorg.

In de huidige, dynamische zorgmarkt, met de ons bekende forse toename aan patiënten, is nauwe samenwerking de enige weg voorwaarts. Bij deze zou ik op persoonlijke titel een oproep willen doen weg te gaan van de term 'taakherschikking'. Dit heeft mijns inziens de negatieve connotatie van 'landje pik'. Het betreft niet het herverdelen van bestaand land, het betreft het met elkaar bewegen in een continu veranderend (zorg)landschap. Focus op innovatieve zorg en samenwerking lijkt mij de weg voorwaarts met een passende nieuwe term.

Hoe het ook zij, de VS en PA zullen op het podium aanwezig zijn als een niet meer weg te denken partner in de zorg.

Nieuwsgierig naar meer?

In onze podcast over 'Taakherschikking' belichten Aliënde van Goor en een collega medisch specialist verschillende aspecten van dit belangrijke onderwerp. Uiteraard onder de bezielende begeleiding van onze host, Andrea van den Dool. De podcast is vanaf begin mei te beluisteren via www.vakblad-DVS.nl/podcast of met je favoriete podcast-app.



Literatuur

- 1 De Bruijn-Geraets DP, Bessems-Beks MCM, Van Eijk-Hustings YJL, et al. VoorBIGhouden. Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant, Maastricht: Maastricht UMC+, Patiënt & Zorg; 2015.
- 2 Wallenburg I, Janssen M, De Bont A. De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg. Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland, Rotterdam: Erasmus Universiteit; 2015.
- 3 Monitor taakherschikking: Physician Assistants & Verpleegkundig Specialist in de medisch-specialistische zorg. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit; 2019.
- 4 Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022. 2018.
- 5 De B van Bekwaam. Naar een toekomstbestendige Wet BIG (Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2019.

De auteur heeft geen financiële banden met de farmaceutische industrie, ontvangt geen onderzoeksgeld van commerciële partijen en heeft geen bedrijfsbelangen of andersoortige financiële relaties met betrekking tot dit onderwerp.