



UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM
Faculteit der Rechtsgeleerdheid

Taakherschikking: Invasieve procedures

door de Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant

Mogelijkheden bij wet en belemmeringen in de praktijk

Masterscriptie Gezondheidsrecht

Aliënde van Goor

Studentnummer 11141573

Universiteit van Amsterdam, Faculteit der Rechtsgeleerdheid

Begeleider: mr. dr. R.P. Wijne

Tweede lezer: prof. dr. J. Legemaate

Studiejaar 2019 - 2020

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1. Inleiding	1
1.1 Taakherschikking naar de verpleegkundig specialist en physician assistant	1
1.2 Doelstelling en onderzoeksvraag	2
1.3 Methodologie en opzet	3
Hoofdstuk 2. Taakherschikking	4
2.1 Inleiding	4
2.2 Taakherschikking vanuit historisch perspectief	4
2.3 Kaders taakherschikking VS en PA	7
2.3.1 Wettelijk kader taakherschikking VS en PA	7
2.3.2 Financieel kader taakherschikking VS en PA	7
2.3.3 Opleidings- en beroepsprofielen VS en PA	8
2.3.4 Handreiking- en Werkformulier Taakherschikking	9
2.4 Invasieve procedures door VS en PA binnen de orthopedie en cardiologie	11
2.5 Consensusdocumenten VS & PA door wetenschappelijke verenigingen	12
2.5.1 Functie consensusdocument	12
2.5.2 Document Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV)	12
2.5.3 Document Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC)	13
2.6 Confrontatie tussen praktijk en standpunt wetenschappelijke verenigingen	15
2.7 Conclusie	18
Hoofdstuk 3. Recht	20
3.1 Inleiding	20
3.2 Wet BIG	20
3.2.1 Kwaliteitsborging beroepsuitoefening	20
3.2.2 Titelbescherming beroepen artikel 3 Wet BIG	21
3.2.3 Beroepsbescherming middels voorbehouden handelingen, art 36 Wet BIG	21
3.2.4 Bevoegdheid en bekwaamheid	23
3.2.5 Beperkingen Wet BIG	23
3.3 Wkkgz en de WGBO	24
3.4 Mededingingswet	25
3.4.1 Mededinging in de zorg	25
3.4.2 Richtsnoeren voor de Zorgsector	26
3.5 Conclusie	27

Hoofdstuk 4. Beoordeling van de verschillende juridische invalshoeken	28
4.1 Inleiding	28
4.2 Verhouding standpunt wetenschappelijke verenigingen tot de wet BIG en de AMvB's	28
4.2.1 Verhouding standpunt WV tot de Wet BIG	28
4.2.2 Verhouding standpunt WV tot de AMvB's	29
4.3 Verhouding standpunt wetenschappelijke verenigingen tot de Wkkgz en de WGBO	32
4.4 Verhouding standpunt wetenschappelijke verenigingen tot de Mw	32
4.5 Mogelijke oplossing	34
4.6 Conclusie	35
Hoofdstuk 5. Conclusie en aanbevelingen	37
5.1 Inleiding	37
5.2 Conclusie	37
5.3 Aanbevelingen	38
Literatuurlijst	40
Regelgeving, kamerstukken en jurisprudentie	44
Relevante regelgeving en officiële bekendmakingen	44
Kamerstukken	45
Jurisprudentie	45
Geraadpleegde websites	46
Bijlage 1 Overzicht van 7 interviews met PA en VS Orthopedie en Cardiologie	48

Lijst van gebruikte afkortingen

ACM	Autoriteit Consument en Markt
AIOS	Arts in opleiding tot specialist
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
BW	Burgerlijk Wetboek
DAEB	Diensten van algemeen economisch belang
FMS	Federatie Medisch Specialisten
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
Mw	Mededingingswet
NAPA	Nederlandse Associatie Physician Assistants
NMA	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NOV	Nederlandse Orthopaedische Vereniging
NVVC	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PA	Physician assistant
VS	Verpleegkundig specialist
V&VN-VS	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland - Verpleegkundig Specialist (Beroepsvereniging voor Verpleegkundig Specialisten)
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
WGBO	Regeling Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (Boek 7, titel 7, afdeling 5, BW/ WGBO)
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wmg	Wet Marktordening Gezondheidszorg
WV	Wetenschappelijke Vereniging(en)
ZIN	Zorginstituut Nederland

Hoofdstuk 1. Inleiding

1.1 Taakherschikking naar de verpleegkundig specialist en physician assistant

Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken en bijbehorende verantwoordelijkheden tussen beroepen. Binnen de gezondheidszorg biedt taakherschikking middels het overnemen van routinematige handelingen van artsen door andere zorgprofessionals, één van de oplossingen voor het bestaande capaciteitsprobleem.¹ 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.² 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.³

Taakherschikking heeft in 2012 voor de VS en de PA met de opname in art. 36a van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) een formele vorm gekregen.⁴ Dit heeft geleid tot het efficiënter inrichten van zorgprocessen met voorbehouden handelingen, een goede kwaliteit van zorg en hoge patiëntentevredenheid.⁵ Aansluitend is de wettelijke verankering op 1 september 2018 een feit geworden.⁶ De opname in art. 36 Wet BIG en de 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.⁷ Onder deze voorbehouden handelingen vallen de invasieve ingrepen die aan de orde komen in dit onderzoek.

¹ *Taakherschikking in de gezondheidszorg 2002; Kamerstukken II 2003/04, 29282, nr. 1; Kamerstukken II 2009/10, 32261, nr. 3, p. 2 (MvT).*

² *De juiste zorg op de juiste plek 2018, p. 6.*

³ *Kamerstukken II 2010/11, 32261, nr. 23; De juiste zorg op de juiste plek 2018.*

⁴ *Kamerstukken II 2009/10, 32261, nr. 3 (MvT); Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten, Stb. 2011, 659; Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid physician assistant, Stb. 2011, 658.*

⁵ *De Bruijn-Geraets e.a. 2015; De Bruijn-Geraets e.a. 2016; Kouwen e.a. 2016.*

⁶ *Stb. 2017, 374.*

⁷ *Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten, Stcrt. 2018, 39930; Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant, Stb. 2018, 130.*

1.2 Doelstelling en onderzoeksvraag

Sinds het experiment is aangetoond dat er sprake is van een toename van samenwerking en verschuiving van taken.⁸ Tegelijkertijd is er echter voor diverse specialismen ook een spanningsveld ontstaan met betrekking tot de uitvoering van bepaalde invasieve procedures door de VS en PA. Dit spanningsveld betreft een afbakening door de wetenschappelijke verenigingen (WV) van een proces waar allereerst juist verruiming van bepaalde invasieve procedures door de VS en PA bestond. Deze verruiming werd ondersteund door de samenwerkende, alsmede opleidende medisch specialisten binnen de wettelijke kaders voor taakherschikking. De afbakening leidt enerzijds tot een discrepantie tussen de VS en PA en de WV. Anderzijds leidt dit tot een discrepantie tussen de WV en individuele medisch specialisten die de uitvoering van bepaalde invasieve procedures door de VS en PA juist ondersteunen. Het betreft hier een belemmering van een samenwerking en mogelijkheden bij wet bepaald, voor zowel de VS en PA als voor de individuele medisch specialist door het standpunt van de WV. De vraag is hoe zich dit tot elkaar verhoudt. In mijn onderzoek bespreek ik dit spanningsveld. De wettelijke mogelijkheden van invasieve procedures door de VS en PA komen aan de orde, alsmede de belemmeringen die in de praktijk ervaren worden. Voor het onderzoek heb ik gekeken naar voorbeelden uit de tweedelijnszorg orthopedie en cardiologie. Hoewel zowel de orthopedie als cardiologie als progressief beschouwd kunnen worden met betrekking tot de samenwerking VS en PA en medisch specialist qua klinische en poliklinische zorg, lijkt het knelpunt de invasieve procedures te zijn. Deze voorbeelden zijn niet uitputtend, maar bedoeld om een tendens te beschrijven. Het zou te ver strekken voor deze scriptie om een landelijk onderzoek onder de meer dan 5000 VS en PA in Nederland uit te voeren⁹. Mijn aanname is dat de bevindingen kunnen worden geëxtrapoleerd naar andere specialismen met een soortgelijk spanningsveld. Mijn doelstelling is het verhelderen van het juridisch kader met betrekking tot het uitvoeren van invasieve procedures door de VS en PA binnen de orthopedie en cardiologie. Daarbij wil ik het standpunt van de wetenschappelijke verenigingen toetsen aan wettelijke bepalingen en kijken naar mogelijke oplossingen.

⁸ De Bruijn-Geraets e.a. 2015; De Bruijn-Geraets e.a. 2016; Kouwen e.a. 2016.

⁹ Peters 2016.

De onderzoeksvraag die centraal staat in mijn scriptie is:

Hoe verhoudt de afbakening door de wetenschappelijke verenigingen van de uitvoering van invasieve procedures door de VS en PA binnen de orthopedie en cardiologie zich tot de wettelijke bepalingen?

1.3 Methodologie en opzet

Mijn onderzoeksmethodologie is een combinatie van juridisch en empirisch onderzoek.

Onderzoek naar de wetshistorie, interpretatie van relevante wetten en wetsevaluatie combineer ik met praktijkgericht onderzoek. Als bronnen zijn gebruikt: wetgeving, rapporten, adviezen, kamerstukken, handboeken, richtsnoeren, handreikingen, consensusdocumenten en werkformulieren. Het empirisch onderzoek is uitgevoerd door het afnemen van interviews bij VS en PA werkzaam binnen de orthopedie en cardiologie.¹⁰

Als opmaat naar de beantwoording van de onderzoeksvraag beschrijf ik eerst in hoofdstuk 2 wat taakherschikking in het algemeen omvat. Aansluitend beschrijf ik de taakherschikking door de VS en PA, vervolgens toegespitst op de orthopedie en cardiologie. Ik leg uit welke invasieve procedures het betreft en ik besteed aandacht aan de standpunten van de WV ten aanzien van die invasieve procedures. Het hoofdstuk besluit ik met een beschrijving van de impact die de standpunten van de WV hebben op de werkzaamheden van de VS en PA.

In hoofdstuk 3 schets ik het juridisch kader dat relevant is voor de taakherschikking en met name voor de invasieve ingrepen. Hier komt de wet BIG aan de orde, alsmede de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), de Regeling geneeskundige behandelingsovereenkomst (Boek 7, titel 7, afdeling 5, BW (WGBO)) en de Mededingingswet.

In hoofdstuk 4 toets ik de situatie zoals die nu is ontstaan en de standpunten van de WV, aan de relevante wettelijke bepalingen en besteed ik aandacht aan de verschillende juridische invalshoeken die er zijn.

In hoofdstuk 5 rond ik af met conclusies en doe ik diverse aanbevelingen om deze situatie te verbeteren.

¹⁰ Bijlage 1

Hoofdstuk 2. Taakherschikking

2.1 Inleiding

De juiste professional op de juiste plek, de juiste samenwerking op de juiste plek zorgt voor de juiste zorg op de juiste plek. Deze wens ligt bij de overheid, zorgorganisaties en zorgverzekeraars, en ook bij de patiënt.¹¹ Ik begin in paragraaf 2.2 met het bezien van taakherschikking vanuit een historisch perspectief zodat inzichtelijk wordt hoe taakherschikking is ontstaan. De verworven plek in het zorglandschap voor de VS en PA bespreek ik in de daaropvolgende paragraaf. Voorbeelden van invasieve procedures als onderdeel van taakherschikking orthopedie en cardiologie door de VS en PA komen aan bod in paragraaf 2.4. Regelmatig wordt er gewerkt met een zogenaamd consensusdocument. Een dergelijk document kan de samenwerking nader vormgeven. Het kan echter ook de samenwerking en taakherschikking beperken. De rol van het consensusdocument en specifiek de rol die het speelt bij de orthopedie en cardiologie licht ik toe in paragraaf 2.5. In paragraaf 2.6 geef ik weer hoe het voor de beroepsuitoefening in de praktijk uitpakt en ik doe dit aan de hand van interviews met zeven VS en PA orthopedie en cardiologie.¹²

2.2 Taakherschikking vanuit historisch perspectief

"We study the past to understand the present; we understand the present to guide the future."

William Lund (1886–1971)

Taakherschikking is niet nieuw. Het vindt al sinds 1900 plaats. Toentertijd, met minder beroepsdifferentiatie, was er al sprake van een verschuiving van taken van destijds de arts naar de verpleegkundige onder de in 1865 ingevoerde Wet op de Uitoefening der Geneeskunst (WUG). Aansprekende voorbeelden van taakherschikking zijn onder andere: het katheteriseren van de blaas; dit was in 1894 nog een medische handeling was 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 kan gesteld worden dat zodra een techniek bij de artsen tot een routine handeling gaat horen, veelvuldig wordt toegepast en wanneer er

¹¹ *De juiste zorg op de juiste plek* 2018.

¹² Bijlage 1

voldoende bekend is over de risico's van een handeling, deze verschoven lijkt te worden naar andere zorgverleners.¹³ Taakherschikking heeft in de vorige eeuw met name plaatsgevonden onder de verantwoordelijkheid van artsen. In een door de Raad voor Volksgezondheid en Zorg in 2002 gepubliceerd rapport, werd hierover geconcludeerd dat 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.¹⁴ In het licht van deze scriptie vind ik het van belang om uitleg te geven aan de ontwikkelingen onder de WUG en de lange totstandkomingsgeschiedenis van de Wet BIG.

De WUG bepaalde welke medische handelingen onder de reguliere geneeskunde vielen en stelde het uitoefenen van de geneeskunst door onbevoegden strafbaar.¹⁵ 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 met betrekking tot het uitoefenen van de geneeskunst konden gaan luiden wanneer de bevoegdheid ervan niet meer afhankelijk werd gesteld van een geslaagd afgelegd artsenexamen. Ter vervanging van het onbeperkte verbod dacht de commissie hierbij aan tot 'voorbehouden gebieden beperkte uitsluitende bevoegdheid voor wettelijk gekwalificeerden'.¹⁶ Onder invloed van de commissie Pekelharing werd echter vooral de nadruk gelegd op de gevaren van het ondeskundig uitoefenen van de geneeskunst en kregen de verzoeken tot wetswijziging naar aanleiding van het advies van de commissie van Houten geen navolging. In de jaren daarna kwamen de wet en de praktijk steeds meer op gespannen voet met elkaar te staan.¹⁷ 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 zogenaamde 'verlengde arm constructie'. Deze constructie was gebaseerd op een arrest van de Hoge Raad van 1952 (NJ 1953, 149) waarin werd geconcludeerd dat, behoudens voorwaarden, de arts de uitvoering van geneeskundige handelingen aan anderen indien aantoonbaar bekwaam, kan

¹³ Roodbol 2005, p. 40-41.

¹⁴ Taakherschikking in de gezondheidszorg 2002.

¹⁵ Dute e.a. 2009, p. 17.

¹⁶ *Kamerstukken II*, 1985/86, 19522, nr. 3 p. 4.

¹⁷ *Kamerstukken II* 1975/76 13768, nr. 1.

overlaten.¹⁸ Een nieuw ingestelde Staatscommissie, de commissie Peters, achtte in 1969 een wetswijziging mogelijk gebaseerd op een stelsel van strafvervolgning voor alleen die gevallen waar medisch optreden van onbevoegden leidde tot duidelijk nadeel of gevaar voor leven en gezondheid. Hierbij werd gebruik gemaakt van een lijst waarop vermeld stond 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.¹⁹ In 1976 was er instemming 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.²⁰

Onder de Wet BIG werden begin 2000 de beroepen VS en PA in Nederland geïntroduceerd met bijbehorende nieuwe Masteropleidingen.²¹ In 2012 volgde met de opname van art. 36a in de Wet BIG de mogelijkheid tot het uitoefenen van bevoegdheden waaronder voorbehouden handelingen, voor nieuwe beroepsgroepen bij wijze van experiment gedurende vijf jaar.²² 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 patiëntentevredenheid.²³

¹⁸ Buiting, *Ned Tijdschr Geneeskd.* 1990/134, p. 718-719.

¹⁹ *Kamerstukken II* 1975/76 13768, nr. 1.

²⁰ *Kamerstukken II* 1985/86 19522, nr. 3 MvT p. 4-5; *Kamerstukken I* 1992/93, 19522, nr. 103b p. 14; *Kamerstukken II* 1992/93, 19522 nr. 103e.

²¹ *Kamerstukken II* 2009/10, 32261, nr. 3, p. 2 (MvT).

²² *Kamerstukken II* 2009/10, 32261, nr. 3 (MvT).

²³ De Bruijn-Geraets e.a. 2015; De Bruijn-Geraets e.a. 2016; Kouwen e.a. 2016; Wallenburg e.a. 2015.

2.3 Kaders taakherschikking VS en PA

2.3.1 Wettelijk kader taakherschikking VS en PA

Na het experiment van vijf jaar volgde op 1 september 2018 voor de VS en PA de opname in art. 36 Wet BIG.²⁴ 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'.²⁵ Hierin staat met betrekking tot het uitvoeren van de voorbehouden handelingen dat het moet gaan om handelingen van een beperkte complexiteit. Dit houdt in dat het routinematige handelingen betreffen, dat de risico's te overzien zijn en dat de handelingen worden uitgeoefend volgens landelijke richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen. Dit is ongewijzigd ten opzichte van de eerdere AMvB's 'Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid' voor de VS en PA.²⁶ Een verschil is dat voor de PA onder andere de beperking 'geen intrathoracale ingrepen' en 'geen grote gewrichtsingrepen' in de AMvB van 2011 stond. Dit was mede opgesteld door de KNMG en de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA). Tevens werd gesteld dat ten aanzien van catheterisaties, puncties en endoscopieën daar waar het risico van perforatie van een orgaan groot was (hart, hersenen, nieren, lever, pancreas) dit eveneens buiten de bevoegdheid van de PA lag.²⁷ Voor de VS stond alleen als beperking beschreven 'geen grote risicovolle operaties'.²⁸ Voor de VS is dit gehandhaafd in de nieuwe AMvB en gelijkgetrokken voor de PA waardoor de discrepantie is verdwenen.²⁹ De nieuwe AMvB's van 1 sept 2018 zijn dus gelijkkluidend en bevatten zowel voor de VS als voor de PA alleen de beperking 'geen grote risicovolle operaties'.

2.3.2 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

²⁴ *Kamerstukken II* 2015/16, 29282, nr. 237; *Kamerstukken II* 2017/18, 29282, nr. 312; *Stb.* 2017, 374.

²⁵ Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten, *Stcrt.* 2018, 39930; Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant, *Stb.* 2018, 130.

²⁶ Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten, *Stb.* 2011, 659; Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid physician assistant, *Stb.* 2011, 658.

²⁷ Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid physician assistant, *Stb.* 2011, 658 (NvT) art. 7.

²⁸ Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten, *Stb.* 2011, 659.

²⁹ Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten, *Stcrt.* 2018, 39930; Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant, *Stb.* 2018, 130.

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.³⁰ 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 maken het registreren en declareren van zorgactiviteiten door de VS en PA mogelijk.³¹ De voorwaarde van het ‘face-to-face contact’ met een medisch specialist voor het declareren van bijvoorbeeld een polikliniekbezoek is vervallen en de VS en PA kunnen nu zelfstandig een DBC-zorgproduct openen en sluiten. Door aanpassing van NZa beleidsregels per 1 januari 2019 is er ook een vergoeding van klinische intercollegiale consulten door de VS en PA mogelijk en is ook hier de eerder verplichte tussenkomst van de medisch specialist vervallen.³² Met deze wijzigingen in het vergoedingskader verdwijnen belemmeringen en draagt de NZa bij aan de taakherschikking in het ziekenhuis. Het openen en sluiten van DBC’s door de VS en PA leidt tot meer inzichtelijkheid van inzet. Het is in lijn met de beoogde kostenbesparing, één van de doelstellingen van taakherschikking. De NZa geeft echter in 2019 aan hoewel er progressie is in inzichtelijkheid, het nog te weinig transparant is. Het effect van taakherschikking op betaalbaarheid blijft achter en is daarom een reden voor de NZA om dit te monitoren.³³ Op de lange termijn leidt taakherschikking pas tot een daling van uitgaven met minder inzet van artsen en wanneer dezelfde verrichtingen door de VS en PA tegen een lager tarief uitgevoerd worden. Dan kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar in gesprek over kostprijzen in verband met het anders aanbieden van zorg.³⁴

2.3.3 Opleidings- en beroepsprofielen VS en PA

Naast de wettelijke regelingen en beleidsregels zijn er de opleidingskaders en landelijke beroepsprofielen van de VS en PA. De Masteropleidingen leveren zorgprofessionals af die taken kunnen overnemen van artsen.³⁵ Na diplomering geldt er iedere vijf jaar voor de VS en PA een

³⁰ *Kamerstukken II 2012/13*, nr. 1439 (Aanhangsel).

³¹ *Integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015* 2013; *Kamerstukken II 2013/14*, 32620, nrs. 105, 114 en 116; *Stcrt.* 2014, 14914; NZa Monitor Integrale Bekostiging 2016. NZa Monitor Taakherschikking 2019.

³² Voorneveld-Nieuwenhuis, *Dé Verpleegkundig Specialist* 2018, p. 34-37; NZa Monitor Taakherschikking 2019.

³³ NZa Monitor Taakherschikking 2019.

³⁴ NZa Monitor Taakherschikking 2019; Hoofdlijnenakkoord 2018.

³⁵ Peters 2016, p. 1.

verplichte herregistratie onder andere op basis van praktijkervaring en accreditatiepunten middels nascholing.³⁶ 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.³⁷ 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.³⁸ Ruim 5000 VS en PA (verhouding resp 75%-25%) zijn opgeleid sinds 2000.³⁹ 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.⁴⁰

2.3.4 Handreiking- en Werkformulier Taakherschikking

De 'Handreiking Taakherschikking' en het 'Werkformulier Taakherschikking' vormen kaders en adviezen voor de implementatie van taakherschikking op lokaal niveau.⁴¹

Handreiking Implementatie Taakherschikking

De Handreiking Implementatie Taakherschikking (hierna: Handreiking Taakherschikking) die in 2012 is opgesteld door de KNMG, de NAPA en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland - Verpleegkundig Specialist (V&VN-VS), vormt een basisdocument ter ondersteuning om de wettelijke bevoegdheden van de VS en PA in te voeren conform de wettelijk vereisten en te komen tot taakherschikking in de zorg.⁴² Het is één van de handreikingen die tot stand is gekomen op advies van de Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de

³⁶ Beroepsprofiel PA 2017; Factsheet VS 2018.

³⁷ Beroepsprofiel PA 2017; Factsheet VS 2018.

³⁸ Peters 2016, p. 5; Wat kost het opleiden van een PA? 2018.

³⁹ Peters 2016, p. 3; NZa Monitor Taakherschikking 2019.

⁴⁰ NZa Monitor Taakherschikking 2019; Hoofdlijnenakkoord 2018.

⁴¹ Handreiking Implementatie Taakherschikking 2012; Werkformulier Implementatie Taakherschikking Verpleegkundig Specialist 2019; Werkformulier Implementatie Taakherschikking Physician Assistants 2019.

⁴² *Kamerstukken II* 2012/13, 32261, nr. 26.

zorg 2010 (hierna: Handreiking 2010).⁴³ 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.⁴⁴ 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.⁴⁵ Via klacht- en tuchtrecht kunnen individuele zorgverleners aangesproken worden op het niet nakomen van aandachtspunten uit de Handreiking 2010. De Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) kan op grond van de Handreiking 2010 toezicht houden op de naleving van samenwerkingsafspraken.⁴⁶

De Handreiking Taakherschikking geeft aan wat er ten minste geregeld moet worden bij invoering van taakherschikking naar de PA en VS.⁴⁷ 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 mag 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.⁴⁸

Werkformulier Implementatie Taakherschikking

Het format van het ‘Werkformulier Taakherschikking’ is opgesteld door de Federatie Medisch Specialist (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 te expliciteren. 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.⁴⁹ Dit volgde na de

⁴³ Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg 2010

⁴⁴ Holdrinet, *Ned Tijdschr Geneesk.* 2010/154.

⁴⁵ Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg 2010; Holdrinet, *Ned Tijdschr Geneesk.* 2010/154.

⁴⁶ Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg 2010, p. 29-30.

⁴⁷ Handreiking Implementatie Taakherschikking 2012.

⁴⁸ Handreiking Implementatie Taakherschikking 2012, p. 9.

⁴⁹ Werkformulier Implementatie Taakherschikking Verpleegkundig Specialist 2019; Werkformulier Implementatie Taakherschikking Physician Assistant 2019.

nieuwe AMvB's van 1 september 2018.⁵⁰ Zoals genoemd in paragraaf 2.3.1 stond er voor de PA in de AMvB van 2011 een ruim te interpreteren beperking. Dit was doorgetrokken in het eerste werkformulier van 2015 voor de PA.⁵¹ De gevolgen van de sinds 1 september 2018 uit de wettelijke bepalingen verdwenen beperking zijn in de praktijk betreffende de invasieve ingrepen nog merkbaar. Dit is te lezen in paragraaf 2.5 en 2.6.

2.4 Invasieve procedures door VS en PA binnen de orthopedie en cardiologie

Allereerst een toelichting welke invasieve procedures binnen de orthopedie en cardiologie het betreft. Ze vallen onder de voorbehouden handelingen uit art 36 lid 1 en lid 4 Wet BIG. De toelichting op lid 1 'verrichten van heelkundige handelingen' luidt: "*Heelkundige handelingen zijn bijvoorbeeld ingrepen zoals een operatie. Hierbij herstelt het lichaamweefsel zich niet direct.*"⁵² De toelichting op lid 4 'verrichten van catheterisaties' luidt: "*Bij een catheterisatie worden stoffen met een buisje in lichaamsholten ingebracht of verwijderd.*"⁵³ Dit vereist echter ook expertise en aantoonbare bekwaamheid van de VS, PA of arts op dat gebied. De expertise voor indicatiestelling tot of het uitvoeren van de dotterbehandeling zal bijvoorbeeld bij de cardiologie bij een kleinere groep cardiologen aanwezig zijn dan voor de catheterisaties.⁵⁴

Invasieve procedures uitgevoerd door bekwame VS en PA orthopedie zijn onder meer de kijk- of knoopsgatoperatie (artroscopie) van de knie of schouder, teencorrecties, chirurgisch materiaal verwijderen uit de knie, heup en voet, steriele punctie van de knie, heup en enkel en intra-articulaire injecties. Voor de bekwame VS en PA cardiologie betreffen dit onderzoeken en behandelingen zoals de hartcatheterisatie (coronair angiografie = CAG), slokdarmecho, electrofysiologisch onderzoek (EFO), ablaties, pacemaker (PM)- en Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD) implantaties.

Vanaf 2001 start de ontwikkeling van het opleiden van VS en PA in het uitvoeren van de betreffende procedures. Het betrof hier weliswaar een kleine groep VS en PA in Nederland,

⁵⁰ Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten, *Stcrt.* 2018, 39930; Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant, *Stb.* 2018, 130.

⁵¹ Werkformulier Implementatie Taakherschikking Physician Assistants 2015.

⁵² Voorbehouden handelingen door zorgpersoneel. Rijksoverheid.

⁵³ Voorbehouden handelingen door zorgpersoneel. Rijksoverheid.

⁵⁴ Leenen/Leenen e.a. 2017, p. 464.

betrokken bij het uitvoeren van deze procedures, maar wel een zeer bekwame groep van VS en PA opgeleid door medische specialisten. Inmiddels draai(d)en de VS en PA reeds jaren volledig mee qua productie, de(e)l(d)en ze onder andere hun expertise door arts-assistenten mede op te leiden en betrokken te zijn bij het bieden van landelijke scholing. De praktijkvoering en kwaliteitsborging van deze groep VS en PA voldeden voor de specifieke procedures qua volumenormen en opleidingscriteria volledig aan de criteria van de medisch specialisten. Er zijn geen voorbeelden van hogere complicatie ratio of incidenten. Door negatief advies na visitaties door de WV is het gevolg voor de groep VS en PA een significante beperking in de uitvoering van invasieve procedures die ze jarenlang met kennis en kunde jarenlang hebben uitgevoerd. Het advies van de WV en de visitaties komt terug in de consensusdocumenten. Deze documenten bespreek ik in paragraaf 2.5.

2.5 Consensusdocumenten VS & PA door wetenschappelijke verenigingen

2.5.1 Functie consensusdocument

Voor veel specialismen zijn er inmiddels consensusdocumenten. Een consensusdocument betreft advies over taakherschikking binnen één specifiek medisch specialisme. Praktisch gezien staat het consensusdocument tussen de Handreiking Taakherschikking en het Werkformulier in. Het wordt opgesteld door de betreffende WV samen met de betreffende vakgroepen van de NAPA en V&VN-VS. Het consensusdocument adviseert wat de mogelijkheden zijn qua samenwerking tussen VS, PA en medisch specialisten binnen een specifiek specialisme. Het kan echter ook samenwerking en taakherschikking beperken. De consensusdocumenten orthopedie en cardiologie zullen worden besproken.

2.5.2 Document Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV)

Dit document is op 12 januari 2019 gezamenlijk ondertekend door de NOV, de NAPA en de V&VN-VS (na een vaststelling door het NOV bestuur op 11 sept 2018 en een ALV op 9 okt 2018) en is een tweede versie na die van 2015.⁵⁵ Het richt zich tot orthopedisch chirurgen, VS en PA. Na een eerste algemeen deel wordt er daarna toegespitst op de orthopedie. Bij het bespreken van de heilkundige handelingen wordt de vervallen AMvB van 2011 voor de PA meegenomen en geëxtrapoleerd naar de VS: *“Ten aanzien van heilkundige handelingen stelt de wet BIG dat de*

⁵⁵ Taakherschikking PA en VS in de orthopedie 2019.

*PA/VS niet bevoegd is complexe heelkundige handelingen zoals intracraniële, intrathoracale, intraabdominale en grote gewrichtsingenrepen, te verrichten”.*⁵⁶ De AMvB's van 1 september 2018 met nu ook voor de PA alleen de beperking ‘geen grote risicovolle operaties’ zijn dus niet meegenomen.⁵⁷

Er wordt gesteld dat aan het competentieniveau van de PA en VS op het gebied van voorbehouden handelingen minimaal vergelijkbare eisen gesteld moeten worden als aan de arts in opleiding tot specialist (AIOS) orthopedie en dat de bekwaamheid en bevoegdheid van de de PA en VS afhankelijk is van de opgebouwde expertise. Met betrekking tot nieuwe ontwikkelingen wordt benoemd dat de PA en VS betrokken dienen te zijn bij aanpassingen of nieuwe richtlijnen en protocollen. Naast voorbeelden van chirurgische ingrepen door de VS en PA worden werkzaamheden in de poliklinische en klinische setting gegeven, alsmede diensten en onderzoek. Met betrekking tot de chirurgische ingrepen wordt globaal en niet uitputtend aangegeven welke ingrepen laag complex zijn. Bij uitvoering van midden tot hoog complexe ingrepen wordt benoemd dat de PA of VS als tweede behandelaar kan worden ingezet op geleide van expertise en EPA's.

Het document sluit af met randvoorwaarden voor taakherschikking gebaseerd op de ‘Handreiking’.⁵⁸ Hier wordt bij de borging kwaliteit opleiding beroepsbeoefenaren benoemd dat voor een eerder omschreven potentieel knelpunt inmiddels het tegendeel is bewezen. De mogelijke hinder die de A(N)IOS en co-assistenten voor hun opleiding zouden kunnen ondervinden door de aanwezigheid van VS en PA is juist een meerwaarde gebleken ter bevordering van leermomenten voor de AIOS. Verder wordt er bij de aanbevelingen onder andere geadviseerd de VS en PA onderdeel van de vakgroep te maken.

2.5.3 Document Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC)

Het document ‘Samenwerking in het hart van de zorg’ was het eerste landelijke document dat uitkwam in 2012 met het streven de mogelijkheden van taakherschikking voor de VS en PA binnen de cardiologie te beschrijven.⁵⁹ Opvallend is dat de laatste twee in het document met ‘allied professionals’ worden aangeduid. Dit is echter een term die breder is dan alleen de VS en

⁵⁶ Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid physician assistant, *Stb.* 2011, 658; Taakherschikking PA en VS in de orthopedie 2019, p. 12.

⁵⁷ Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten, *Stcrt.* 2018, 39930; Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant, *Stb.* 2018, 130.

⁵⁸ Handreiking Implementatie Taakherschikking 2012.

⁵⁹ Taakherschikking in het hart van de zorg 2012.

PA en bijvoorbeeld ook een cardiomeettechnicus of fysiotherapeut met werkgebied cardiologie zou kunnen betreffen. De aanduiding is daarom onjuist en zou specifiek ‘VS of PA’ moeten zijn. De AMvB’s met de tijdelijke bevoegdheid van de PA en VS zijn meegenomen. Er wordt benoemd dat bij voorbehouden handelingen voldaan moet worden aan de volumenormen van de NVVC, zowel voor de cardioloog als voor de VS en PA. Tevens wordt net als aangehaald door de NOV, benoemd dat de taakherschikking niet ten koste mag gaan van de aantal procedures van de AIOS. In dat kader zou het per ziekenhuis moeten worden beoordeeld of het mogelijk is de invasieve ingrepen door de VS of PA te laten doen.

Er wordt gesteld dat hoog-complexe ziektebeelden en behandelingen niet kunnen worden overgedragen aan de ‘allied professional’ en dat de cardioloog in alle omstandigheden de eindverantwoordelijkheid houdt over de zorg die de ‘allied professional’ geeft om de kwaliteit van zorg continu te kunnen garanderen. Dit is niet in lijn met de zelfstandige bevoegdheid van de VS en PA. Het geeft de tijdgeest van het schrijven van het document weer met het zoeken naar de balans tussen de ‘nieuwe’ zelfstandige bevoegdheid bij taakherschikking en de ‘oude’ supervisie bij taakdelegatie. Met betrekking tot de invasieve ingrepen wordt de beperking uit de AMvB van 2011 voor de PA ook hier geëxtrapoleerd naar de VS.⁶⁰ *“In de wet BIG stelt men dat de allied professional ten aanzien van heelkundige handelingen niet bevoegd is complexe heelkundige handelingen zoals intracraniële, intrathoracale, intra-abdominale ingrepen en grote gewrichtsingrepen te verrichten. Ten aanzien van catheterisaties, puncties en endoscopieën stelt men dat technieken waarbij het risico van een perforatie van een orgaan groot is (hart, nieren, hersenen, lever, pancreas) eveneens buiten de bevoegdheid van de allied professional liggen”*.⁶¹ In het document wordt het advies van de Netherlands Heart Rhythm Association (NHRA) en de Werkgroep Interventie Cardiologie (WIC) meegenomen. Zij zien geen rol voor ‘allied professionals’ bij invasieve ingrepen die als hoog-complex geduid zijn. Hiermee doelen de NHRA en de WIC op alle intrathoracale ingrepen. In het document wordt uiteindelijk de ruimte voor de VS en PA om als tweede behandelaar deel te nemen aan invasieve ingrepen. Gezien de consistentie met de ruimte die de NOV biedt is het aannemelijk dat de NOV met het schrijven van haar document onder andere deze versie van het NVVC document heeft meegenomen. Momenteel is de tweede versie van het document in fase van afronding en wordt deze verwacht in het najaar van 2020.

⁶⁰ Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid physician assistant, *Stb.* 2011, 658.

⁶¹ Taakherschikking in het hart van de zorg 2012, p. 22-23.

2.6 Confrontatie tussen praktijk en standpunt wetenschappelijke verenigingen

Voorbeelden van samenwerking en confrontatie tussen praktijk en het standpunt van de WV bespreek ik aan de hand van trends die ik uit de interviews met zeven VS en PA heb gehaald.⁶² Ik sprak met vier PA's orthopedie, één VS cardiologie en twee PA cardiologie. De vierde PA orthopedie is toegevoegd omdat hij veel ervaring heeft in een ziekenhuissetting, anders dan de andere PA's orthopedie die ervaring hebben in een ZBC gecombineerd met ervaring in een ziekenhuissetting. Achtereenvolgens bespreek ik aspecten uit de opleiding, deskundigheidsbevordering na diplomering, de samenwerking, procedures, barrières en de impact op de huidige situatie.

Opleiding

Alle VS en PA zijn in de praktijk opgeleid door medisch specialisten. Naast de specifieke opleidingsvereisten van hun Master hebben ze voldaan aan de opleidingscriteria voor de AIOS. Opvallend is dat veel van de geïnterviewden opmerken dat ze als VS en PA kritischer beoordeeld werden op de invasieve ingrepen. De 'see one, do one, teach one' bij de arts in opleiding is bijvoorbeeld bij de VS-PA 'see fifty, do fifty, teach fifty'. Begrip voor de strenge beoordeling is aanwezig bij de VS en PA gezien de relatief nieuwe functie. Tevens wordt aangegeven dat zij ervaren dit een goede basis van vertrouwen heeft gelegd bij de medisch specialist in de latere werkrelatie. Daarbij wordt bijvoorbeeld aangegeven dat ook de VS en PA zelf geen 'cowboys' als collega's zouden accepteren. Kwaliteit en veiligheid staat hoog in het vaandel. Daarom zouden ze zelf ook de lat naar startende collega's hoog leggen.

Deskundigheidsbevordering en kwaliteit na diplomering

Na diplomering hebben alle betrokken VS en PA voldaan aan de volumenormenten en de nascholingsvereisten, gelijk aan die van de medisch specialist. Met betrekking tot de volumenormenten zijn alle procedures nauwkeurig bijgehouden. Qua aantallen wordt er hoog gescoord in verband met het veelvuldig uitvoeren van een aantal 'dedicated procedures'. Een aantal heeft in de loop der jaren tevens de rol van trainer/docent op zich genomen voor de AIOS. De complicatieratio is gelijk aan of lager dan bij de medisch specialist. Hiervoor wordt enerzijds als reden genoemd dat de medisch specialist meer complicaties kan hebben door een complexere patiëntenpopulatie en anderzijds de specialisatie en opgebouwde expertise bij de VS en PA door

⁶² Bijlage 1.

de grote aantallen van ‘dedicated procedures’.

Procedures

De procedures uitgevoerd door de geïnterviewde PA's orthopedie zijn kijkoperaties knie (meniscectomie, meniscopexie, nettoyage en microfracturing), operaties voet (hamerteen correctie, hallux arthrodesis), verwijderen osteosynthese materiaal knie, enkel en voet, gastroc slide (verlenging lange kuitspier) en schouder- en heupoperaties.

De procedures door de VS en PA cardiologie betreffen PM en ICD implantaties, implantatie Subcutane ICD, PM en ICD wissels, CAG's, plaatsen diepe lijnen, plaatsen arterieel drukvolume systeem, ablaties.

Samenwerking

De samenwerking met de medisch specialist wordt door alle betrokkenen als zeer positief ervaren met waardering voor en vertrouwen in elkaars kennis en kunde. De betrokken medisch specialisten zijn voorstander van dit model van samenwerking en er is draagvlak vanuit de maatschap. Er is een goede verdeling waarbij de hoog-complexe procedures door de medisch specialist gedaan worden. Naarmate deskundigheid vordert wordt echter ook bij hoog-complexe procedures bij problemen op dat moment, de VS en PA erbij geroepen voor trouble-shooting. De samenwerking wordt beschreven als veilige en efficiënte zorg.

Barrières

Het standpunt van het bestuur van de WV en de uitkomsten van visitaties worden als barrière ervaren.⁶³ Er wordt door de WV middels visitatie negatief advies gegeven met betrekking tot het uitvoeren van diverse invasieve ingrepen door de VS en PA. Deze ingrepen waren per AMvB voor de VS nooit beperkt en per 1 september 2018 voor de PA ook niet meer. Door het standpunt van de WV ontstaat de situatie dat de medisch specialisten en/of maatschap de VS en PA steunt en de samenwerking met VS en PA, die in sommige gevallen al meer dan tien jaar bestaat, wil voortzetten, maar dat men tegelijkertijd de druk ervaart om zich te conformeren aan het standpunt van de WV. Daarnaast speelt er bij de medisch specialisten de zorg van de ‘witte lijst’ afgehaald te worden en daardoor procedures niet meer te mogen uitvoeren als centrum.⁶⁴ Visitaties met zwaarwegend advies volgen. Naast deze landelijke barrière gaf één PA orthopedie ook

⁶³ Normen kwaliteitsvisitaties NVVC 2018; Normenkader kwaliteitsvisitaties NOV.

⁶⁴ Procedure Witte Lijsten NVVC 2015.

kennisgebrek bij de medisch specialist rondom de bevoegdheden van de VS en PA als barrière aan.

Impact op de huidige situatie

De impact op de situatie van de geïnterviewde VS en PA is aanzienlijk. Voor zes van de zeven betekende het vanaf 2017-2018 een sterke beperking van toegestane procedures en meer onder supervisie werken bij diverse uitvoeringsonderdelen van het vak. Alleen voor één PA orthopedie, werkzaam in het ziekenhuis, is de werksituatie en de mogelijkheid invasieve procedures uit te voeren ongewijzigd gebleven. Voor vijf van de zeven VS en PA betekende het een verandering van baan en werkgever.

Voor de PA's orthopedie betekende de beperking bijvoorbeeld een beperking tot het verwijderen van plaatmateriaal en een toename van poliklinische spreekuren. Tevens werd in een aantal gevallen ook daar de zelfstandigheid beperkt met een wijziging tot poliklinisch 'voorwerk' door de PA en afrondend werk door de orthopeed. In een aantal gevallen was de beperking toegenomen na een fusie van ZBC met een algemeen ziekenhuis waardoor de beperking vanuit de maatschap orthopedie van het ziekenhuis bepalend werd in plaats van het standpunt van ZBC. Ook voor de drie VS en PA cardiologie werden de procedures sterk beperkt tot in hun geval alleen de PM wissels met een paar procedures gedurende een dagdeel per week. Er kwam deels organisatorisch werk, zaalwerk en poliklinische spreekuren voor in de plaats.

Door bovenstaande beperkingen zijn twee PA's cardiologie en één PA orthopedie geheel van baan én functie veranderd. Ze geven aan met pijn in hun hart hun expertise losgelaten te hebben. Het uitvoeren van de procedures die de VS en PA jarenlang aantoonbaar veilig en kundig hadden uitgevoerd in goed samenwerkingsverband met de medisch specialist werd niet meer toegestaan. Deze quote van een PA cardiologie geeft goed weer hoe dit ervaren wordt:

“Ik ben niet persé een ambassadeur om dit alom te introduceren. Ik begrijp de emoties en overwegingen. Maar ik vind het wel fair als er ruimte gehouden wordt voor mensen met een bewezen staat van dienst met aantoonbare bekwaamheid. Deze bekwaamheid heeft bij zowel de cardiologen als patiënten nooit ter discussie gestaan. Het gaat dus niet om kwaliteit maar om een principe.”

Eén PA orthopedie is van werkgever veranderd, maar liep ook daar als PA tegen de opgelegde beperking aan en doet nu nog wat kleine procedures zoals verwijderen plaatmateriaal en vooral poli spreekuren. Eén PA orthopedie is verder gegaan als ZZP'er en werkt naar tevredenheid bij een ZBC waar er een goed samenwerkingsverband is en hij de procedures kan uitvoeren

waarvoor hij bevoegd en bekwaam is. Voor de VS cardiologie die nog in hetzelfde ziekenhuis werkzaam is geldt dat naast de toegestane PM wissels, zijn expertise nog steeds voor trouble shooting tijdens procedures wordt ingeroepen door de implanterend medisch specialist. Bijzonder is dat door Covid-19 voor hem momenteel de deur geopend is naar het weer volledig mogen uitvoeren van de invasieve procedures. Met toestemming van de WV en als reden dat procedures door het tijdelijk gebrek aan personeel met de inzet van deze bevoegde en bekwaame werknemer wel veilig doorgang kunnen vinden.

Overig

Tijdens de interviews werd benoemd dat vergelijkbare beperkingen voor de VS en PA inmiddels ook spelen bij longgeneeskunde en plastische chirurgie.

Landelijke impact

Om hoeveel VS en PA het in totaal gaat die de beperkingen ervaren is niet bekend en vraagt om landelijk onderzoek. Met een zeer grove schatting van het percentage VS en PA betrokken bij invasieve ingrepen, gebaseerd op 10% bij de orthopedie en geëxtrapoleerd naar de meer dan 5000 opgeleide VS-PA in diverse specialismen in Nederland, komt dit neer op potentieel 500 VS en PA die door de opgelegde beperkingen invasieve procedures niet meer of niet meer ten volle kunnen uitvoeren.⁶⁵ Daarnaast zullen de VS en PA in opleiding de beperking ervaren doordat diverse invasieve ingrepen niet meer tot het opleidingscurriculum zullen behoren.

2.7 Conclusie

De wetwijziging heeft de grootste belemmering voor het uitvoeren van voorbehouden handelingen door de VS en PA weggenomen. De documenten die de implementatie van de wettelijke ruimte tot taakherschikking moeten verduidelijken, perken deze echter ook weer in. Mijns inziens komt de kwaliteit waarnaar in de gezondheidszorg wordt gestreefd juist tot stand daar waar de kaders niet verder beperken en zorgverleners de ruimte krijgen om op lokaal niveau te exploreren en innoveren binnen de wettelijke ruimte. Holdrinet (2010) beschreef fraai dat een handreiking ook tot handboei kan verworden zonder die vrijheid voor innoverende zorgverleners.⁶⁶ Het onderzoek VoorBIGHouden uit 2015 stelt dat er zich op lokaal niveau nog

⁶⁵ Taakherschikking PA en VS in de orthopedie 2019.

⁶⁶ Holdrinet, *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2010/154.

belemmeringen opwerpen, die op termijn verdere landelijke taakherschikking in de weg kunnen staan.⁶⁷ De situatie is in mijn optiek in 2020 echter juist omgekeerd: op landelijk niveau worden er belemmeringen opgeworpen die momenteel lokale taakherschikking in de weg staan. Een deel van het onbeperkte verbod van de WUG en het monopolie van artsen baant zich zo een weg terug in de ruimte die de Wet BIG juist biedt.

Dit is niet in lijn met het uitgestippeld landelijk beleid en de wetswijzigingen die juist de weg wilden vereffenen voor invoering taakherschikking. Welke wettelijke bepalingen van toepassing zijn op taakherschikking in de zorg alsmede op het voorkomen van belemmeringen met betrekking tot samenwerking in de zorg, wordt besproken in het volgende hoofdstuk.

⁶⁷ De Bruijn-Geraets e.a. 2015, p. 19.

Hoofdstuk 3. Recht

3.1 Inleiding

Kwaliteit en veiligheid in de gezondheidszorg worden geborgd in de Wkkgz en de WGBO. Deze bepalingen zijn van toepassing op de VS en de PA. De Wet BIG komt in paragraaf 3.2 aan bod met in 3.2.1 de borging van kwaliteit via de Wet BIG en in 3.2.2 titelbescherming. Middels de Wet BIG is de uitoefening van de individuele gezondheidszorg in principe vrij voor iedereen, behoudens de voorbehouden handelingen. Deze voorbehouden handelingen (risicovolle handelingen) worden toegelicht in 3.2.3. De bevoegdheid tot uitvoeren van voorbehouden handelingen mits bekwaam, wordt besproken in 3.2.4. Dat de regelingen van de Wet BIG wellicht ook inflexibiliteit met zich meebrengen komt aan de orde in 3.2.5. De Wkkgz en WGBO volgen in paragraaf 3.3. Naast hoog kwalitatieve en veilige zorg is de patiënt ook gebaat bij goede samenwerking van zorgprofessionals zonder onnodige belemmeringen. In dit kader bespreek ik de Mededingingswet in paragraaf 3.4.

3.2 Wet BIG

3.2.1 Kwaliteitsborging beroepsuitoefening

De Wet BIG 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 IGJ.⁶⁸ 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. Het BIG register is openbaar en daardoor toegankelijk ook voor de patiënt die informatie wil inwinnen rondom de zorgverlener.⁶⁹ Behoudens 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 die degene die buiten noodzaak handelingen op het terrein van de individuele gezondheidszorg verricht en daarbij (een aanmerkelijke kans op) gezondheidsschade veroorzaakt bij een ander, strafbaar stelt.

3.2.2 Titelbescherming beroepen artikel 3 Wet BIG

Beroepen worden alleen opgenomen in de Wet BIG, indien regulering is geïndiceerd voor de veiligheid van de patiënt.⁷⁰ 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.⁷¹

Beroepen genoemd in art. 3 wet BIG hebben een wettelijk beschermde beroepstitel. De beroepsbeoefenaren moeten geregistreerd staan in het BIG register en zij vallen onder het tuchtrecht.⁷² 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, waarbij het voor eerstgenoemde bijvoorbeeld de cardioloog en orthopedisch chirurg en voor laatstgenoemde de VS betreft.⁷³

3.2.3 Beroepsbescherming middels voorbehouden handelingen, art 36 Wet BIG

De bevoegdheid tot specifiek omschreven potentieel risicovolle handelingen die zelfstandig mogen worden verricht, binnen deskundigheidsgebied, wordt aangewezen in art. 36 van de Wet BIG. Deze aan specifieke beroepsbeoefenaren ‘voorbehouden handelingen’ zijn onderverdeeld en per handeling wordt gesteld wie er bevoegd is. De veertien handelingen staan hieronder 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.

⁶⁸ Leenen/Leenen e.a. 2017, p. 457.

⁶⁹ Dute e.a. 2009; Wet- en regelgeving BIG register, Ministerie van VWS.

⁷⁰ Dute e.a. 2009, p. 12.

⁷¹ Dute e.a. 2009, p. 17.

⁷² *Kamerstukken II* 2016/17, 34629, nr. 3, p. 4 (MvT).

⁷³ Wet- en regelgeving BIG register; *Lijst Specialismen en specialistenregisters* 2017; Leenen/Leenen e.a. 2017, p. 460.

	Voorbehouden handelingen	Arts	PA	VS	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	Catheterisaties	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	Electroconvulsieve therapie	x					
12	Steenvergruizing geneeskundige doeleinden	x					
13	Handelingen tav menselijke geslachtscellen 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)

Tabel 1

3.2.4 Bevoegdheid en bekwaamheid

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, behoudens 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.⁷⁴ 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 áán de VS en PA indien niet zelfstandig bevoegd. Bij taakherschikking is er dus sprake van een zelfstandig bevoegd VS of PA met een eigen verantwoordelijk voor het handelen. Bij taakdelegatie aan de VS of PA is er sprake van uitvoeren van een handeling zonder zelfstandige bevoegdheid, in opdracht van een medisch specialist.

3.2.5 Beperkingen Wet BIG

Naast de ruimte die de Wet BIG biedt, wordt er ook inflexibiliteit gesignaleerd. Op de dynamiek van de taakherschikking is het wetgevingscomplex wellicht te weinig toegesneden.⁷⁵ De focus van de Wet BIG op de beschermde beroeps- en opleidingstitels en voorbehouden handelingen biedt onvoldoende ruimte voor innovatie en flexibiliteit.⁷⁶ Het stramien van voorbehouden handelingen kadert te veel en te eenzijdig met de focus op medisch-technische handelingen waardoor het ingaat tegen het principe van het vrijgeven van het terrein van de individuele gezondheidszorg.⁷⁷ Daarbij is er het risico van veroudering van de lijst van voorbehouden handelingen door de snelle ontwikkeling van nieuwe medische technieken die niet in dat kader plaatsen zijn. Een oplossing die reeds in 1992 aangedragen werd, zou een flexibeler systeem zijn

⁷⁴ *Kamerstukken II* 2016/17, 34629, nr. 3, p. 3 (MvT).

⁷⁵ Leenen/Leenen e.a. 2017, p. 457.

⁷⁶ Weenink e.a. 2019.

⁷⁷ Dute e.a. 2009.

van individuele bekwaamheidseisen via gedelegeerde regelgeving.⁷⁸ In lijn met deze oplossing is de benadering van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (de Raad) in 2019 om 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’. Daarmee zou een geleidelijke vervanging van een beroepenmodel naar een bekwaamhedenmodel, beter aansluiten bij de zorgvraag en zorgpraktijk van efficiënte, veilige en verantwoorde zorg.⁷⁹

3.3 Wkkgz en de WGBO

De Wkkgz stelt eisen aan verantwoorde zorg middels 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, alsmede een goede en gestructureerde afhandeling van klachten van patiënten.⁸⁰ 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.⁸¹

Naast de Wkkgz zijn ook de regels betreffende de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) van toepassing. 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.⁸² Eén 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 de VS of PA heeft.⁸³ In lijn daarmee moet de verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerkingsmodellen voor de ontvangen zorg helder zijn.⁸⁴

⁷⁸ Voorbehouden handelingen II 1992; Kastelein & Legemaate, *Med Contact*. 1992, p. 359-360.

⁷⁹ De B van Bekwaam 2019.

⁸⁰ *Kamerstukken I* 2013/14, 33243, MvA.

⁸¹ *Stb.* 2015, 447.

⁸² Wijne 2017, p. 149-155.

⁸³ *Kamerstukken II* 2017/18, 34630, nr 9.

⁸⁴ De Bruijn-Geraets e.a. 2015, p. 20; Wijne 2017, p. 356.

3.4 Mededingingswet

3.4.1 Mededinging in de zorg

Voor samenwerking tussen zorgverleners is naast bovengenoemde wetten ook de Mededingingswet (Mw) van belang. In de Mw is het mededingingsrecht neergelegd. Ons nationale mededingingsrecht is in deze wet in lijn met dat van de Europese Unie, specifiek Titel VII van het VWEU, door onder andere het kartelverbod en het verbod op misbruik van een economische machtspositie. Onder een kartel valt een besluit of onderling afgestemde gedraging tussen ondernemingen met als doel onderlinge concurrentie te verminderen. Het kartelverbod in de Nederlandse regelgeving is opgenomen in art. 6 Mw. Zorgaanbieders verrichten economische activiteiten en worden aangemerkt als ondernemingen. Onder onderneming valt 'elke eenheid die een economische activiteit uitoefent, ongeacht de rechtsvorm van die eenheid en de wijze waarop die wordt gefinancierd'.⁸⁵ Hieronder vallen mede de vrije beroepsbeoefenaren zoals huisartsen en medisch specialisten.⁸⁶ Art. 11 Mw stelt dat het kartelverbod ook geldt voor ondernemers of ondernemersverenigingen die bij wettelijk voorschrift of door een bestuursorgaan belast zijn met het beheer van diensten van algemeen economisch belang (DAEB) zoals de gezondheidszorg, voor zover dat de vervulling van de toevertrouwde bijzondere taak niet verhindert. Proportionaliteit en noodzakelijkheid bij mededingingsbeperkingen worden daarbij bij DAEB's getoetst in lijn met het Europees mededingingsrecht.⁸⁷

Mededingingsbeperkende afspraken zijn alleen toegestaan als de economische en maatschappelijke voordelen zwaarder wegen dan de nadelige effecten op de concurrentie. Het kartelverbod is niet van toepassing als voldaan wordt aan alle vier de criteria van art. 6 lid 3 Mw. Dit houdt in dat de overeenkomst moet bijdragen aan verbetering van service, de voordelen moeten voor een billijk aandeel ten goede komen aan de afnemers, de beperkingen moeten onmisbaar zijn voor de doelstelling en er moet voldoende concurrentie in de markt overblijven.

Toezicht op de mededinging in de gezondheidszorg is middels de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) zowel een rol voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), als middels de Mw voor de Autoriteit Consument en Markt (ACM). Bij samenloop van bevoegdheden is op

⁸⁵ HvJEU 23 april 1991, C-41/90, ECLI:EU:C:1991:161 (Höfner en Elser).

⁸⁶ Richtsnoeren voor de zorgsector 2010, p. 20-21.

⁸⁷ Richtsnoeren voor de zorgsector 2010, p. 62.

grond van art. 18 Wmg de NZa als eerste aan zet.⁸⁸ Het samenwerkingsprotocol van de ACM en NZa van 2015 verduidelijkt de verdeling van bevoegdheden.⁸⁹ Is er echter sprake van kartelvorming dan ligt de bevoegdheid tot handhaving geheel bij de ACM.⁹⁰ In de volgende paragraaf beschrijf ik aan de hand van de Richtsnoeren de mogelijkheden en de grenzen van samenwerking in de gezondheidszorg relevant voor de hier te beoordelen vragen.

3.4.2 Richtsnoeren voor de Zorgsector

De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), inmiddels na een fusie in 2013 opgegaan in de ACM, heeft in 2010 de laatste versie van de Richtsnoeren voor de Zorgsector uitgebracht. Waar NMa staat in documenten van voor 2013, zal ik spreken over het huidige ACM.

De Richtsnoeren geven een uitgebreide toelichting op het beoordelingskader door de ACM. De ACM erkent dat samenwerkingsverbanden juist in de gezondheidszorg, vanuit het oogpunt van doelmatigheid en kwaliteit, wenselijk zijn. Samenwerkingsafspraken kunnen voordelen opleveren voor de consument die zwaarder wegen dan de mogelijke nadelen voor concurrenten. Onder bepaalde omstandigheden kan dit toegestaan worden.⁹¹ Onderdeel hiervan is het voldoen aan minimale kwaliteitseisen en volumennormen.⁹² In het systeem van marktwerking is het van belang dat zorgaanbieders als ondernemers opereren en tot een goed betaalbaar zorgaanbod komen. Zorg is een product. Voor de verschillende soorten zorg zijn afzonderlijke productmarkten met verschillende aanbieders uit verschillende beroepsgroepen. Veelal is er geen sprake van concurrentie zoals bij de niet uitwisselbaarheid van een tandarts en een fysiotherapeut.⁹³ Het kan echter ook voorkomen dat er verschillende zorgaanbieders in dezelfde productmarkt ‘opereren’ zoals bijvoorbeeld de medisch specialist en de VS en PA. In zo’n geval kan er wel sprake zijn van concurrentie.

De medisch specialist is zoals bleek in paragraaf 3.4.1, ook een ondernemer. Een vereniging met ondernemers uit dezelfde branche met gemeenschappelijke belangenbehartiging als doel, is een ondernemersvereniging. Hier valt ook de WV onder. Besluiten van de WV beoordeel ik in paragraaf 4.4.

⁸⁸ Richtsnoeren voor de zorgsector 2010, p. 11-15.

⁸⁹ Samenwerkingsprotocol ACM NZa 2015, *Stcrt.* 2015, 583.

⁹⁰ Richtsnoeren voor de zorgsector 2010, p. 12-13.

⁹¹ Richtsnoeren voor de zorgsector 2010, p. 5.

⁹² Richtsnoeren voor de zorgsector 2010, p. 91-92.

⁹³ Richtsnoeren voor de zorgsector 2010, p. 26.

3.5 Conclusie

In dit hoofdstuk is besproken hoe de borging van kwaliteit en veiligheid wordt nagestreefd door de Wet BIG, de Wkkgz en de WGBO. De door taakherschikking nieuw ontstane samenwerkingsverbanden vragen om goede afspraken. Eén van de doelen van de Wet BIG is om ruimte te creëren voor taakherschikking. Toch lijkt het stelsel met beschermde beroepstitels en voorbehouden handelingen bij evaluatie onvoldoende ruimte te bieden voor het vrijgeven van het terrein van de individuele gezondheidszorg en de gewenste innovatie en flexibiliteit. Wellicht biedt een opvolger van de Wet BIG met beweging naar een bekwaamhedenmodel meer aansluiting bij de dynamische zorgpraktijk.

Hiernaast is ook gekeken naar de mededingsrechtelijke aspecten van samenwerking in de zorg. De Mw is ook van toepassing op de zorg. Voor dit onderzoek is de Mw meegenomen in verband met de beschreven voorbeelden van beperking in de praktijkvoering voor de VS en PA. In lijn met Europese wetgeving zijn onderling afgestemde gedragingen die concurrentie belemmeren verboden. Hier vallen ook afspraken door een WV onder en aanbevelingen vanuit visitaties. Een uitzondering kan gemaakt worden wanneer maatschappelijke voordelen, in de gezondheidszorg de veiligheid en kwaliteit, zwaarder wegen dan de nadelige effecten op de concurrentie. Er moet dan echter wel getoetst worden op proportionaliteit en noodzakelijkheid. Deze beoordeling volgt in hoofdstuk 4.

Hoofdstuk 4. Beoordeling van de verschillende juridische invalshoeken

4.1 Inleiding

Binnen de orthopedie en cardiologie blijft het verrichten van heelkundige handelingen (art 36 lid 1 Wet BIG) en catheterisaties (art 36 lid 4 Wet BIG) door de VS en PA, zoals beschreven in hoofdstuk 2, een terugkerend punt van discussie. De WV werpen beperkingen op met betrekking tot de uitvoering van deze voorbehouden handelingen door de VS en PA. Aan de hand van de in hoofdstuk 3 besproken wetten zal ik dit standpunt toetsen en beoordelen of is voldaan aan de eisen van proportionaliteit en noodzakelijkheid. Het zwaartepunt zal liggen bij het beoordeling aan de hand van de Wet BIG en de Mw omdat daar op het eerste gezicht de meeste verschillen lijken te bestaan.

4.2 Verhouding standpunt wetenschappelijke verenigingen tot de wet BIG en de AMvB's

4.2.1 Verhouding standpunt WV tot de Wet BIG

Het door de WV ingenomen standpunt dat er geen tot zeer beperkte ruimte is om de VS en PA heelkundige handelingen of catheterisaties te laten uitvoeren vindt geen steun in de Wet BIG. Zowel in het experimenteerartikel 36a als in art. 36 Wet BIG waren en zijn dit expliciet aan de VS en PA toegekende voorbehouden handelingen met als voorwaarde slechts dat er gehandeld wordt binnen het deskundigheidsgebied en de bekwaamheid. Art. 35a Wet BIG stelt dat de bevoegdheid tot het verrichten van de voorbehouden handelingen op grond van art. 36 geldt als er beschikt wordt over een bekwaamheid vereist tot het behoorlijk uitvoeren van die handelingen. Dit betekent dat er wordt getoetst aan een 'behoorlijke verrichting' van die handeling teneinde veilige zorg te kunnen bieden. Een zorgverlener is bekwaam wanneer hij 'kennis heeft over de handeling, de technieken, het doel, de risico's, voor- en nazorg en eventuele complicaties'. De zorgverlener moet daarbij 'de handeling en bijkomende activiteiten, zoals beslissen en informeren, goed uitvoeren'.⁹⁴ Indien in voorkomende gevallen aan de IGJ de vraag wordt voorgelegd of er sprake was van goede en veilige zorg, dan behoort dit derhalve een beoordeling te zijn van de bekwaamheid van de zorgverlener(s) met een toetsing aan een

⁹⁴ Regels rondom voorbehouden handelingen door zorgpersoneel, Rijksoverheid.

‘behoorlijke verrichting’ van de handeling. Daarbij passen, tegen de achtergrond van de eisen van proportionaliteit en noodzakelijkheid en ervan uitgaande dat de WV en de visitatie hetzelfde doel nastreven als de IGJ, namelijk kwaliteit en veiligheid, niet de beperkingen die door de WV worden opgelegd aan de VS en PA met betrekking tot de invasieve ingrepen. De beperkingen van de WV missen juridische grondslag en gaan veel verder dan de in de wet neergelegde eisen of dan het door de IGJ gehanteerde toetsingskader. In de beschreven situaties is kwaliteit en veiligheid namelijk nimmer in het geding geweest. De VS en PA in kwestie voldoen aantoonbaar en ruim aan de bekwaamheidseisen. Hierbij objectificeert het lage complicatieratio het feit dat de handelingen boven niveau van ‘behoorlijk’ worden verricht. Toetsing van het standpunt van de WV aan bovenstaande criteria uit de Wet BIG, leidt tot de conclusie dat dit buitenproportionele maatregelen zijn die bovendien niet noodzakelijk zijn voor het bieden van kwaliteit en veiligheid.

4.2.2 Verhouding standpunt WV tot de AMvB’s

Na toetsing aan de Wet BIG volgt toetsing aan de AMvB’s. Dit zijn de AMvB’s waarin de mate van zelfstandigheid voor de VS en PA met betrekking tot de voorbehouden handelingen uit art. 36 Wet BIG, nader wordt uitgewerkt.⁹⁵ Er zijn twee aspecten in de AMvB’s die de mogelijkheid hebben gegeven om meer beperkingen te hanteren, namelijk de open norm ‘complexiteit’ en daarnaast de afbakeningen in de tijdelijke AMvB van de PA.

De AMvB’s voor de VS en PA spreken over ‘handelingen van een beperkte complexiteit’. Dit niveau van complexiteit houdt in dat het routinematige handelingen moet betreffen waarvan de risico’s te overzien en die worden uitgeoefend aan de hand van landelijke richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen. De open norm ‘beperkte complexiteit’ geeft ruimte voor interpretatie. Daarbij moet bij een beoordeling van een ‘situatie van beperkte complexiteit’ er naast de handeling op zich en de complexiteit van de patiënt, ook de mate van bekwaamheid van de zorgverlener meegenomen worden. Eerdergenoemde AMvB’s bevestigen ook dat alle omstandigheden van het geval meewegen in de beoordeling.⁹⁶

Opvallend in dit verband is dat een handeling door de WV geclassificeerd wordt als hoog complex voor de VS en PA, naar de patiënt wordt gepresenteerd als laag complex. Een

⁹⁵ Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten, *Stcrt.* 2018, 39930 (toelichting algemeen); Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant, *Stb.* 2018, 130 (NvT Deskundigheidsgebied).

⁹⁶ Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten, *Stcrt.* 2018, 39930; Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant, *Stb.* 2018, 130.

meniscectomie bijvoorbeeld wordt beschreven als een ingreep waarbij zelden complicaties optreden en als er sprake is van een complicatie dit meestal een infectie is die goed te behandelen is. Een hartcatheterisatie wordt in patiënteninformatie gepresenteerd als een ‘vaak uitgevoerd en relatief veilig onderzoek’ met een ‘klein’ of ‘zeldzaam’ risico op optreden van een complicatie. Een pacemakerimplantatie wordt omschreven als ‘een kleine operatie’.⁹⁷ Op basis van deze beschrijvingen en een laag complicatieratio zouden deze handelingen vallen onder voorbehouden handelingen van beperkte complexiteit.

Naast de factoren ‘complexiteit van de handeling’ en ‘bekwaamheid van de zorgverlener’ spelen ook ‘de omgevingsfactoren’ oftewel de setting waarin de handeling plaatsvindt, nog een belangrijke rol. In het geval van de orthopedie en cardiologie hebben we te maken met een proces waarbij medisch specialisten, VS en PA, en andere zorgverleners in meerdere naast elkaar gelegen behandelkamers aan het werk zijn. Mocht er zich toch een complicatie voordoen, dan is er direct een collega beschikbaar om dit gezamenlijk te behandelen. Dit geldt natuurlijk niet alleen voor de VS en PA maar ook voor de medisch specialist. Hiermee is een veilige behandelomgeving gewaarborgd. Dit in tegenstelling tot een alleen optredende zorgverlener zonder collega op afroep en/of een collega daarbij direct lijfelijk aanwezig.

Alles overziend is de conclusie gerechtvaardigd dat er vele facetten zijn aan het begrip “complexiteit”. Van doorslaggevend belang is mijns inziens dat de invasieve ingrepen door de VS en PA in de praktijk onderdeel zijn van een setting met teamwork en ‘checks and balances’, waardoor er voldoende borging is van kwaliteit van de zorg. Indien er bij de toetsing alleen wordt gekeken naar de complexiteit van een handeling dan is deze beoordeling onvolledig en voor de praktijk niet passend.⁹⁸

Naast de relatief open norm van complexiteit zoals identiek opgenomen in beide AMvB’s en die hiervoor is besproken is er nog een factor die het mogelijk heeft gemaakt dat de WV verdergaande beperkingen hebben opgelegd, namelijk de omschrijving in de AMvB van ‘tijdelijke bevoegdheid’ voor de PA. De beperking bestond onder andere uit: ‘geen intrathoracale ingrepen’ en ‘geen grote gewrichtsingenrepen’.⁹⁹ Nog specifiek werd hierin gesteld dat ‘ten

⁹⁷ Patiënteninformatie: Hartwijzer hartcatheterisatie; Hartwijzer pacemaker; UMCG hartcatheterisatie; Antonius Ziekenhuis hartcatheterisatie; Zorg voor beweging, arthroscopie van de knie; MUMC meniscusoperatie.

⁹⁸ Wallenburg e.a. 2015, p. 39-40.

⁹⁹ Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid physician assistant, *Stb.* 2011, 658 (NvT) art. 7.

aanzien van catheterisaties, puncties en endoscopieën daar waar het risico van perforatie van een orgaan groot was (hart, hersenen, nieren, lever, pancreas)’ dit eveneens buiten de bevoegdheid van de PA viel, zoals reeds beschreven in hoofdstuk 2. Deze specifieke omschrijving mede onderschreven door de NAPA, maakt dat de beperkingen voor de PA cardiologie opgelegd door de WV in de periode van 1 september 2012 tot en met 1 september 2018 mogelijk een juridische grondslag hadden. Het was niet gerechtvaardigd om dit te extrapoleren naar de VS cardiologie in dezelfde periode. De juridische grondslag ontbreekt hiervoor in de AMvB voor de VS. Voor de PA orthopedie in casu is in de AMvB ‘tijdelijke bevoegdheid PA’ de frase ‘geen grote gewrichtsingenrepen’ van belang geweest tussen september 2012 en september 2018. Er kan gediscussieerd worden over wat er valt onder ‘grote gewrichtsingenrepen’. In casu kan gesteld worden dat de beschreven invasieve procedures voor de PA orthopedie met name onder ‘kleine gewrichtsingenrepen’ vielen en de beperking hierop dus niet van toepassing is geweest.

Per 1 september 2018 zijn er nieuwe AMvB’s van kracht. Met het schrappen van de beperkingen in de nieuwe AMvB zelfstandige bevoegdheid PA van 2018 is de juridische grondslag verdwenen.¹⁰⁰ Het ‘niet uitvoeren van grote risicovolle operaties’ is per 1 september 2018 voor de VS en PA in de AMvB’s gelijkgetrokken.¹⁰¹ De huidige beperking door de WV voor de VS en PA orthopedie en cardiologie op grond van de oude wettelijke bepalingen en verwerkt in diverse consensusdocumenten, is daardoor niet langer gerechtvaardigd.

Het standpunt van de WV heeft tevens impact op beoordeling door de IGJ. In de toetsing van verantwoorde en veilige zorg wordt door de IGJ het standpunt van de WV in de hiërarchie van normen meegenomen als bron van expertise.¹⁰² Toetsing door de IGJ is echter alleen correct als dit standpunt gebaseerd is op de huidige wettelijke bepalingen.¹⁰³ Niet correct en buitenproportioneel zou zijn een toetsing door de IGJ op basis van de consensusdocumenten of aanbevelingen vanuit visitaties, gebaseerd op de oude wettelijke bepalingen.

¹⁰⁰ Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant, *Stb.* 2018, 130.

¹⁰¹ Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten, *Stcrt.* 2018, 39930; Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant, *Stb.* 2018, 130.

¹⁰² Leenen/Leenen e.a. 2017, p. 518.

¹⁰³ Handreiking Implementatie Taakherschikking 2012, p. 9.

4.3 Verhouding standpunt wetenschappelijke verenigingen tot de Wkkgz en de WGBO

De regels van de Wkkgz en de WGBO zijn ook van toepassing op de werkzaamheden van de VS en PA. Dit kwam aan bod in paragraaf 3.3. Hoe de consensusdocumenten hierop aansluiten bespreek ik in deze paragraaf. Het bestuur van een zorginstelling is onder andere verantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. Hieronder vallen ook duidelijk vastgelegde afspraken over samenwerking.¹⁰⁴ Door middel van consensusdocumenten worden deze elementen geborgd op landelijk niveau en door middel van de werkformulieren gebeurt dit op lokaal niveau. De WV streeft kwaliteit en veiligheid van zorg na. Het blijft echter ook hier een gegeven dat deze documenten gebaseerd moeten zijn op de recente wettelijke bepalingen en geen verdergaande beperkingen dan nodig, mogen stellen. Dat is hier wel het geval waardoor proportionaliteit en noodzakelijkheid in het geding lijken te zijn.

Met betrekking tot de regels van de WGBO is één van de verplichtingen dat een patiënt alleen met zijn of haar toestemming door hulpverleners behandeld mag worden. Daarbij moet het voor de patiënt duidelijk zijn wat de verantwoordelijkheidsverdeling is bij samenwerkingsmodellen van zorg en welke rol de VS of PA hierin heeft.¹⁰⁵ De consensusdocumenten beschrijven het belang van heldere informatie over de inzet van de VS en PA en diens bevoegdheden. Wat dit betreft is het in lijn met de WGBO. Rest mij te benadrukken dat ook hier geldt dat het beschreven samenwerkingsverband correct de wettelijke bevoegdheden van de VS en PA moet weergeven, teneinde een voor de patiënt duidelijke situatie van aanbod en aanvaarding van zorg te schetsen.

4.4 Verhouding standpunt wetenschappelijke verenigingen tot de Mw

In paragraaf 3.4.2 sprak ik over verschillende zorgverleners in dezelfde zorgmarkten. De VS en PA cardiologie en orthopedie functioneren in dezelfde zorgmarkt als de medisch specialisten. Een klein deel van de handelingen die zowel de VS en de PA als de medisch specialisten uitvoeren, betreft de invasieve procedures. De medisch specialisten voeren zowel de complexe procedures uit, als de procedures van ‘beperkte complexiteit’. Bij de procedures met ‘beperkte complexiteit’ is er sprake van een overlap met de VS en PA. Dit is waar het knelt. De beperking van invasieve

¹⁰⁴ *Kamerstukken I* 2013/14, 33243, MvA.

¹⁰⁵ *Kamerstukken II* 2017/18, 34630, nr. 9; De Bruijn-Geraets e.a. 2015, p. 20; Wijne 2017, p. 356.

procedures uit de voorbeelden bij de VS en PA komt niet na vaststelling van onveilige zorg. Het is goed mogelijk dat ook financiële belangen en zorg over inkomstenderving ten gevolge van de taakherschikking een rol spelen bij de beslissing de taakuitoefening door de VS en de PA te beperken.¹⁰⁶ De beperking en daarmee de domeinafbakening wordt aangestuurd door de besturen van de WV, maar wordt niet door alle medisch specialisten gedragen. Ik benoemde in paragraaf 3.4.2 dat zo'n standpunt van een WV valt onder 'handelingen en besluiten door een ondernemersvereniging'. Dit betreft onder andere de uitingen van de wil van de vereniging om het gedrag van haar leden te coördineren. Individuele zorgverleners, zowel de VS en PA als de medisch specialist die voor een samenwerking zijn, mogen niet beperkt worden door hun ondernemersvereniging (de WV). Toch zien we dat vele leden zich conformeren omdat zij bang zijn om als zorginstelling van de zogenaamde witte lijst verwijderd te worden leidend tot een verlies van procedures.¹⁰⁷ De visitaties worden aangestuurd door het bestuur van de WV zonder dat een neutraal orgaan daarop toezicht houdt of anderszins meekijkt.

Ook vanuit het oogpunt van mededinging valt er wel het nodige op te merken over de wijze waarop visitatie wordt uitgevoerd. Een visitatie kan namelijk ook gezien worden als een handeling met het oogmerk de risico's van onderlinge concurrentie bewust te vervangen door afstemming. Die afstemming wordt min of meer afgedwongen middels zwaarwegend advies uit de visitaties.¹⁰⁸ Het reserveren van werkzaamheden voor eigen beroepsgroep is daarmee een mededingingsbeperkende afspraak en valt daarmee onder het kartelverbod van art 6 Mw. Het instrument visitatie is niet vrijgesteld van het verbod op kartelvorming tenzij de economische en maatschappelijke voordelen zwaarder wegen dan de nadelige effecten op de concurrentie. Het kartelverbod is alleen niet van toepassing als voldaan wordt aan alle vier de criteria van art. 6 lid 3 Mw. Dit houdt in dat de overeenkomst moet bijdragen aan verbetering van service, de voordelen voor een billijk aandeel ten goede komen aan de afnemers, de beperkingen onmisbaar zijn voor de doelstelling en er voldoende concurrentie in de markt overblijft. Passen we deze criteria toe op het standpunt van de WV, dan zou de opgelegde beperking voor de VS en PA moeten bijdragen aan een verbetering van service. Hier echter leidt dit juist tot een verstoring van een efficiënte service en samenwerkingsverband waardoor niet aan dit eerste criterium wordt voldaan. Op grond van het tweede criterium zouden de voordelen voor een billijk deel ten goede

¹⁰⁶ NZa Advies bekostiging medisch-specialistische zorg 2018.

¹⁰⁷ Procedure Witte Lijsten NVVC 2015.

¹⁰⁸ Normen kwaliteitsvisitaties NVVC 2018; Normenkader kwaliteitsvisitaties NOV.

moeten komen aan de patiënt. Ook hier wordt niet aan voldaan. Het belemmeren van bekwaame zorgverleners in het aanbieden van een veilig zorgproduct komt niet ten goede aan de patiënt. In het verlengde hiervan wordt tevens niet voldaan aan het derde criterium. De beperking is niet onmisbaar voor de doelstelling van het bieden van verantwoorde en veilige zorg. Veilige zorg is niet in het geding geweest. Het laatste criterium betreft het overblijven van voldoende concurrentie. Het effect van het zwaarwegend advies vanuit de visitaties heeft echter tot gevolg dat het functioneren van de VS en PA in dezelfde zorgmarkt als de medisch specialist dusdanig beperkt wordt dat dit leidt tot een nagenoeg uitschakelen van deze ‘concurrentie’. Het niet voldoen aan één van de vier criteria levert reeds strijd op met het kartelverbod. In casu is géén van de vier criteria behaald waardoor gesteld kan worden dat de visitaties niet zijn vrijgesteld van het kartelverbod. Het zwaarwegend advies vanuit de visitaties valt daardoor onder een mededingingsbeperkende afspraak en daarmee onder het kartelverbod van art 6 Mw.

4.5 Mogelijke oplossing

Met betrekking tot de geschetste situatie kan in het algemeen geconcludeerd worden dat het standpunt van enerzijds de WV en anderzijds de VS, PA en samenwerkende medisch specialisten, niet overeenkomt. Alle partijen streven verantwoorde en veilige zorg na, maar de benadering verschilt. Vergelijkbare situaties hebben zich voorgedaan bij andere specialismen met uiteindelijk betrokkenheid door het Zorginstituut Nederland (ZIN) door onder een veldnorm te ontwikkelen en de kwestie over te nemen door middel van de zogenaamde ‘doorzettingsmacht’.¹⁰⁹ Mogelijke oplossingen door tussenkomst van het ZIN, maar ook die van de ACM en de NZa licht ik hier toe.

De vergelijkbare situaties betroffen de GGZ en de geboortezorg, met wederom verschillende zorgverleners in dezelfde zorgmarkt.¹¹⁰ De situatie bij de GGZ leg ik uit ter illustratie van de bevoegdheid van het ZIN. Met betrekking tot het ‘hoofdbehandelaarschap’ bij de GGZ verzocht het Ministerie van VWS in 2013 om het vaststellen van een veldnorm.¹¹¹ Dit resulteerde bij de GGZ allereerst in het advies ‘Hoofdbehandelaarschap GGZ als Noodgreep’ van de ingestelde commissie Meurs.¹¹² Een belangrijk advies dat hieruit volgde was het ontwikkelen van een

¹⁰⁹ *Hoofdbehandelaarschap GGZ als Noodgreep* 2015; Doorzettingsmacht bij overschrijding datum Meerjarenagenda, ZIN.

¹¹⁰ *Hoofdbehandelaarschap GGZ als Noodgreep* 2015; Evaluatie invoering Zorgstandaard Integrale Geboortezorg 2017, ZIN.

¹¹¹ *Kamerstukken II* 2012/13, 25424, nr. 221.

¹¹² *Hoofdbehandelaarschap GGZ als Noodgreep* 2015.

kwaliteitsstatuut door alle betrokken partijen, opname hiervan als vereiste in de regelgeving omtrent de toelating van zorgaanbieders tot de markt en toezicht op de naleving hiervan door de IGJ. Dit heeft in 2016 geresulteerd in het model-Kwaliteitsstatuut GGZ, en opname in het register voor kwaliteitsstandaarden van het ZIN. Partijen bereikten echter geen consensus over een eenduidige omschrijving van het regiebehandelaarschap. In geval veldpartijen er onderling niet uitkomen kan het ZIN ‘doorzettingmacht’ inzetten.¹¹³ Het ZIN heeft op grond van die bevoegdheid in 2019 de regie op dit onderdeel van de verdere ontwikkeling het kwaliteitsstatuut overgenomen.¹¹⁴

Gezien de mededingsbeperkingen kan er in verband met het toezicht hierop, ook een rol zijn voor NZa en de ACM. In geval van kartelvorming ligt de bevoegdheid tot handhaven geheel bij de ACM.¹¹⁵ De ACM kan bij voldoende ruimte in de prioriteiten van dat moment, op verzoek van partijen een informele zienswijze geven over de interpretatie van de Mw als dit een nieuwe rechtsvraag betreft met groot maatschappelijk en/of economisch belang. Er moet door de partijen voldoende informatie aangeleverd zijn om een informele zienswijze te kunnen opstellen zonder nader feitelijk onderzoek door de ACM. Mocht er sprake zijn van een overtreding van het kartelverbod dan zijn het accepteren van een toezegging of het geven van een bindende aanwijzing, belangrijke handhavinginstrument.¹¹⁶

De rol van de NZa is gericht op toezicht van de ontwikkelingen rondom taakherschikking.¹¹⁷ De NZa verwacht van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars dat er financiële en kwalitatieve afspraken gemaakt worden over de inzet van taakherschikkers in lijn met het Hoofdlijnenakkoord voor medisch-specialistische zorg.¹¹⁸ Hier zien zij op toe via de jaarlijkse monitor contractering.¹¹⁹

4.6 Conclusie

Met betrekking tot de inzet van de VS en PA bij invasieve ingrepen verschillen de opvattingen. Door middel van de consensusdocumenten en de adviezen uit visitaties wordt getracht

¹¹³ Doorzettingmacht bij overschrijding datum Meerjarenagenda, ZIN.

¹¹⁴ Zorginstituut neemt regie op onderdeel Kwaliteitsstatuut GGZ, ZIN Nieuwsbericht 03-10-2019.

¹¹⁵ Richtsnoeren voor de zorgsector 2010, p. 12-13.

¹¹⁶ Richtsnoeren voor de zorgsector 2010, p. 17.

¹¹⁷ NZa Monitor Taakherschikking 2019.

¹¹⁸ NZa Monitor Taakherschikking 2019, p. 58; Hoofdlijnenakkoord 2018.

¹¹⁹ NZa Monitor Taakherschikking 2019, p. 58.

verdergaande beperkingen aan te brengen dan die volgen uit de Wet BIG. Met betrekking tot verantwoorde en veilige zorg zijn de maatregelen van de WV buitenproportioneel en niet noodzakelijk. Het belemmert de afspraken met betrekking tot taakherschikking vanuit het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg. Met betrekking tot mededinging leidt het tot concurrentiebeperkende afspraken en kartelvorming in strijd met art 6 Mw.

Hoofdstuk 5. Conclusie en aanbevelingen

5.1 Inleiding

Samenwerking, taakherschikking en zorginnovatie zijn uitermate belangrijk in dit tijdperk van groeiende zorgvraag en stijgende kosten. Onderdeel van de taakherschikking is de inmiddels vergevorderde inzet van de VS en PA. In dit onderzoek is het juridisch kader met betrekking tot het uitvoeren van invasieve procedures door de VS en PA binnen de orthopedie en cardiologie belicht. Onderzocht is hoe de afbakening door de WV van de uitvoering van invasieve procedures zich verhoudt tot de wettelijke bepalingen. Daarbij heb ik het standpunt van de wetenschappelijke verenigingen getoetst aan de wettelijke bepalingen en gekeken naar mogelijke oplossingen. Hierna volgen de belangrijkste conclusies, vervolgens afgerond door de aanbevelingen.

5.2 Conclusie

De Wet BIG en de opname van de VS en PA in art. 36 Wet BIG, heeft de grootste belemmering voor het uitvoeren van voorbehouden handelingen door de VS en PA weggenomen.

Taakherschikking in de zorg is inmiddels vergevorderd en voordelen worden door alle partijen beaamd. Onderdeel van de ruimte voor taakherschikking gecreëerd door de Wet BIG en de bijbehorende AMvB's voor de VS en PA, blijkt echter ook ruimte voor beperking door landelijke kaders. Het is van groot belang om op lokaal niveau de betrokken medisch specialisten en VS en PA de ruimte te geven voor samenwerking, innovatie en veilige zorg binnen de wettelijke kaders. Te vergaande beperking per specialisme en domeinafbakening door de WV gaat hier tegenin. Een deel van het onbeperkte verbod van de WUG baant zich zo een weg terug in de ruimte die de Wet BIG juist biedt. Bij evaluatie lijkt het stelsel met beschermde beroepstitels en voorbehouden handelingen onvoldoende ruimte te bieden voor het vrijgeven van het terrein van de individuele gezondheidszorg en de gewenste innovatie en flexibiliteit.

Binnen de orthopedie en cardiologie blijft het verrichten van de voorbehouden heelkundige handelingen en catheterisaties (resp. art 36 lid 1 en lid 4 Wet BIG) door de VS en PA een terugkerend punt van discussie, zonder dat kwaliteit en veiligheid in het geding is geweest. Over de inzet van de VS en PA bij invasieve ingrepen verschillen de opvattingen. Door middel van de consensusdocumenten en de adviezen uit visitaties wordt getracht verdergaande beperkingen aan te brengen dan die volgen uit de Wet BIG. De visitaties en het zwaarwegend advies kunnen

gezien worden als een handeling met het oogmerk de risico's van onderlinge concurrentie bewust te vervangen door afstemming. De afbakening door de WV met betrekking tot het uitvoeren van invasieve procedures door de VS en PA, heeft impact op organisationeel en individueel niveau door het gedwongen loslaten van opgebouwde expertise en goedwerkende samenwerkingsmodellen. Dit speelt bij meerdere specialismen en mogelijk bij een significante groep VS en PA. Op landelijk niveau belemmert het de afspraken met betrekking tot taakherschikking vanuit het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg.

Ter beantwoording van mijn onderzoeksvraag hoe de afbakening door de WV van de uitvoering van invasieve procedures door de VS en PA binnen de orthopedie en cardiologie zich tot de wettelijke bepalingen verhoudt, concludeer ik dat met betrekking tot kwaliteit en veiligheid van zorg de maatregelen buitenproportioneel en niet noodzakelijk zijn. Met betrekking tot mededinging leidt de afbakening tot concurrentiebeperkende afspraken en kartelvorming in strijd met art. 6 Mw.

5.3 Aanbevelingen

Gebaseerd op mijn onderzoek volgen hier mijn aanbevelingen.

Voor de Minister van VWS:

- Nader onderzoek naar de door de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving voorgestelde opvolger van de Wet BIG met wijziging naar een bekwaamhedenmodel voor meer aansluiting bij de dynamische zorgpraktijk.
- Een verzoek om landelijk onderzoek van de VS en PA betrokken bij invasieve procedures is van belang om beter de schaal van de beperking te analyseren.
- Indien er een discrepantie blijft bestaan tussen de WV en de NAPA en VnVN-VS en partijen er onderling niet uitkomen, is betrokkenheid van het ZIN gerechtvaardigd.

Voor de KNMG, NAPA en VnVN-VS:

- Update de Handreiking Implementatie Taakherschikking in lijn met de meest recente wettelijke bepalingen.
- Stel in deze nieuwe versie dat de autonomie voor taakherschikking bij de individuele zorgverleners ligt binnen de wettelijke kaders. Laat de lokale setting leidend zijn en niet lijdend

onder de landelijke beperkingen.

Voor de WV, NAPA en VnVN-VS:

- Update (ook recent uitgebrachte) consensusdocumenten naar de huidige wetgeving en AMvB's.
- Leg de autonomie taakherschikking terug bij de met de VS en PA samenwerkende medisch specialisten, en laat samenwerking afhangen van de lokale situaties binnen de wettelijke kaders met kwaliteit en veiligheid als graadmeter.
- Bespreek onnodige beperking van mededinging met elkaar.
- Indien er discrepantie blijft bestaan, vraag advies aan het ZIN en/of ACM.

Literatuurlijst

Buiting, *Ned Tijdschr Geneeskd.* 1990/134

J.M. Buiting, 'Medische handelingen door niet artsen', *Ned Tijdschr Geneeskd.* 1990/134, afl. 14, p. 718-721.

De Bruijn-Geraets e.a. 2015

D.P. de Bruijn-Geraets e.a., *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.

De Bruijn-Geraets e.a. 2016

D.P. De Bruijn-Geraets e.a., *voorBIGhouden 2, Eindrapportage Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant: Endoscopie, electieve cardioversie, defibrillatie*, Maastricht: Maastricht UMC+, Patiënt & Zorg, KEMTA 2016.

De B van Bekwaam 2019

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)*, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag 2019.

De juiste zorg op de juiste plek 2018

Rapport van de Taskforce. De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft?, Den Haag: Ministerie van VWS 2018.

Dute e.a. 2009

J.C.J. Dute e.a., *Voorbehouden handelingen tegen het licht; De regeling van artikel 35-39 Wet BIG heroverwogen*, Amsterdam: Instituut voor Sociale Geneeskunde September 2009

Handreiking Implementatie Taakherschikking 2012

Handreiking Implementatie Taakherschikking; Implementatie van de wettelijke regeling om taakherschikking mogelijk te maken, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland - Verpleegkundig Specialist (V&VN-VS) 2012.

Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg 2010

Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, KNMG e.a. 2010.

Holdrinet, *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2010/154

R.S.G. Holdrinet, 'Handreiking over verantwoordelijk samenwerken; Laat het geen handboei worden', *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2010/154: A1780.

Hoofdbehandelaarschap GGZ als Noodgreep 2015

Hoofdbehandelaarschap GGZ als Noodgreep, Commissie Hoofdbehandelaarschap 2015.

Hoofdlijnenakkoord 2018

Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022 2018

Integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015 2013

Integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015 (Advies uitgebracht door de Nederlandse Zorgautoriteit aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit 2013.

Kastelein & Legemaate, *Med Contact*. 1992, p. 359-360

W.R. Kastelein & J. Legemaate, 'Wie zet de BIG weer met vier poten op de grond?', *Med Contact*. 1992, afl. 47, p. 359-360.

Kouwen e.a. 2016

A.J. Kouwen e.a., *Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk*, Nijmegen: Radboud UMC 2016.

Leenen/Leenen e.a. 2017

H.J.J. Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom Juridisch 2017.

Normen kwaliteitsvisitaties NVVC 2018

Normen kwaliteitsvisitaties, Commissie Kwaliteit en bestuur Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) 2018.

Normenkader kwaliteitsvisitaties NOV

Normen kwaliteitsvisitaties, Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV).

NZa Advies bekostiging medisch-specialistische zorg 2018

NZa Advies bekostiging medisch-specialistische zorg 2018; belonen van zorg die waarde toevoegt. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit 2018.

NZa Monitor Integrale Bekostiging 2016

Monitor Integrale bekostiging medisch specialistische zorg, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit 2019.

NZa Monitor Taakherschikking 2019

Monitor taakherschikking: Physician assistants & Verpleegkundig specialisten in de medisch specialistische zorg, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit 2019.

Peters 2016

F. Peters, *Tweede evaluatie van de 'Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant'*, Nijmegen: KBA 2016.

Procedure Witte Lijsten NVVC 2015

Procedure Witte Lijsten, Commissie Kwaliteit van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie 2015.

Richtsnoeren voor de zorgsector 2010

Richtsnoeren voor de zorgsector, Nederlandse Mededingingsautoriteit, nu Autoriteit Consument & Markt 2010.

Roodbol 2005

P. Roodbol, *Dwaallichten, struikelblokken, tolwegen en zangsporen. Onderzoek naar taakherschikking tussen verpleging en artsen* (doctoraalscriptie Groningen), 2005.

Samenwerkingsprotocol ACM NZa 2015

Samenwerkingsprotocol tussen de Autoriteit Consument en Markt en de Nederlandse Zorgautoriteit, Stcrt. 2015, 583.

Taakherschikking in de gezondheidszorg 2002

Taakherschikking in de gezondheidszorg (Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2002.

Taakherschikking in het hart van de zorg 2012

Taakherschikking in het hart van de zorg, NVVC & V&VN-VS 2012.

Taakherschikking PA en VS in de orthopedie 2019

Taakherschikking PA en VS in de orthopedie; Een beschrijving van de positie van de PA en VS binnen de orthopedie. NOV, NAPA & V&VN-VS 2019.

Voorbehouden handelingen II 1992

Voorbehouden handelingen II, Den Haag: Gezondheidsraad 1992.

Voorneveld-Nieuwenhuis, Dé Verpleegkundig Specialist 2018, p. 34-37

J.E. Voorneveld-Nieuwenhuis, 'NZa regelt ook DBC voor ICC en medebehandeling door VS en PA in het ziekenhuis', *Dé Verpleegkundig Specialist* 2018, nr. 4, p. 34-37.

Wallenburg e.a. 2015

I. Wallenburg, M. Janssen & A. de Bont, *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.

Weenink e.a. 2019

J-W. Weenink e.a., *Tussen Leren, Samenwerken en Straf: de Verschuivende Rol van Wet- en Regelgeving in de Beroepsuitoefening van de Zorg*, Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2019.

Werkformulier Implementatie Taakherschikking Physician Assistants 2015

Werkformulier Implementatie Taakherschikking Physician Assistants, Federatie Medisch Specialisten & Nederlandse Associatie Physician Assistants 2015.

Werkformulier Implementatie Taakherschikking Physician Assistants 2019

Werkformulier Implementatie Taakherschikking Physician Assistants, Federatie Medisch Specialisten & Nederlandse Associatie Physician Assistants 2019

Werkformulier Implementatie Taakherschikking Verpleegkundig Specialisten 2015

Werkformulier Implementatie Taakherschikking Verpleegkundig Specialisten, Federatie Medisch Specialisten & Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland - Verpleegkundig Specialist 2015.

Werkformulier Implementatie Taakherschikking Verpleegkundig Specialisten 2019

Werkformulier Implementatie Taakherschikking Verpleegkundig Specialisten, Federatie Medisch Specialisten & Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland - Verpleegkundig Specialist 2019.

Wijne 2017

R.P Wijne, *Aansprakelijkheid voor zorggerelateerde schade*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers, 2017.

Regelgeving, kamerstukken en jurisprudentie

Relevante regelgeving en officiële bekendmakingen

Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant 2018

Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant, *Stb.* 2018, 130.

Lijst Specialismen en specialistenregisters 2017

Lijst Specialismen en specialistenregisters, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, CIBG 2017.

Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten 2018

Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten, *Stcrt.* 2018, 39930.

Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid physician assistant 2011

Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid physician assistant, *Stb.* 2011, 658.

Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten 2011

Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten, *Stb.* 2011, 659.

Toekennen van zelfstandige bevoegdheid voor bepaalde voorbehouden handelingen aan physician assistants en verpleegkundig specialisten 2017

Wet van 4 oktober 2017, houdende wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in verband met het opnemen van de physician assistant in de lijst van registerberoepen, het toekennen van zelfstandige bevoegdheid voor bepaalde voorbehouden handelingen aan physician assistants en verpleegkundig specialisten en het opnemen van de mogelijkheid tot het instellen van een tijdelijk register voor experimenteerberoepen, *Stb.* 2017, nr. 374.

Kamerstukken

Kamerstukken II 1975/76, 13768, nr. 1.

Kamerstukken II 1985/86, 19522, nr. 3.

Kamerstukken II 1985/86, 19522, nr. 3 MvT.

Kamerstukken I 1992/93, 19522, nr. 103b.

Kamerstukken I 1992/93, 19522, nr. 103e.

Kamerstukken II 2003/04, 29282, nr. 1 (Kamerbrief Minister Hoogervorst).

Kamerstukken II 2009/10, 32261, nr. 3 (MvT).

Kamerstukken II 2010/11, 32261, nr. 23.

Kamerstukken II 2012/13, 25424, nr. 221.

Kamerstukken II 2012/13, 32261, nr. 26.

Kamerstukken II 2012/13, nr. 1439 (Aanhangsel).

Kamerstukken I 2013/14, 33243, MvA (Kamerbrief Minister Schippers).

Kamerstukken II 2013/14, 32620, nr. 105.

Kamerstukken II 2013/14, 32620, nr. 114.

Kamerstukken II 2013/14, 32620, nr. 116.

Kamerstukken II 2015/16, 29282, nr. 237.

Kamerstukken II 2016/17, 34629, nr. 3 (MvT).

Kamerstukken II 2017/18, 34630, nr. 9 (Kamerbrief Minister Schippers).

Kamerstukken II 2017/18, 29282, nr. 312.

Jurisprudentie

HvJEU 23 april 1991, C-41/90, ECLI:EU:C:1991:161 (Höfner en Elser)

Geraadpleegde websites

<https://www.acm.nl/nl>

<https://www.antoniusziekenhuis.nl/hartkatheterisatie-coronair-angiografie>

<https://www.bigregister.nl/>

<https://www.bigregister.nl/registratie/nederlands-diploma-registreren/wet--en-regelgeving>

<https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2019/12/Capaciteitsplan-2021-2024-Deelrapport-9a-Physician-Assistant.pdf>

https://centraal.mumc.nl/sites/central/files/meniscusoperatie_patienteninformatie_0.pdf

<https://www.zorgvoorbeweging.nl/homepage-2015>

<https://www.demedischspecialist.nl/>

<https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/taakherschikking>

<https://www.hartwijzer.nl/hartkatheterisatie>; <https://www.hartwijzer.nl/pacemaker>

<https://www.knmg.nl/>

<https://www.napa.nl/>

<https://www.napa.nl/faq/>

<https://www.nivel.nl>

<https://www.nvvc.nl/>

https://www.nvvc.nl/PDF/Visitaties/2018_mei_Normendocument_kwaliteitsvisitaties.pdf

https://www.nvvc.nl/PDF/Witte%20lijsten/2015_Procedure_aanmelding_vernoeming_op_de_witte_lijsten.pdf

<https://www.nza.nl>

<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/uitgebreidzoeken>

<https://www.orthopeden.org/>

<https://www.orthopeden.org/downloads/759/normenkader-kwaliteitsvisitatie.pdf>

<https://www.parlementairemonitor.nl/>

<https://www.raadrvs.nl>

<https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2003/01/13/taakherschikking-in-de-gezondheidszorg>

<https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2003/01/13/juridische-aspecten-van-taakherschikking-in-de-gezondheidszorg>

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/voorbehouden-handelingen/vraag-en-antwoord/voorbehouden-medische-handelingen>

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/07/14/taakherschikking-en-kostprijzen-in-de-praktijk>

[https://www.umcg.nl/IDocuments/Hartkatheterisatie en dotteren.pdf](https://www.umcg.nl/IDocuments/Hartkatheterisatie_en_dotteren.pdf)

<https://venvnvs.nl/>

<https://venvnvs.nl/wp-content/uploads/sites/164/2018/06/2018-05-23-Factsheet-Verpleegkundig-Specialist-definitief.pdf>

<https://www.verenso.nl/>

<https://www.zorginstituutnederland.nl/>

<https://zorgmasters.nl/praktijk/>

Bijlage 1 Overzicht van 7 interviews met PA en VS Orthopedie en Cardiologie

Dit zijn gezien de Covid-19 maatregelen in alle gevallen telefonische gesprekken geweest. Na mijn verslaglegging van de essentie van het gesprek, heb ik het overzicht van het gesprek teruggestuurd naar de geïnterviewde PA of VS. Waar nodig kon de geïnterviewde dit aanvullen. Elke PA en VS gaf individueel aan akkoord te zijn met de inhoud zoals hieronder weergegeven.

A. PA orthopedie	Vrouw
Achtergrond	Fysiotherapeut
Opleiding	PA opleiding, 2012-2015 (2,5 jaar)
Opgeleid door	Orthopeden
Opleidings-/werkplek	Gespecialiseerd orthopedisch ziekenhuis
Opleidingscriteria	Er wordt gewerkt met EPA's (Entrustable Professional Activity) en bekwaamverklaringen. Deze bekwaamverklaring krijg je indien 3 specialisten jou bekwaam verklaren aan de hand van 30 ingevulde OSATS/KPB's.
Bekwaam in de volgende procedures na opleiding	<ol style="list-style-type: none"> 1. Het voeren van consulten bij poliklinische patiënten met klachten aan schouder, wervelkolom, heup, knie en voet/enkel en de rapportage hiervan. 2. Het verrichten van gespecialiseerde poliklinische orthopedische verrichtingen (bijv. infiltratie en punctie) in de schouder en knie. 3. Assisteren bij orthopedisch chirurgische ingrepen op de operatiekamer. 4. Medische zorg verlenen aan de orthopedische patiënten die zijn opgenomen in de kliniek. 5. Het coördineren van processen rondom de operaties aan de bovenste extremiteiten vanaf preoperatief tot en met postoperatief. 6. Het verrichten van een laterale clavicula resectie op de operatiekamer.
Voorwaarden uitvoeren procedures	Er moet voor de beschreven EPA / procedure een bekwaamverklaring worden afgegeven. De EPA waarvoor de bekwaamverklaring wordt afgegeven, omvat zowel de theoretische achtergrond als de praktische vaardigheden waarvoor je getoetst wordt.
Samenwerking	Met orthopeden. Verdeling: -complexe procedures door orthopeden -minder-complex door PA
Complicatie ratio Zijn er klachten/ incidenten	Gelijk aan orthopeden

geweest?	Nee
Obstakels	<p>Door omstandigheden verdween de OK en de kliniek naar een andere (opleidings)lokatie, hierdoor werden de taken beperkt tot het voeren van poli en enkele keer assisteren op OK. Ontwikkeling op OK is verder niet meer mogelijk gezien deze ruimte aan de AIOS gegeven werd.</p> <p>Vanuit de NOV worden ook beperkingen opgelegd in welke mate PA's ingrepen mogen uitvoeren.</p> <p>Daarnaast is er vanuit de orthopeden een bepaalde angst om verantwoordelijkheden af te staan gezien de PA geen 'arts' is. De PA wordt door een aantal orthopeden nog steeds gezien als ondersteuner en niet als zelfstandig zorgprofessional.</p>
Huidige functie Wijziging werkzaamheden?	<p>PA orthopedie</p> <p>Ja, tussentijds vertrokken naar een ZBC, echter nog meer beperkingen. Daarna terug naar het huidige ziekenhuis, nu echter met name poli spreekuren onder supervisie i.p.v. meer zelfstandigheid.</p>
Overige opmerkingen/ bijzonderheden	<p>Gedesillusioneerd in afbakening procedures. Had een ander toekomstbeeld voor ogen.</p> <p>Afbakening door Wetenschappelijke Vereniging. Individuele orthopeden/opleiders zijn een andere mening toegedaan. Alle betrokken partijen hadden een veilige werkwijze met aantoonbaar bekwame zorgprofessionals binnen de wettelijke kaders geborgd.</p>

B. PA orthopedie	Man
Achtergrond	Operatieassistent
Opleiding	PA opleiding, 2009-2012 (2,5 jaar)
Opgeleid door	Orthopeden (Orthopedische kliniek)
Opleidings-/werkplek	Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC) orthopedie
Opleidingscriteria	<p>Gelijk aan AIOS. Waar bij arts-assistenten veelal ‘see one, do one, teach one’ wordt gehanteerd, is dit bij een PA ‘see 50, do 50, teach 50’.</p> <p>Voorbereid op geheel zelfstandig werken.</p> <p>En opgeleid met EPA’s.</p> <p>Entrustable Professional Activities. Dit zijn professionele taken of verantwoordelijkheden die stafleden toevertrouwen aan een voldoende competente professionals in opleiding. Ze worden in medische beroepen gebruikt om het competentieprofiel te operationaliseren naar herkenbare activiteiten op de werkplek.</p> <p>https://husite.nl/toetsing/2019/04/10/entrustable-professional-activities-epas-als-basis-en-bouwstenen/</p>
Bekwaam in de volgende procedures	<p>Kijkoperaties knie(menisectomie, meniscopexie, nettoyage en microfracturing), voet (hamerteen correctie, hallux arthrodesis)</p> <p>Verder ook verwijderen osteosynthese materiaal knie, enkel en voet.</p> <p>Gastocslide.</p> <p>ASA classificatie I-II</p>
Voorwaarden uitvoeren procedures na opleiding	<p>Voldoen aan volumenormen en laag complicatie ratio orthopeden (Zodra je de EPA’s hebt ondertekend mag je deze handelingen blijven uitvoeren)</p> <p>Je bent zelf verantwoordelijk op niveau te blijven.</p> <p>Gecertificeerde nascholing orthopedie? (We moeten net als de specialisten 200 punten binnen 5 jaar sparen voor de BIG registratie)</p>
Samenwerking	<p>Met orthopeden.</p> <p>Verdeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> -complexe procedures door orthopeden -minder-complex door PA -opereert op eigen naam, DBC/DOT op eigen naam -ingehuurd door het MSB als ZZP'er -is tevreden zoals de werksituatie nu is
Complicatie ratio Zijn er klachten/incidenten geweest?	<p>(...) “Dit moet ik opvragen”</p> <p>“Alleen van patiënten die niet begrijpen dat ik ook kan opereren en diagnose vaststellen en een behandeling starten.”</p>
Obstakels	<p>Opleiding gedaan in een ander ZBC. Nadat een deel van het ZBC een fusie onderging met een opleidingsziekenhuis, werden de ingrepen voor de PA’s beperkt tot poli spreekuren, weg van de OK en Zaal.</p> <p>Hetzelfde ZBC op een andere locatie bleef zelfstandig. Hier voeren de</p>

	PA's wel kleine ingrepen uit maar dit werd beperkt iov de Ned Ver voor Orthopedie (NOV). Het was frustrerend en zonde met zoveel bekwaamheden zo afgebakend te worden.
Huidige functie Wijziging werkzaamheden?	PA orthopedie Is bij het eerste ZBC weggegaan. Is daarna als ZZP'er verder gegaan bij een ander ZBC waar de ruimte werd gegeven de bekwaamheden/ingrepen weer uit te voeren. De aldaar betrokken orthopeden stonden achter de samenwerkingsrelatie.
Overige opmerkingen/ bijzonderheden	-Erg jammer en onnodig is de afbakening door WV. Individuele orthopeden/opleiders zijn een andere mening toegedaan. Alle betrokken partijen hadden een veilige werkwijze met aantoonbaar bekwame zorgprofessionals binnen de wettelijke kaders geborgd. -Kan zich in huidige functie en binnen dit samenwerkingsverband wel inzetten zoals gewenst. -Kleine kanttekening is de erkenning van het beroep door bijv de verzekeringsarts. Als er gegevens worden opgevraagd door een verzekeringsarts, dan komt de brief op naam van een van de orthopeden. Als de PA de brief geretourneerd met het verzoek om de brief naar hem toe te richten, krijgt hij als antwoord dat de orthopeed toch verantwoordelijk is(moet zijn). Blijkbaar heerst nog onwetendheid van de bevoegdheden en rechten van de PA's bij deze groep.

C. PA orthopedie	Man
Achtergrond	Operatie-assistent
Opleiding	PA opleiding, 2012-2015 (2,5 jaar)
Opgeleid door	Orthopeden
Opleidings-/werkplek	Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC) orthopedie
Opleidingscriteria	Gelijk aan AIOS
Bekwaam in de volgende procedures	Arthroscopie van de knie. Chirurgisch materiaal verwijderen uit de knie, heup en voet. Steriele punctie verrichten van de knie, heup, enkel. In opleiding tot teencorrecties. (Niet afgerond. Fusie kwam, orthopeden zks niet voor. NOV bakende af.)
Voorwaarden uitvoeren procedures na de opleiding	In bezit zijn van een bekwaamheidsverklaring per activiteit. Beoordeling voor bekwaamheid wordt beoordeeld door 3 verschillende orthopeden.
Samenwerking	Met orthopeden. Verdeling: -complexe procedures door orthopeden -minder-complex door PA
Complicatie ratio Zijn er klachten/ incidenten geweest?	Gelijk aan orthopeden (Geen klachten, complicaties en/of incidenten gemeld waarbij voorafgaand sprake is geweest van een medische fout)
Obstakels	Nadat een deel van het ZBC een fusie onderging met een opleidingsziekenhuis, werden de ingrepen voor de PA's beperkt tot poli spreekuren, weg van de OK. Hetzelfde ZBC op een andere locatie bleef zelfstandig. Hier voeren de PA's wel kleine ingrepen uit, maar gingen beperken iov de Ned Ver voor Orthopedie (NOV).
Huidige functie Wijziging werkzaamheden?	Operatie-assistent (weer terug in die functie sinds 2018) Ja, gestopt met de functie van PA. De procedures werden afgebakend. Echter poli spreekuren werden volgezet met complexe patiënten. Daar mocht hij 'het voorwerk' doen en de orthopeed rondde het dan af. De zelfstandigheid ging verloren. Behoudt nu wel ervaring op de operatiekamer. Probeert echter weer een baan als PA te vinden. Is op zoek naar orthopeden die wel voorstander zijn van dat samenwerkingsverband.
Overige opmerkingen/ bijzonderheden	Gedesillusionneerd in afbakening procedures. Had een ander toekomstbeeld voor ogen. Afbakening door Wetenschappelijke Vereniging. Individuele orthopeden/opleiders zijn een andere mening toegedaan. Alle betrokken partijen hadden een veilige werkwijze met aantoonbaar bekwame zorgprofessionals binnen de wettelijke kaders geborgd.

D. PA orthopedie	Man
Achtergrond	Operatie-assistent
Opleiding	PA opleiding, 2005-2008 (2,5 jaar)
Opgeleid door	Orthopeden
Opleidings-/werkplek	Algemeen zkhs, secundair centrum/opleidingsziekenhuis. Bij start opleiding was de voorwaarde dat er een 'unaniem voor' was vanuit de maatschap. Die was er. Na de opleiding in dit centrum gebleven tot op heden.
Opleidingscriteria	Gelijk aan ANIOS. Tijdens de PA opleiding de NOV beoordelingsformulieren van de AOIS gebruikt. Behaalde NOV level 4 tijdens de opleiding.
Bekwaam in de volgende procedures	Schouderchirurgie (in opgeleid, na verloop van tijd losgelaten ivm specialisatie in ander gebied) Heup- en knie ingrepen. Hamerteencorrecties. Materiaal verwijderen. Intra-articulaire injecties.
Voorwaarden uitvoeren procedures na opleiding	Voldoen aan volumenormen en laag complicatie ratio orthopeden Gecertificeerde orthopedische nascholing, waaronder 'kadaver cursussen protheses'. Wordt na zo'n cursus gevraagd in het zkhs die nieuwste technieken te laten zien aan de AOIS en orthopeden die niet bij de scholing konden zijn. Inmiddels 15 jaar ervaring opgedaan. Plant echter bewust 2 x per jaar een toetsingsmoment in met één van de orthopeden door samen te opereren. Dit doen enkele orthopeden onderling ook.
Samenwerking	Met orthopeden. Verdeling: -complexe procedures door orthopeden. Revisie-chirurgie valt onder complexe ingrepen. Het samenwerkingsverband bij revisiechirurgie is 1 orthopeed -1 PA, waar dit vroeger 2 orthopeden waren. -laag-midden-complex door PA, zelfstandig
Complicatie ratio	Vergelijkbaar aan de orthopeden en lager ivm laag-midden-complexe ingrepen versus de hoog-complexe ingrepen bij de orthopeden.
Zijn er klachten/incidenten geweest?	1 keer een klacht van een pte die 2 keer ruime tijd informatie voorafgaand aan de procedure had gehad. Klacht was dat ze geen informatie had ontvangen. Klachtenbrief komt altijd 'hard binnen'. Bleek achteraf dat de pte beginstadium dementieel beeld aan het ontwikkelen was. Verder is er 1 keer na een ingreep een heupinfectie ontstaan (risico 1:1200). Altijd terugkoppeling van de orthopeden die de pten poliklinisch opvolgen. Dit is geen klacht geweest maar zo'n complicatie raakt je als zorgverlener wel".

<p>Obstakels</p>	<p>De ziekenhuisorganisatie kan bij wisseling financieel manager een obstakel zijn. Elke keer opnieuw je functie van PA uitleggen en je aandeel in het bieden van kwaliteit van zorg en het productieproces. Obstakel: de NOV visitatie waarbij er vraagtekens worden gezet bij de ingrepen door de PA. Bij een visitatie wordt er dan door de betrokken orthopeden en AOISen van het centrum uitgelegd aan de visitatiecommissie hoe goed deze samenwerking gaat en hoe het bijdraagt aan veiligheid en korte wachtlijsten. Ook werd er bijv gesteld dat een PA geen DBC mag openen, terwijl dit na de invoering van de integrale bekostiging al keurig landelijk geregeld was.</p>
<p>Huidige functie Wijziging werkzaamheden?</p>	<p>PA orthopedie Nee, behoudens verdere specialisatie</p>
<p>Overige opmerkingen/ bijzonderheden</p>	<p>Prettige werksfeer en samenwerking. Reeds in dit zkhs als operatie-assistent, daarna PAio en nu al jaren PA. Heeft de rolverandering goed uitgelegd aan collega operatie-assistenten en andere betrokkenen. Is nu in rol van PA ook vraagbaak voor oa de operatie-assistenten wat zeer wordt gewaardeerd. Vangt tevens in deze rol ongeveer 90% van de telefoontjes met vragen van patiënten weg van de orthopeden. Kan door z'n expertise dit zelfstandig afhandelen. De orthopeden zien dit naast het uitvoeren van ingrepen als grote meerwaarde.</p> <p>Overig: -15 jaar geleden werd nog met regelmaat geopperd dat de PA ten koste ging van de arts-assistent. Nu wordt juist de meerwaarde gezien doordat de PA deels kan ondersteunen tijdens de opleiding AOIS door kennisoverdracht en er mede voor zorgdraagt dat er voor de AOIS meer ruimte is te assisteren en leren bij complexe ingrepen. -"Blijf je ervan bewust dat de pt naar het zkhs komt met de verwachting door een medisch specialist geopereerd te worden. Leg dit dus altijd goed uit aan de pt. Het feit dat een ander dan een orthopeed ook zeer bekwaam en bevoegd kan zijn is onder patiënten nog te weinig bekend". -"Bij de start van m'n loopbaan was er meer terughoudendheid onder de NOV leden dan nu. Schatting nu is 50% voor en 50% terughoudend tov inzet PA orthopedie. Die toename tot 50% is oa doordat er in de loop der jaren 40-50 arts-assistenten (inmiddels orthopeed) hebben samengewerkt met mij en daardoor bekend zijn geworden met de functie en mijn expertise. Met name de orthopeden die die ervaring niet hebben zijn nog terughoudend. Dit proces kost gewoon tijd". -Bij longgeneeskunde gebeurt nu ook op grote schaal wat er bij collega PA's orthopedie is gebeurd. De uitoefening van het vak wordt afgebakend en steeds kleiner gemaakt. Hier wordt het argument gebruikt van 'teveel arts-assistenten en daar moet plek voor gemaakt worden'.</p>

E. PA cardiologie	Man
Achtergrond	Cardiomeettechnicus
Opleiding	PA opleiding, 2005 - 2008 (2,5 jaar)
Opgeleid door	Cardiologen
Opleidings-/werkplek	Universitair Medisch Centrum
Opleidingscriteria	Gelijk aan ANIOS
Bekwaam in de volgende procedures	PM, ICD en CRT-D implantaties (volume 250/jaar) (Geen ablaties, focus op implantaties gehouden). Overig: plaatsen diepe lijnen, arteriële en veneuze druksystemen. Later ook: S-ICD.
Voorwaarden uitvoeren procedures na opleiding	<ul style="list-style-type: none"> - Voldoen aan volumenormen van de cardiologen. - De EHRA examens behaald. Werd uiteindelijk ook trainer bij de EHRA cursussen. Later dermate deskundig dat hij implantatie trainingen ging geven via het Cardio Vasculair Onderwijs Instituut (CVOI). - Aantoonbare bekwaamheid. Laag complicatie ratio, gelijk of lager dan cardiologen. Heeft alle procedures en complicaties in gehele loopbaan minutieus bijgehouden in een bestand. In totaal ca. 1850 ingrepen uitgevoerd. - Duidelijke taakfunctie omschrijving met vastgelegd de benodigde bekwaamheid, samenwerkingsverband, supervisie en de cardioloog op afroep direct beschikbaar altijd gewaarborgd. - Accreditatie via de beroepsvereniging NAPA) moet behaald zijn.
Samenwerking	<p>Samenwerking met cardiologen was op basis van vertrouwen in aangetoonde kennis en kunde. Cijfers werden 1 x per kwartaal doorgenomen. Gaf goede transparantie.</p> <p>Verdeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> -hoog-complexe procedures door de PA samen met cardioloog -laag-midden-complex door de PA
<p>Complicatie ratio:</p> <p>Zijn er klachten/incidenten geweest?</p>	<p>-Complicatie ratio (complicaties zoals nabloeding of pocketbloeding): tijdens opleiding 2,9%, in de jaren na de opleiding dalend van resp 2.2%, 1.8% naar 1.4%. Gelijk of lager dan de cardiologen. (NB ter vergelijking algemene cijfers: bij de 'Follow-Pace studie' bench mark bij 2-kamer PM 12%).</p> <p>-Reactie cardiologen op complicaties: 'gebeurt ons allemaal', geen verwijtbare fouten gemaakt'. Ter bevestiging hiervan een aantal procedures samen uitvoeren en daarna weer zelfstandig.</p> <p>-Kort na opleiding: perforatie elektrode waarvoor noodzaak pericardpunctie</p> <p>-Enkele weken na PM implantatie een pocketinfectie bij een pt met een kunstklep waarna een endocarditis.</p> <p>-Pt met een met AV malformatie: arterieel aangeprikt.</p> <p>-Perforatie met een (te) dunne PM draad (later vd markt gehaald).</p>

<p>Obstakels in uitoefening bekwaamheden</p>	<p>Landelijk: het advies van de NVVC en de NHRA. Zwaarwegend advies na visitatie. Visitatie controleert op veiligheid en kwaliteit. Beiden waren echter niet in het geding hetgeen ook beaamd werd. Samenwerkende cardiologen uit het zkhs hebben zich uitermate ingespannen om (de werkzaamheden van) de PA te behouden. Echter na ‘dreiging’ om van de ‘witte lijst’ gehaald te worden is er noodgedwongen een wijziging in werkzaamheden gekomen naar alleen PM en ICD wissels. In 2018 nog maar 30 ingrepen gedaan waarvan 0 complicaties.</p>
<p>Huidige functie</p> <p>Wijziging werkzaamheden in de afgelopen jaren?</p>	<p>Coördinator Cardiac devices. 2e lijns zkhs.</p> <p>-Ja, na noodgedwongen significante mindering in invasieve procedures, van een vol programma naar soms maar 1 procedure per week, in 2018 van baan veranderd. Cardiologie verlaten met ‘pijn in het hart’. Korte overstap naar plastische chirurgie. Aldaar geen echte beperkingen, maar littekencorrecties waren niet divers en gemis van het eigen specialisme. Beperkingen kwamen echter ook in dat vakgebied terug via de WV (NVPC). Beperking chirurgische ingrepen. Beperking verdergaand dan de wettelijke ruimte. In wandelgangen begrepen dat chirurgen bang waren voor inkomstenderving, bang voor fenomeen dat PA en/of VS zelfstandige cosmetische ingrepen gaan verrichten.</p> <p>-Na korte overstap PC terug naar de cardiologie in een ziekenhuis. Coördinatie cardiac services en coördinatie van continuïteit van zorg voor 3 vestigingen. Procesverbetering/efficiëntie/continuïteit.</p>
<p>Overige opmerkingen/ bijzonderheden</p>	<p>Overig, erkenning functie. In zkhs van opleiding en eerste baan als PA:</p> <p>-In foldermateriaal voor de pt stond duidelijk aangegeven dat de cardiologische behandelingen door zowel de cardioloog als de PA uitgevoerd werden.</p> <p>-In opleidingsfolder AIOS stond aangegeven wat voor rol de PA had in het opleiden van de AIOS.</p> <p>Overig: “Ik ben niet persé een ambassadeur om dit alom te introduceren. Ik begrijp de emoties en overwegingen. Maar ik vind het wel fair als er ruimte gehouden wordt voor mensen met een bewezen staat van dienst met aantoonbare bekwaamheid. Deze bekwaamheid heeft bij zowel de cardiologen als patiënten nooit ter discussie gestaan. Het gaat dus niet om kwaliteit maar om een principe.”</p> <p>“In tegenstelling tot de AIOS of cardioloog liggen onze complicaties altijd onder een vergrootglas.”</p>

F. VS cardiologie	Man
Achtergrond	Verpleegkundige, BB-IC/CCU opleiding, hartcatherisatielab/HCK verpleegkundige, vanaf 1997 specialisatie electrofysiologie en cardio-implantaten
Opleiding	MANP opleiding, 2001-2003 (2 jaar)
Opgeleid door	Cardiologen
Opleidings-/werkplek	Secundair centrum, opleidingsziekenhuis. Opgeleid in een secundair opleidingsziekenhuis. Daar met name de EFO procedures en PM wissels geleerd alsmede de PM implantaties. Direct na de opleiding geen zekerheid vanuit de Maatschap rondom kunnen uitoefenen van deze functie. Daarom switch naar Universitair zkhs. Aldaar uitvoering PM/ICD impl. Flutter ablaties, His ablaties en hartcatheterisaties (CAG's).
Opleidingscriteria	Gelijk aan AIOS en strenger. Waar bij arts-assistenten veelal 'see one, do one, teach one' wordt gehanteerd, is dit bij een VS 'see 50, do 50, teach 50'.
Bekwaam in de volgende procedures	Pacemaker(PM)- en Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD) implantatie, CAG, boezemflutter- en His ablatie. Sinds 10 jaar werkzaam in het huidige centrum waardoor geen ablaties meer omdat dit niet door dit centrum wordt uitgevoerd. (dus voor ablaties niet meer bekwaam/bevoegd)
Voorwaarden uitvoeren procedures na opleiding	Voldoen aan volumenormen cardiologen en daarboven (700 CAG's/jaar en 200 implantaties/jaar) Alle aanvullende examens (EHRA, interventie) behaald gelijk aan cardiologen.
Samenwerking	Met cardiologen. Verdeling: -complexe procedures door cardiologen (zoals de PCI (dotter) door de cardioloog en de CAG (zonder bypasses) door de VS) -laag-midden-complex door VS. -Contact cardioloog begin en eind procedure en tijdens aanwezig in aangrenzende cath kamers. (altijd onder supervisie)
Complicatie ratio Zijn er incidenten geweest?	Aantoonbaar gelijk aan het lage complicatie ratio cardiologen, zo niet lager. Ja, 1 keer klacht via de Klachtencommissie CAG waarbij dissectie. Dit is een bekende zeldzame complicatie. Na de complicatie 'in the spotlight' omdat het door een VS was uitgevoerd en niet door een arts.
Obstakels	-Werkformulier taakherschikking van de NAPA/KNMG, versie 2012. Hierin staat een verbod op intrathoracale ingrepen voor de PA. Deze beperking heeft nooit in het V&VN-VS/KNMG formulier gestaan. Heeft echter de beperkingen veroorzaakt voor zowel de PA als VS. -Standpunt NHRA om hierin mee te gaan en geen PM/ICD implantaties

	<p>meer toe te staan ivm het verbod op intrathoracale ingrepen. -Standpunt WV hierin mee te gaan. Wel staat de WV het toe als de procedure als 2e operateur wordt uitgevoerd.</p>
<p>Huidige functie Wijziging werkzaamheden?</p>	<p>VS cardiologie Ja, beperking tot PM/ICD wissels (waarbij de draden niet meer geplaatst hoeven te worden). Voorbereiding en start uitvoering PM- en ICD procedure. Start plaatsing draden, zodra de draden intrathoracaal komen neemt de cardioloog het over. NB tijdens Covid door een tekort aan cardiologen ivm ziekte uitval zijn de bevoegdheden om zelf de gehele procedure uit te voeren, tijdelijk geheel ‘teruggegeven’ aan de VS. Zwart op wit door de WV met statement dat hij door z’n reeds jaren aangetoonde bekwaamheid en veilige uitvoering procedures toestemming krijgt.</p>
<p>Overige opmerkingen/ bijzonderheden</p>	<p>Frustrerend beperkt te worden in verworven bekwaamheden. Had een ander toekomstbeeld voor ogen. Beïnvloedt het werkplezier. Afbakening door WV. Individuele cardiologen/opleiders zijn een andere mening toegedaan. Alle betrokken partijen hadden binnen het centrum een veilige werkwijze met aantoonbaar bekwame zorgprofessionals binnen de wettelijke kaders geborgd. Verder: benadrukt het belang bij elke pt zijn functie van VS te benoemen. Doet dit standaard. Tevens: de discussie laag tot midden complex versus hoog complexe ingrepen is er een die blijft terugkomen. De complexiteit van een ingreep staat echter niet op zichzelf in deze beoordeling. Als de uitvoerder aantoonbaar bekwaam is met jaren ervaring en sprake van een groot aantal procedures per jaar (bijv de 700 CAG/jaar), dan is de CAG voor die zorgverlener geen hoog complexe ingreep. Deze mening komt zowel van de VS als van de betrokken cardiologen. Hetzelfde geldt voor de PM/ICD implantatie. Met regelmaat wordt juist de ervaren VS erbij geroepen als de specialist ‘back-up’ nodig heeft.</p>

G. PA cardiologie	Man
Achtergrond	Biomedische Gezondheidswetenschappen (afgerond 2005) Technicus EFO, Universitair Medisch Centrum
Opleiding	PA opleiding, van 2007 tot 2010 (2,5 jaar)
Opgeleid door	Thoraxchirurgen tijdens de PA opleiding, ingrepen op OK als 2e operateur en zaalwerk.
Opleidings-/werkplek	Opleiding: Thoraxchirurgie. Algemeen zkhs, secundair centrum/opleidingsziekenhuis. Werkplek direct na opleiding: Cardiologie. Academisch Medisch Centrum, waaronder promotie onderzoek
Opleidingscriteria	Gelijk aan ANIOS
Bekwaam in de volgende procedures	PM en ICD implantaties PM wissels
Voorwaarden uitvoeren procedures na opleiding	Voldoen aan volumennormen, identiek aan de cardiologen. EHRA examens gelijk aan cardiologen. Eerste half jaar alle procedures samen met de cardioloog of de cardioloog lijfelijk aanwezig. Daarna systeem van supervisie, mogelijkheid cardioloog op afroep direct aanwezig. Regie elke procedure bij de cardioloog (door voorafgaand bespreken procedure met cardioloog).
Samenwerking	Met cardiologen een zeer goede samenwerking. Veel autonomie op basis van vertrouwen in opgedane kennis en kunde. Verdeling: -complexe procedures (door de cardioloog) -laag-midden-complex (door de PA of arts-ass)
Complicatie ratio: Zijn er klachten/ incidenten geweest?	Laag, onder landelijk gemiddelde Geen klachten. Eén incident: een intrathoracale bloeding met een significante Hb daling waarvoor VATS (Video Assisted Thoracoscopic Surgery). Pt is hersteld. Nadien goed contact met pt onderhouden.
Obstakels in uitoefening bekwaamheden	Het standpunt van de NVVC en NHRA. De NVVC ziet de PA als buitenstaander. Het bestuur 'bestuurt' erg. Minder ruimte voor lokale invulling door individuele cardiologen. Vanaf 2017 werd de samenwerking met de cardiologen ongemakkelijk door hun angst verlies accreditatie door inzet PA als onderdeel van het team implanteurs. Bang om van de witte lijst verwijderd te worden. Per 2018 zijn de werkzaamheden daardoor significant gewijzigd/werkpatroon beperkt naar alleen PM vervangingen.
Huidige functie	PA ouderengeneeskunde in een samenwerkingsverband met 9 specialisten ouderengeneeskunde, 1 basisarts, 1 AIOS, 1 VS en 1 Pa

<p>Wijziging werkzaamheden in de afgelopen jaren?</p>	<p>Ja, na de beperking in werkzaamheden in 2018 nog een half jaar/jaar doorgewerkt. Wijziging naar functioneel aansturen van de electrofysiologie en laatste half jaar zaalwerk.</p> <p>Ivm significante beperking oorspronkelijke werkzaamheden, van baan en werkgever veranderd in 2019.</p>
<p>Overige opmerkingen/bijzonderheden</p>	<p>Extra zuur is dat de cardioloog die de eindbeslissing heeft genomen mbt nagenoeg staken van de invasieve procedures, de arts is die tijdens z'n jaren als AIOS mede door de PA is opgeleid in het verkrijgen bekwaamheden invasieve procedures.</p>

