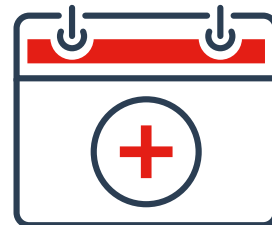
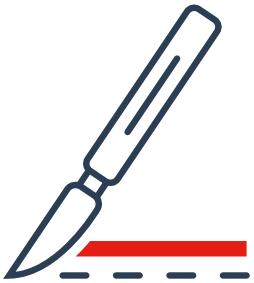
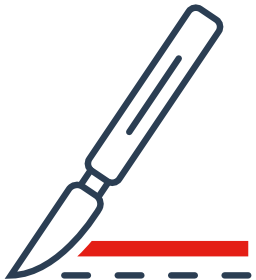
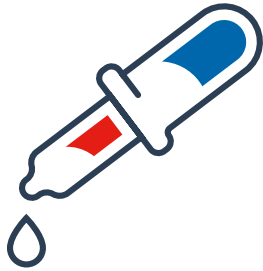


Taakherschikking in de **praktijk**





Taakherschikking in de praktijk



Inhoud

Voorwoord	4
Cathy van Beek	
Samenwerking Huisarts en PA in eerste lijn	6
Quinten van den Driesschen	
Samenwerking medisch specialist en PA/VS	10
Marc Verhagen	
Tokio Optimum Model	14
Ramon van de Berg	
Samenwerking in de GGZ	18
Patricia Nazir en René van der Snoek	
Samenwerking Specialist ouderengeneeskunde en VS/PA	22
Inge Rinzema	

DE JUISTE ZORGVERLENER BIJ DE JUISTE PATIËNT

Taakherschikking is noodzakelijk om de gezondheidszorg in Nederland effectief en efficiënt te houden. Maar het gaat niet alleen om taakherschikking, het gaat ook steeds opnieuw om taakherijking aan de veranderende behoeftes van de patiënt. En daarom is het heel nuttig dat er jaarlijks een congres wordt georganiseerd waar medisch specialisten, ziekenhuisartsen, huisartsen, physician assistants (PA's) en verpleegkundig specialisten (VS) in dialoog treden en werkervaringen uitwisselen. In die dialoog wordt dit jaar voor het eerst expliciet ook de patiënt betrokken.

Daarbij is het ongelooflijk belangrijk om goed de behoefte van de patiënt te onderzoeken en echt te doorgronden. Misschien komen we wel tot de conclusie dat er ruimte is voor nog meer nieuwe beroepen. Dan denk ik aan een personal assistant voor de patiënt; niet de huidige casemanager maar iemand die echt denkt vanuit en met de patiënt. Geen doktersassistent, maar bijvoorbeeld een

patiënt-assistent die de patiënt gidst door het zorgland-
schap heen.

En hoe ga je al die nieuwe taken die ontstaan in de
intramurale zorg 'kleden'? En dan bedoel ik ook letterlijk
kleden. Patiënten zijn het spoor helemaal bijster over wie
ze nu weer aan hun bed hebben staan. Dat doen ze in het
Verenigd Koninkrijk veel beter, daar zie je letterlijk aan de
kleding met wie je te maken hebt. Mijn advies: weest
helder en zichtbaar, letterlijk en figuurlijk.

De acceptatie van de PA's en VS in de zorg is de afgelopen
jaren sterk gegroeid. Het is nu misschien wel tijd voor een
herijking? Er ontstaat veel variatie in deelspecialisten. De
vraag is of dit wenselijk is; uit oogpunt van de diverse
patiëntendoelgroepen en natuurlijk ook vanuit het carrière-
perspectief van de beroepsbeoefenaren zelf.

Ik hoop dat de deelnemers aan het congres dit jaar
geïnspireerd weer naar hun werkplek teruggaan, dat ze een
open dialoog hebben gehad dat niet over de domeingrenzen
ging. In het belang van goede zorg voor onze patiënten
moeten wij over onze muurtjes heen kijken en goede
werkafspraken maken over verantwoordelijkheden en taken.

Een constructieve dag gewenst waarin we vanuit het
perspectief van de ander op het zorglandschap hebben
kunnen reflecteren!

Cathy van Beek is een bekende 'zorgnederlander',
voormalig vice-voorzitter NZa die recent afscheid heeft
genomen van het Radboud UMC waar zij meer dan zes jaar
als bestuurder werkte. Ze is nu aan het Radboudumc
verbonden om het duurzaamheidsbeleid extra impuls te
geven.

Samenwerking Huisarts en PA in eerste lijn

**“Wij werken als een
tandem en soms ga ik
voorop”**

Quinten van den Driesschen liep tijdens zijn opleiding tot Physician Assistant (PA) stage in de huisartsenpraktijk en is er nooit meer weggegaan. “Ik heb de ruimte om mij in de breedte en de diepte verder te ontwikkelen.” Maar dat kan alleen dankzij de samenwerking met de huisarts.

Van den Driesschen koos tijdens de opleiding tot PA die hij aanvankelijk in het ziekenhuis volgde, bewust voor een stage in de huisartsenzorg. “Ik ben meer een generalist dan een specialist. Ik vind de breedte en het psychosociale aspect van de huisartsenzorg erg aantrekkelijk. Met de afwisseling van wondjes hechten en praten over een scheiding of een depressie. Die afwisseling zorgt ervoor dat je veel moet schakelen en improviseren. Bovendien kan je mensen langer begeleiden en meer aandacht besteden aan de context van ziekte.” Hij schreef ‘een huisarts in de buurt’ aan, liep er zijn stages, is vervolgens aangenomen en gebleven. “Ze zagen dat het werkt.” Binnen een jaar kwam er een tweede praktijk in Elst bij zodat hij fulltime als PA werkte.

Van den Driesschen was één van de eerste PA's in de huisartsenzorg die in Nederland zijn afgestudeerd. Dertien jaar later werken er 120 in de huisartsenzorg waarvan de helft bij huisartsenposten. “Het is een langzame ontwikkeling,” aldus Van den Driesschen. Zeker in vergelijking met de tweede lijn. Daar werken inmiddels zo'n duizend PA's. “Huisartsen hebben misschien meer tijd nodig voor dit soort veranderingen en er zijn wat meer (financiële) drempels voor taakherschikking dan in de tweede lijn.”

Tandem

De huisartsen in Elst waar Van den Driesschen ging werken, hadden al relatief grote praktijken en hadden ondersteuning nodig. “Een PA die breed spreekuur draait voor de meest voorkomende huisartsenzorg, gaf daarbij ruimte voor innovatie en complexe zorg, zoals zorg voor asielzoekers, een avondspreekuur en anderhalvelijnsprojecten. Bovendien kon de consulttijd van de huisartsen van 10 naar 15 minuten, konden de huisartsen uitlopen met het spreekuur zonder meteen in de problemen te komen en kwam er meer tijd voor spoedgevallen en complexe zorg.” Een PA in de huisartsenpraktijk ziet doorgaans aan het begin van de opleiding een afgebakende groep patiënten met relatief eenvoudige problemen. Geen kinderen jonger dan vier maanden, geen complexe problematiek, geen ingewikkelde psychiatrische problematiek. Het takenpakket is in het begin strikter afgebakend en kan afhankelijk van de competenties doorgroeien. De huisarts en PA spreken dat met elkaar af. De huisarts blijft regisseur in de praktijk.

Abc'tje

De start was voor Van den Driesschen een 'enorme uitdaging'. "In het begin was ik nog onzeker. Wat is dit nu weer voor een vlekje? Weet ik genoeg? Kan ik dit?, vroeg ik mij af. Ik zocht veel op en overlegde veel met de huisarts. Maar ik kreeg ook veel bevestiging. Door dingen die ik had geleerd op de IC, tijdens mijn opleiding en als vader, partner en zoon van bejaarde ouders." Langzamerhand kon hij steeds meer problemen zelfstandig afhandelen. Hij ziet nu zowel laag- als hoogcomplexe patiënten. "Met mijn achtergrond als verpleegkundige op de IC en als PA in opleiding op de afdeling gynaecologie is mijn leercurve misschien wat sneller gegaan, zeker als het gaat om spoedgevallen. Ik heb de ruimte gevraagd en gekregen om mij in de breedte en diepte verder te ontwikkelen."

Een PA heeft niet hetzelfde kennisniveau als een huisarts, beseft Van den Driesschen. "Ik kreeg juist veel ontzag voor het huisartsenvak. Geneeskunde is echt geen abc'tje. Een PA heeft veel kennis maar je voelt dat je soms minder diepgang hebt. Als de opleiding af is, ben je voor een deel nog bewust onbekwaam. Je moet weten dat je grenzen hebt, dat je moet leren om je verder te ontwikkelen en dat je op tijd ruggespraak met de huisarts moet houden. Maar andersom vraagt de huisarts ook aan mij om eens mee te kijken naar een patiënt. Wij werken als tandem en soms ga ik voorop."

Hoge tevredenheid

Patiënten zijn zeer tevreden over de PA in de huisartsenpraktijk, blijkt onder meer uit het eindrapport Praktijkvoorbeelden met PA in de eerste lijn, dat in opdracht van de Nederlands Associatie Physician Assistants in 2015 is geschreven. Ook in de praktijken waar Van den Driesschen werkt, geven patiënten een hoge tevredenheid aan, onder andere bij de enquêtes voor de NHG- accreditatie. "Patiënten hebben het niet over functies, meer over degene die ze kennen en met wie ze een vertrouwensrelatie hebben," legt Van den Driesschen uit.

"Ik vertel altijd wie ik ben, wat ik doe, wat mijn beperkingen zijn en dat ik eventueel de huisarts erbij vraag of de patiënt laat terugkomen bij de huisarts. In de loop van de tijd kristalliseert zich uit bij wie de patiënt komt. Sommige patiënten willen bij bepaalde problemen niet bij mij komen, sommigen willen niet naar de huisarts. Het zit hem in met wie de patiënt een klik heeft. De patiënt kan aangeven bij wie hij een afspraak wil."

Aanvulling

Volgens Van den Driesschen heeft zijn vak louter voordelen. Hij vindt het ook een betere aanvulling voor de huisartsenpraktijk dan een huisarts in dienst van een huisarts (hidha) of een waarnemer. "Een hidha is weliswaar volwaardig huisarts maar heeft minder binding met de praktijk en wil vaak op den duur zelf een praktijk. Met hidha's en waarnemers is er geen taakherschikking en blijft de huisarts vaak in zijn traditionele rol. Daarbij is de PA goedkoper. Als Van

den Driesschen een nadeel moet noemen, is het dat hij geen diensten kan overnemen en geen overlijdensacte mag ondertekenen. Het opleiden van de PA vraagt van de huisarts nog wel een financiële investering, omdat de huisarts zelf de helft van de salariskosten tijdens de opleiding moet betalen. Maar vanaf het eind van de opleiding compenseert de productiviteit van de PA die investering grotendeels.

Van den Driesschen vindt het jammer dat de huisartsenberoepsvereniging nog zo protectionistisch is. “Volgens de LHV is de huisarts de enige die een diagnose mag stellen. Om de hoge werkdruk het hoofd te bieden ziet de LHV liever meer huisartsen met kleinere praktijken. Maar dat is vanwege het salaris van de huisarts en de praktijkkosten juist duurder dan de inzet van PA’s.”

Na twaalf jaar in het vak, ziet Van den Driesschen nu voorzichtig een verandering. “Het feit dat de LHV en InEen praten over taakherschikking op de huisartsenposten, is heel mooi. Misschien dat er dan langzaam een spin-off komt naar de dagpraktijken.”



“Als de opleiding af is, ben je voor een deel nog bewust onbekwaam”

Samenwerking medisch specialist en PA/VS

**“Taakherschikking brengt
arts en verpleegkundige
dichter bij elkaar”**

De vakgroep Maag-darm-leverziekten van het Diaconessenhuis in Utrecht werkt al geruime tijd met specialistisch verpleegkundigen en physician assistants. Marc Verhagen is 'super enthousiast' over 'zijn' taakherschikkers. Bij de beroepsvereniging begint taakherschikking langzaam in te burgeren, al staat de exacte plaats nog niet vast. Daarom heeft de vereniging een buitengewoon lidmaatschap voor taakherschikkers ingesteld en komt er een werkdocument met duidelijke afspraken over taken en bevoegdheden.

Meer dan tien jaar geleden is de afdeling Maag-darm-leverziekten (MDL) in het Diaconessenhuis Utrecht voorzichtig begonnen met een gespecialiseerd verpleegkundige voor de controle van patiënten met de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa. “Deze patiënten krijgen veel routinecontroles van medicijngebruik en bloedwaarden. Bovendien zagen we dat patiënten behoefte hadden aan extra voorlichting. Ons spreekuur liep vol. Medisch specialisten hadden daardoor te weinig tijd voor extra uitleg.” Verhagen was al snel enthousiast. “Patiënten waren zó tevreden dat ze snel terecht konden en veel aandacht kregen. En wij ook. De verpleegkundigen filteren vragen weg en sluizen alleen de resterende vragen naar ons door. Dat gaf ons heel veel rust.” Een tweede verpleegkundige kwam en Hepatitis C-behandelingen werden aan het takenpakket van de specialistisch verpleegkundige toegevoegd. “Ik zie de patiënt een of twee keer, de rest doet de MDL-verpleegkundige.” Coloscopie werd een tweede domein voor taakherschikking. “Wij wilden mensen met een indicatie voor darmonderzoek altijd eerst zelf zien voor voorlichting over verwachtingen, risico's en mogelijke consequenties van het onderzoek.

Omdat 99 procent van de patiënten ook uiteindelijk een coloscopie krijgt, dachten wij dat een verpleegkundige beter de voorlichting zou kunnen geven. Dat zou veel efficiënter zijn. Bovendien durft een patiënt veel meer aan de verpleegkundige te vragen. Als het darmonderzoek is verricht, gaat de patiënt terug naar de medisch specialist.”

Zelfstandigheid

“Voor de uitvoering van de colonoscopieën is uiteindelijk in ons ziekenhuis gekozen voor de physician assistant (PA). Dit had ook een verpleegkundig specialist (VS) kunnen zijn.” Een PA of VS kan echt zelfstandig werken en heeft declaratierecht. Supervisie van de arts is alleen nodig als dit gewenst is. “Over de eerste PA die is opgeleid, zijn wij heel tevreden en met de tweede die nog in opleiding is gaat het ook heel goed. Ik voorzie hier heel veel groei voor PA's of VS'en. Het gaat immers om een smal onderdeel van het vak, waar je niet de hele medische specialistenopleiding voor nodig hebt.” De ruimte die met het afstoten van taken vrijkwam is snel opgevuld met nieuwe patiënten. “Wij zien nu patiënten die wel echt onze aandacht nodig hebben.”

Verhagen heeft wel meer ideeën voor domeinen die geschikt zijn voor taakherschikking. “Er zullen deelgebieden komen waar grotendeels PA's en VS'en werken.” Binnen MDL worden ook nog verpleegkundig endoscopisten (gespecialiseerd verpleegkundigen) ingezet. Hij vindt taakherschikking een winst voor zowel artsen als verpleegkundigen en het brengt beide disciplines dicht bij elkaar. “Er zijn tal van verpleegkundige aspecten in het medisch domein. Door dit over te dragen naar verpleegkundigen geef je hen mogelijkheden om zich verder te ontwikkelen. Artsen krijgen daarmee juist mogelijkheden om taken af te stoten en het vak uitdagend te houden.” Bovendien is uit onderzoek gebleken dat taakherschikkers bij routinematige taken veel beter protocollen volgen, terwijl artsen toch vaak hun eigen route volgen. En dat is beter voor de kwaliteit, aldus Verhagen.

Maar het moet bij taakherschikking voor iedereen wel duidelijk zijn wie wat mag. “Taakherschikkers hebben in het domein waarvoor ze zijn opgeleid, evenveel kennis als de specialist en vaak meer dan de basisarts. Dokters gaan echter makkelijker om met dingen waar ze minder in thuis zijn. Een PA-opleiding of een VS-opleiding van 2,5 jaar vervangt nu eenmaal niet de opleiding tot basisarts van zes jaar, gevolgd door een vijfjarige specialisatie tot medisch specialist.”

Mistige situatie

Aanvankelijk was de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL) gereserveerd over taakherschikking. Zij vond dat het niet goed was dat anderen dan de arts coloscopieën uitvoerden. Maar toch

gebeurde het, zegt Verhagen. “Ziekenhuizen namen met name verpleegkundig endoscopisten (gespecialiseerd verpleegkundigen), PA's en VS'en na opleiding in het Verenigd Koninkrijk. Bovendien zouden PA's en VS'en zich zelfstandig kunnen vestigen en de Nederlandse Associatie van Physician Assistants (NAPA) en de V&VN MDL zouden eigen protocollen kunnen opstellen. Het werd een fenomeen dat niet langer te negeren was. Er is geen enkel deelspecialisme van MDL waar ze niet te vinden zijn. Ze worden ingezet, op de polikliniek, op diagnostische afdelingen en als zaalarts.”

“Maar ieder maakte zijn eigen afspraken met de nieuwe professionals,” aldus Verhagen. “En dat leidde tot een mistige situatie. De exacte plek voor deze nieuwe professionals staat nog niet vast.” Bovendien zouden PA's zich zelfstandig kunnen vestigen en de Nederlandse Associatie van Physician Assistants (NAPA) zou eigen protocollen kunnen opstellen. Dat vond de NVMDL geen goed idee. “Wij zitten niet te wachten op twee verenigingen die eigen protocollen maken over hetzelfde onderwerp. Het is logischer om samen te werken.”

NAPA wordt betrokken bij de totstandkoming van richtlijnen voor MDL-taken van de PA's. De V&VN MDL is betrokken bij de totstandkoming van afspraken en richtlijnen binnen de taakherschikking met VS'en en de taakdelegatie naar gespecialiseerd verpleegkundigen. Ook mogen PA's, VS'en en gespecialiseerd verpleegkundigen die werkzaam zijn in het specialisme MDL en lid zijn van de genoemde beroepsverenigingen, buitengewoon lid worden van de NVMDL. Hierdoor hebben ze toegang tot relevante commissies en relevante documenten op het besloten deel van de website.

Daarnaast kunnen ze meedenken in ontwikkelende richtlijnen.

Twee keer per jaar is er een gezamenlijk overleg met NVMDL, NAPA MDL en V&VN MDL. Op dit moment is een proces gaande om de opleidingsniveaus van PA's, VS'en en verpleegkundig endoscopisten die colonoscopieën uitvoeren te laten voldoen aan de eisen van MDL-artsen. “De opleiding voor MDL-artsen wordt opgeknipt in onderdelen en graden van bevoegdheden voor bijvoorbeeld darmonderzoek en maagonderzoek. Het curriculum voor van deze functies wordt nu herzien op basis van de voor hen relevante onderdelen van het concept opleidingsplan van de MDL-arts.”

Daarnaast is het de bedoeling dat MDL-vakgroepen in een werkdocument duidelijke afspraken maken met de taakhersteller over zijn taken en bevoegdheden. Zodat ook patiënten kunnen zien waar hun expertise ligt. Verhagen: “Strikt genomen hebben PA's en verpleegkundig specialisten dezelfde kwaliteiten als een medisch specialist en mogen ze alles op het domein waarin ze zijn opgeleid en expertise hebben.” De Federatie van Medisch Specialisten heeft een concept werkdocument opgesteld. Op basis daarvan is er een MDL-variant ontwikkeld. Verhagen: “Dit werkdocument is nog niet standaard usance vanwege de angst dat het takenpakket te beperkt zou blijven. Maar dit document legt niet vast welke afspraken gemaakt moeten worden, het gaat erom dát er afspraken gemaakt worden. En die afspraken kunnen ieder jaar worden herzien, afhankelijk van opleiding en expertise.”



“De exacte plek voor deze nieuwe professionals staat nog niet vast”

Tokio Optimum Model

**“Taakherschikking
is meer dan het ene poppetje
door een ander vervangen”**

De bezuiniging op de medisch-specialistische vervolgopleiding kan op de klinische ziekenhuisafdelingen voor capaciteitsproblemen zorgen. Er starten fors minder artsen met de opleiding en velen stromen uit. Om de dreigende knelpunten in de personele bezetting het hoofd te bieden is het TOKIO Optimum Model ontwikkeld. Oorspronkelijk is deze aanpak bedacht vanuit artsen, maar hij geeft ook ruimte voor taakherschikking naar physician assistants en verpleegkundig specialisten.

Ramon van den Berg, projectleider Realisatie Individualisatie Opleidingsduur bij de Federatie Medisch Specialisten en mede-ontwikkelaar van het TOKIO Optimum Model, schetst kort de aanleiding voor de noodzaak van een alternatieve personeelsplanning. Vanwege een bezuiniging op de medisch-specialistische vervolgopleiding zoals afgesproken in het Opleidingsakkoord, starten tussen 2014 en 2022 jaarlijks ruim honderd artsen in opleiding tot specialist (aios) minder met de opleiding. Bovendien duurt de medisch-specialistische vervolgopleiding gemiddeld een half jaar korter. Van den Berg: “Het gevolg is dat er zo’n 25 procent minder aios-capaciteit beschikbaar komt. Dat heeft forse consequenties. De aios doet naast het volgen van de opleiding nuttig werk. Medisch specialisten zijn eraan gewend geraakt, er kwamen meestal meer aios, maar tot 2013 nooit minder. Nu zijn er minder aios, maar het werk ligt er wel.”

Bezettingsvraagstuk

Minder aios-capaciteit leidt vooral tot bezettingsvraagstukken in de avond-, nacht- een weekenddiensten. De

kwestie is hoe de capaciteitsproblemen het hoofd te bieden. “Het is niet altijd reëel dat zittende medisch specialisten het werk van aios gaan doen. Dat is een dure oplossing,” aldus Van den Berg. Hij ziet regelmatig de impulsreactie om dan maar meer artsen niet in opleiding tot medisch specialist (aios) in dienst te nemen. “Maar die willen op termijn ook een opleidingsplaats. Zij zijn dus maar tijdelijk personeel en willen niet werken in ziekenhuizen zonder kans op een opleidingsplaats. Aios geven dus geen continuïteit van zorg. En vergeleken met aios zijn ze zelfs vaak op beperkter vlak inzetbaar. Aios zijn met de jaren kundiger op een breder gebied.”

De klinische vakgroepen willen zelf ook liever een duurzame oplossing, merkt Van den Berg. Daarvoor is het TOKIO Optimum Model ontworpen. Een revolutionair model dat niet langer redeneert vanuit de beschikbare formatie en hoe die in te zetten, maar dat de kwaliteit van zorg als uitgangspunt heeft.

Scenario's

De eerste en tijdrovende stap van het Tokio Optimum Model (Taakgericht Omdenken voor Kostenverantwoord Interprofessioneel Opleiden) is om de eisen voor de kwaliteit van zorg boven tafel te krijgen en de taken die nodig zijn om deze kwaliteit te kunnen leveren. Daarvoor voert een procesbegeleider gesprekken met alle mensen op de werkvloer. Als hierover met alle betrokkenen consensus is bereikt, volgt fase 2 waarin 'out of the box' verschillende scenario's worden bedacht voor wie de gewenste taken kan uitvoeren en welke voorwaarden hiervoor nodig zijn. "Dit levert al heel gauw dertig scenario's op," volgens Van den Berg. En dat kunnen allerlei combinaties van functionarissen zijn. Bijvoorbeeld een 'klein' scenario met alleen dokters met verschillende functies, zoals een ziekenhuisarts en spoedeisende hulparts voor de generieke zorg op zaal en de eerste hulp in de dienst en medisch specialisten voor de specialistische zorg. Of een 'uitgebreid' scenario met meerdere functionarissen, waarbij bijvoorbeeld physician assistants (PA's) en verpleegkundig specialisten overdag artsen taken uit handen nemen zodat deze meer ruimte hebben voor het doen van diensten.

Experiment

Als er overeenstemming over de scenario's is, volgt een berekening van de kosten van de benodigde functionarissen per vier weken. Daarna kiest een afdeling de meest geschikte scenario's. "Meestal zijn dit er enkele, met in ieder geval de meest passende oplossing die op korte

termijn haalbaar is met het beschikbare personeel en een lange termijn oplossing die ruimte biedt om mensen op te leiden of aan te trekken."

Het model is eerst als experiment ontwikkeld op de afdelingen heelkunde van het Leids Universitair Medisch Centrum en het Erasmus MC. Door een halvering van de beschikbaarheid van aios werd het daar voor de vakgroep-hoofden wel erg ingewikkeld om de avond-, nacht-, en weekenddiensten gevuld te krijgen. Wat in zekere zin weer voordelig was voor een totaal nieuwe benadering, aldus Van den Berg. "Waar de druk het hoogst is, wordt alles vloeibaar." Na het doorlopen van het hele proces worden in het Erasmus MC en het LUMC nu vooral spoedeisende hulpartsen en ziekenhuisartsen ingezet en werkt de afdeling heelkunde in Rotterdam overdag met PA's.

Kaartenhuis

Inmiddels zijn twintig ziekenhuizen aan de slag gegaan met het TOKIO Optimum Model. In onder meer het Antoniusziekenhuis in Nieuwegein heeft dit ook geleid tot het opleiden en het aanstellen van PA's en verpleegkundig specialisten. Met vallen en opstaan, merkt Van den Berg. Want de grootste valkuil bij deze vorm van taakherschikking is dat het ene poppetje door het andere wordt vervangen. En dat blijkt niet te werken. "Taakherschikking is te vergelijken met een kaartenhuis. Haal je er een kaart uit en zet er een kaart van een ander formaat in, dan stort het hele kaartenhuis in. Vergeleken met een aios heeft elke andere functionaris een andere afmeting. Je kunt dus niet zomaar een PA in dienst

nemen, er moeten ook de juiste randvoorwaarden zijn. Er zijn protocollen nodig, er moet voldoende supervisie zijn en soms is er nog training nodig. Vooral het creëren van die randvoorwaarden kost veel tijd.” Verder moeten dokters vooral ook tijd hebben voor consultatie en er voor open staan dat ze door verpleegkundig specialisten vaker in consult geroepen worden. “Verpleegkundig specialisten hebben nog steeds moeite om voor nader advies bij een patiënt een arts aan de lijn te krijgen. Die zijn nog te veel gewend om alleen door collega-artsen om advies gevraagd te worden.”

N=1-ervaring

Die zorgvuldigheid is volgens Van den Berg ook belangrijk omdat het oordeel over taakherschikking nog vaak berust op een n=1-ervaring. “Waar een verpleegkundig specialist of een PA goed functioneert, is men laaiend enthousiast. Maar als een ander specialisme minder goede ervaringen heeft, wordt de inzet ervan voor de hele beroepsgroep minder aantrekkelijk.”

Van den Berg realiseert zich dat het TOKIO Optimum Model een aanpak is die is ontstaan vanuit medisch specialisten die vanwege de ontstane situatie taken moeten afstaan. “Ik heb er nog geen zicht op of er vanuit de beroepsgroep van verpleegkundig specialisten en PA's ook acties zijn om voor zichzelf een positie te verwerven.”



**“Waar de druk het
hoogst is, wordt
alles vloeibaar”**

Samenwerking in de GGZ

**“Ik moet goed weten waar
mijn deskundigheid
ophoudt”**

In de Yulius-kliniek voor spoedeisende psychiatrie aan het Kasperspad in Dordrecht, krijgt verpleegkundig specialist René van der Snoek de ruimte om als regiebehandelaar op te treden. Hoewel regelgeving dat al enige tijd mogelijk maakt, is het in de praktijk nog geen vanzelfsprekendheid. Hij en psychiater Patricia Nazir zijn er tevreden over.

Op het 'Kasperspad' worden mensen met ernstige psychiatrische problemen behandeld. Het gaat om cliënten die voor het eerst in aanraking komen met de psychiatrie of die al langer in de ggz-zorg zitten. "In beginsel en overeenkomstig ons kwaliteitsstatuut," vertelt Van der Snoek, al lang werkzaam bij Yulius, maar sinds twee jaar op het 'Kasperspad', "is de psychiater de regiebehandelaar in de kliniek. Reden daarvoor is dat er patiënten zijn die voor het eerst in aanraking komen met de ggz, bij wie de oorzaak van hun problemen niet duidelijk is. Het zijn ernstige psychiatrische beelden waarbij soms ook lichamelijke problemen een rol spelen. Dan heb je dus een arts nodig. Maar het gaat ook om patiënten met laagcomplexere aandoeningen die protocolair te behandelen zijn. Of patiënten die al langer in behandeling zijn, bijvoorbeeld met schizofrenie, bij wie de focus van de behandeling meer op de gevolgen van de aandoening is gericht. Voor hen kan de verpleegkundig specialist worden ingezet."

Blinde vlek

Bij een opname voeren Van der Snoek en Nazir samen het intakegesprek. Vervolgens bepalen ze gezamenlijk wie de

regiebehandelaar van de patiënt wordt. Nazir: "Toen René solliciteerde voor deze afdeling bleek dat hij meer kon en wilde dan we gewend waren. Toen zijn we gaan kijken hoe we dat konden inzetten."

Eigenlijk doet het team, naast René en Patricia bestaande uit nog een psychiater, elke behandeling samen. Er wordt multidisciplinair gewerkt en de behandeling van elke regiebehandelaar wordt kritisch getoetst. Nazir: "We denken alle drie over elke patiënt mee. Heb ik een blinde vlek, dan kan mijn collega zeggen: dat zie ik anders. We zijn volledig transparant naar elkaar toe."

Van der Snoek schrijft ook – al enkele jaren overigens – zelf medicatie voor. "Daartoe ben ik als verpleegkundig specialist bevoegd. Dokters dachten in het begin: is hij wel bekwaam? Om ze daarvan te overtuigen heb ik een protocol geschreven waarin proeven van bekwaamheid zijn opgenomen die uitgeschreven moeten worden volgens het Six-Step-model. Daarmee maken we ons klinisch denkproces zichtbaar op papier. Door de proeve te laten toetsen door de teampsychiater groeide het vertrouwen snel."

Bekwaam

Voor het onderlinge vertrouwen is ‘communicatief handelen’ doorslaggevend, vinden Nazir en Van der Snoek. De laatste: “Voorheen was Patricia eindverantwoordelijk voor wat er gebeurde. Dat is niet meer zo. Ze is niet verantwoordelijk voor wat ik doe, dat ben ik zelf. Ze moet dus dingen loslaten. Dat vergt van mij dat ik transparant ben over mijn handelen, dat ik knelpunten benoem, dat ik proactief de voortgang van een patiënt met haar deel en dat ik goed weet waar mijn deskundigheid ophoudt.”

Een voorbeeld? “Een patiënt met schizofrenie die ook lichamelijk ernstig ziek is. Zo was er pas een patiënt die lijdt aan (de gevolgen van) non-hodgkin en die met zijn medicatie moest stoppen. Dat overzie ik niet, dus dat vraag ik aan Patricia.” Voor Nazir is de persoon in kwestie belangrijker voor het hebben van vertrouwen dan de functie die hij of zij heeft. “Ik moet gewoon weten of iemand bekwaam is. Weet ik dat niet zeker, dan ga ik alles na. Maar dat hoeft bij René niet.”

Verdieping zoeken

Voordeel van hun werkwijze zit in de snelheid van behandelen, benadrukken ze. Van der Snoek: “We hoeven niet met een behandeling te wachten totdat Patricia ruimte in haar agenda heeft om de patiënt te zien. Dat scheelt echt veel tijd.” Nazir: “Voor mij betekent het dat ik me kan concentreren op patiënten met hoog-complexe problematiek. Ik kan de verdieping zoeken, heb wat meer tijd daarvoor. Daar zit de verbetering.”

Op de vraag of alle patiënten de taakherschikking accepteren, antwoordt Van der Snoek: “Een enkele patiënt vindt het moeilijk. Soms is het ook de familie. Dan wil iemand toch graag ‘de dokter’ spreken. Begrijpelijk, het gaat om de gezondheid van hun familielid voor wie ze de beste zorg willen, én ze weten vaak niet wat de verpleegkundig specialist is en kan. Zo’n verzoek honoreren we ál-tijd. Ook bij hen groeit het vertrouwen wanneer ze van de psychiater hetzelfde horen als van mij. Daar draait taakherschikking wat mij betreft ook juist om: zorg van dezelfde kwaliteit, die beschikbaar en betaalbaar blijft.”



**“Zorg van dezelfde
kwaliteit, die
beschikbaar en
betaalbaar blijft”**

Samenwerking Specialist ouderengeneeskunde en VS/PA

**“Wij hebben het hier
goed voor elkaar”**

Juist in de ouderenzorg heb je als verpleegkundig specialist meerwaarde, vindt Inge Rinzema. Ze werkt bij zorgorganisatie ZINN, locatie De Brink, een woonzorgcentrum voor ouderen in Groningen. Rinzema is tevens voorzitter van het landelijk netwerk voor verpleegkundig specialisten in verpleeghuizen.

Werken op het snijvlak tussen cure en care, de schakel zijn tussen die twee. Zo typeert Inge Rinzema het vakgebied van de verpleegkundig specialist. In de ouderenzorg zijn die twee aspecten allebei even belangrijk. “In de ouderenzorg is vaak sprake van multi-problematiek en het gaat altijd over meer dan alleen het medische.”

Dat je in dat onderdeel van de zorg veel kunt betekenen, komt door de achtergrond van de verpleegkundig specialist, meent Rinzema. Zij is verpleegkundige van oorsprong en behaalde in 2014 haar Msc-titel in Advanced Nursing Practice. “Als verpleegkundigen zijn wij holistischer opgeleid dan artsen. Wij kijken naar de mens als geheel. Ik heb zelf aan het bed gestaan, ik ken de verpleegkundige aspecten van de zorg goed. Als ik een klysma voorschrijf bij obstipatie, ken ik ook het protocol van deze verpleegtechnische handeling.”

Goed kunnen samenwerken is een andere pre van (voormalig) verpleegkundigen, vindt Rinzema. “Dat zijn wij al zo gewend. Door de komst van verpleegkundig specialisten in onze vakgroep, komt intercollegiaal overleg nu vaker voor.” Rinzema merkt ook dat zij en haar collega-verpleegkundig specialisten heel benaderbaar zijn voor vragen van verzorgenden en verpleegkundigen. “Ik weet welke deskundigheidsniveaus zij hebben en hoe ik daarop kan

aanhaken. Ik geef vaak een klinische les als ik visite op de afdeling loop. Ik hoor van de verzorging dat wij dat soort educatiemomenten meer geven dan dokters. Misschien omdat wij toegankelijker zijn.”

Beroepsprofiel

Rinzema vindt dat de vier verpleegkundig specialisten bij ZINN –‘het goed voor mekaar hebben’. In De Brink zijn zij onderdeel van de medische vakgroep, die daarnaast bestaat uit zeven specialisten ouderengeneeskunde, één basisarts en drie aios. Elke verpleegkundig specialist heeft een specialist ouderengeneeskunde als ‘vast maatje’, tot wie zij zich kan wenden voor overleg of vragen. Is deze ziek of afwezig, dan doet zij een beroep op een andere ouderenspecialist. Die vorm is gaandeweg gegroeid. Vijf jaar geleden ging Rinzema als tweede verpleegkundige binnen ZINN de master-opleiding volgen. “Onze directeur, zelf uit de verpleegkunde afkomstig, was groot voorstander van doorontwikkeling van ons beroep. Zij wilde geen verpleegkundig specialisten om het dokterstekort op te lossen maar vanwege onze meerwaarde. Met het opleidingscurriculum als leidraad zijn we kritisch gaan kijken naar alle taken en zijn we ons gaan afvragen welke medische taken wij van de dokters konden

overnemen. Toen hebben we een functieprofiel opgesteld en hebben dat met de artsen besproken.

We hebben gediscussieerd over de invulling van taken.

Sommige dokters dachten dat zij aansprakelijk of verantwoordelijk zouden zijn voor wat wij als verpleegkundig specialisten doen. Dat vonden ze eng. Maar dat is niet zo. Wij voeren geen gedelegeerde taken uit, wij zijn zelf verantwoordelijk. Nu, na drie jaar, is dat idee er wel uit.”

Vertrouwen

Voor de herschikking van taken werkt ZINN met het beroepsprofiel van de verpleegkundig specialist van de V&VN (zie kader). Daarnaast is een speciaal voor en door ZINN opgestelde bijlage van kracht, met een opsomming van specifieke gevallen waarin de verpleegkundig specialist per definitie moet overleggen met de specialist ouderengeneeskunde. Rinzema noemt een paar voorbeelden. “Als ik wil starten met antipsychotica bij een patiënt, als ik wil doorverwijzen naar een specialist of als ik palliatieve medicatie voor een stervende wil inzetten.”

Voor het overige doen Rinzema en haar collega-verpleegkundig specialisten medische zorg zelfstandig. Ze hebben cliënten van alle drie afdelingen (met somatische grondslag, met psychogeriatrische grondslag en met geriatrische revalidatie) onder hun hoede. Vanwege de complexiteit van de zorg werkt de verpleegkundig specialist op deze laatste afdeling nauw samen met de specialist ouderengeneeskunde. “Heeft iemand bijvoorbeeld een combinatie van ernstige nierproblemen en hartfalen, dan is het soms beter dat de specialist ouderengeneeskunde die patiënt helemaal

overneemt. Dat beslis je in overleg met elkaar.”

Vertrouwen is het sleutelwoord in de samenwerking, vindt Rinzema. ‘Dat klinkt als een open deur, want dat is natuurlijk altijd nodig. Maar ik bedoel ermee dat de artsen erop moeten kunnen vertrouwen dat ik hen raadpleeg zodra ik er met mijn medische kennis en kunde niet uit kom.’”



“Vertrouwen is het sleutelwoord in de samenwerking”



Netwerk VS VPH

Het netwerk VS VPH (verpleegkundig specialisten in het verpleeghuis) is opgericht in 2011 en heeft een kleine driehonderd leden. Doel van het netwerk is een positieve bijdrage te leveren aan de positionering en profilering van de beroepsgroep in de verpleeghuiszorg. Dat doet het netwerk door kennis, ervaringen en deskundigheid uit te

wisselen en te bundelen.

Het netwerk is onderdeel van de V&VN VS (verpleegkundig specialisten). Deze afdeling van de V&VN telt inmiddels 2500 leden.

Meer informatie op: www.vsverpleeghuis.nl

Beroepsprofiel verpleegkundig specialist

In het beroepsprofiel van de V&VN VS wordt de verpleegkundig specialist omschreven als: 'een verpleegkundige die, op basis van een door de NVAO-geaccrediteerde masteropleiding, wordt ingezet voor een omschreven groep patiënten waarmee zij individuele behandelrelaties aangaat.'

De verpleegkundig specialist staat ingeschreven in het specialistenregister (artikel 14) van de Wet BIG en mag sinds 2012 een zelfstandige behandelrelatie met een patiënt aangaan.

De competenties van de verpleegkundig specialist zijn volgens de CanMEDS-systematiek vastgesteld. De verpleegkundig specialist moet beschikken over de competenties Klinisch handelen, Communicatie, Samenwerking,

Organisatie, Maatschappelijk handelen, Kennis en wetenschap en Professionaliteit.

Om de wettelijk beschermde titel 'verpleegkundig specialist' te kunnen dragen moet iemand ingeschreven staan in een van de vijf wettelijke registers: Preventieve zorg bij somatische aandoeningen, Acute zorg bij somatische aandoeningen, Intensieve zorg bij somatische aandoeningen, Chronische zorg bij somatische aandoeningen of Geestelijke gezondheidszorg. Per 1 juli 2018 is de zelfstandige bevoegdheid van verpleegkundig specialisten voor voorbehouden behandelingen verankerd in de wet BIG.

Meer informatie: www.venvnv.nl

Beroepsprofiel Physician Assistant

NAPA heeft in 2017 het beroepsprofiel voor physician assistants (PA) herzien. De PA heeft een zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van medisch voorbehouden handelingen en is deskundig op het gebied van geneeskundig specialistische zorg. De PA kan (complexe) risicovolle (medisch technische) handelingen verrichten binnen vigerende afspraken met geneeskundig specialist en binnen de vigerende professionele standaard, zodat doeltreffende, doelmatige en patiëntgerichte zorg wordt verleend.

De PA werkt binnen het medisch domein en verleent op masterniveau medisch geneeskundige zorg. Wettelijke bepalingen over de bevoegdheden van de PA, waaronder het voorschrijven van medicijnen en het verrichten van medische handelingen, zijn met ingang van 1 juli 2018 opgenomen in artikel 3 van de wet BIG.

In het beroepsprofiel leest u meer over het werkerrein en de competenties van PA
<https://www.napa.nl/kwaliteit-nascholing/dossiers/beroepsprofiel-voor-de-physician-assistant/>



Nuttige links:

- www.napa.nl
- www.napa.nl/thema/taakherschikking
- www.venvnvs.nl
- www.demedischspecialist.nl
- www.platformzorgmasters.nl
- www.medischevervolgopleidingen.nl/tokio-traject-en-model



Video's over taakherschikking:

Taakherschikking algemeen:

- www.youtube.com/watch?v=3o5TpKDUHeM

Taakherschikking en kosten:

- www.youtube.com/watch?v=rSfU_9etWSU

Taakherschikking en verantwoordelijkheden:

- www.youtube.com/watch?v=Kj6MaShia44



Patiënteninformatie:

- www.napa.nl/wp-content/uploads/2014/10/Physician-Assistant-flyer-2202014.pdf
- www.venvnvs.nl/venvnvs/over-de-verpleegkundig-specialist

Colofon:

Teksten: Els Wiegant, Jenneke van de Streek

Coördinatie & Eindredactie: Lynette Wijgergangs

Vormgeving: www.ijzersterk.nu

