

Visies op taakherschikking

Een inventariserend onderzoek naar de diversiteit,
kansen en belemmeringen van taakherschikking in Nederland

Lilian van Tuyl
Elize Vis
Mark Bosmans
Roland Friele
Ronald Batenburg



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Augustus 2020

ISBN 9789461226426

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2020 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Voor u ligt het rapport “Visies op Taakherschikking, een inventariserend onderzoek naar de diversiteit, kansen en belemmeringen van taakherschikking in Nederland”, geschreven door onderzoekers van het Nivel, in opdracht van het ministerie van VWS.

Taakherschikking is één van de beleidsinstrumenten om oplossingen te vinden voor tekorten en andere knelpunten op de arbeidsmarkt van de gezondheidszorg. Het Ministerie van VWS ziet taakherschikking als een speerpunt voor 2020 en heeft het Nivel gevraagd met onderzoek te ondersteunen bij het vormen van een visie op taakherschikking in de gezondheidszorg.

Taakherschikking kan op verschillende manieren gedefinieerd worden. Ook bestaat er veel diversiteit in het voorkomen van taakherschikkingsinitiatieven, niet alleen in verschijningsvorm, maar ook in de aanleiding, de wijze van implementatie en effecten van taakherschikking voor zorgverleners, zorgorganisaties en zorgconsumenten.

Deze diversiteit is het uitgangspunt geweest voor dit onderzoek. Het verschaft inzicht in de factoren die van invloed zijn op de diversiteit van taakherschikking en biedt handvatten voor de vorming van een samenhangende visie op taakherschikking in het brede domein van de gezondheidszorg.

Voor het onderzoek dat in dit rapport wordt beschreven hebben diverse experts op het gebied van taakherschikking input geleverd. We willen hen bedanken voor hun waardevolle bijdrage aan dit rapport.

De auteurs
Augustus 2020

Inhoud

1	Introductie	11
1.1	Aanleiding	11
1.2	Doel en vraagstelling	12
2	Methode	14
2.1	Centrale uitgangspunten	14
2.2	Fase 1: Quickscan van bestaande initiatieven en onderzoek	14
2.3	Fase 2: Verdiepende casestudies	15
2.4	Fase 3: Groepsdiscussie met experts op het gebied van taakherschikking	16
3	Resultaten quickscan	18
3.1	Nederlandse literatuur	18
3.2	Wetenschappelijke literatuur	24
4	Resultaten verdiepende casestudies	27
4.1	Casus 1: Huisarts – POH	28
4.2	Casus 2: Huisarts – openbaar apotheker	35
4.3	Casus 3: Specialist ouderengeneeskunde – PA en VS	41
4.4	Casus 4: Arts Verstandelijk Gehandicapten – PA en VS	46
4.5	Casus 5: Oogarts – optometrist	51
5	Resultaten groepsdiscussie	58
6	Conclusie en aanbevelingen	62
	Bijlage A Methoden	67
A.1	Quickscan Nederlandse literatuur	67
A.2	Quickscan wetenschappelijke literatuur	68
A.3	Vragenlijst interviews	69
A.4	Geraadpleegde experts	70
A.5	Presentatie groepsdiscussie	71
	Bijlage B Resultaten	72
B.1	Kenmerken van geïncludeerde Nederlandse literatuur	72
B.2	Samenvattingen van geïncludeerde Nederlandse literatuur	81
B.3	Kenmerken van geïncludeerde systematic reviews	145
B.4	Samenvattingen van geïncludeerde systematic reviews	150

Samenvatting

Het doel van dit onderzoek was ten eerst om vanuit de diversiteit aan taakherschikkingsinitiatieven in de gezondheidszorg, én binnen de kaders van de wetgeving, met experts uit praktijk en wetenschap de kansen en belemmeringen van taakherschikking te identificeren. En ten tweede, om zo bij te dragen aan een samenhangende visie voor het ministerie van VWS om met (onder andere) taakherschikking arbeidsmarkttekorten en knelpunten in de organisatie van de zorg op te lossen dan wel te voorkomen.

Uitgangspunt is hierbij de veel gebruikte definitie van taakherschikking van de Raad voor Volksgezondheid & Zorg (RVZ) uit 2002: 'Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken inclusief verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen'.

Diversiteit in taakherschikking

Onze inventarisatie van de wetenschappelijke en Nederlandse literatuur laat zien dat er in Nederland binnen elk zorgdomein wel een vorm van taakherschikking plaatsvindt. Vaak gaat de literatuur in op taakherschikking tussen artsen en verpleegkundigen, in het bijzonder als het gaat om het delegeren en herschikken van voorbehouden handelingen. Binnen de huisartsenzorg geldt taakherschikking van huisarts naar POH als 'schoolvoorbeeld'. In de eerste lijn zien we ook initiatieven tot taakherschikking tussen huisarts en apotheker, en tussen tandarts en mondhygiënist. Veel aandacht is er voor het herschikken van taken van medisch specialisten naar Physician Assistants (PA's) en Verpleegkundig Specialisten (VS-en). Beide (voor Nederland) relatief nieuwe beroepen zijn werkzaam in bijna alle zorgsectoren, en vervullen in het bijzonder een rol in de tweede lijn en langdurige zorg. Ook in de buitenlandse literatuur vinden we veel diversiteit aan taakherschikking, al is daar ook het vaakst gepubliceerd over herschikking van taken van artsen naar verpleegkundigen, PA's, VS-en of de Nurse Practitioner (NP). In sommige opzichten lijkt Nederland voorop te lopen in taakherschikking (bijv. wat betreft de inzet van PA's en VS-en), in andere opzichten zijn andere landen verder zoals het VK in taakherschikking tussen huisarts en apotheek. Dit geeft aan hoe context-gevoelig en systeem-afhankelijk taakherschikking is.

Uit de literatuur komt naar voren dat taakherschikking vaak een langdurig proces is voordat die 'geïstitutioniseerd' is, maar vaak al eerder ontstaat op de werkvloer wanneer zich capaciteits- of efficiëntieproblemen voordoen. Een patroon is dat taakherschikkingsafspraken binnen organisaties worden uitgewerkt en daarna worden 'opgeschaald' naar sector- of landelijk niveau. Experts die zijn geconsulteerd voor dit onderzoek, wijzen op de nadelen van het langdurige, onomkeerbare proces waarmee taakherschikking tot nu toe vaak verloopt. Juist in de huidige tijd van toenemende arbeidsmarktknelpunten, snelle technologische, economische en maatschappelijke ontwikkelingen, en disruptieve veranderingen zoals de coronapandemie, is er behoefte aan een visie op taakherschikking die uitgaat van flexibiliteit en aanpassingsvermogen. Taakherschikking niet als doel op zich, maar als context-afhankelijk middel, welke op verschillende manieren en momenten kan worden ingezet en teruggedraaid, om aan de veranderende zorgvraag te kunnen voldoen.

Effecten van taakherschikking

Effecten van taakherschikking voor betrokken professionals zijn meervoudig. Eén van de effecten van taakherschikking is vergaande specialisatie van beroepen. Enerzijds zien we dit ontstaan aan de kant van de zorgprofessionals van wie taken worden herschikt: deze krijgen meer tijd voor overige taken en leggen zich toe op meer complexe zorgvragen en patiëntgroepen. Maar ook aan de kant van de zorgprofessionals naar wie taken worden herschikt tredt verdere professionalisering, academisering en specialisatie van de beroepsgroep op. Een onbedoeld gevolg is dat, vanwege de specialisatie in

herschikkende beroepen, er op organisatie- of sectorniveau een tekort aan generalistisch werkende professionals ontstaat. Hetzelfde kan ontstaan aan de kant van de ontvangende beroepen, waar PA's, VS-en en POH's minder generalistisch inzetbaar worden naarmate deze zich meer specialiseren. Ook kan het effect van taakherschikking op de interne zorgorganisatie verschillend uitpakken, en is dit nog relatief weinig onderzocht. In het positieve scenario worden door taakherschikking tekorten verminderd en werkdruk van zorgprofessionals verlaagd, en daarmee de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg verbeterd. Over de kosteneffectiviteit van taakherschikking voor de organisatie is nog weinig bekend. Ook hier spelen onbedoelde gevolgen een rol: de extra afstemming en organisatie op de korte termijn en de complexiteit van lange, gespecialiseerde zorgketens op de lange termijn vergt veel afstemming.

De effecten op de externe zorgorganisatie, en dus het branche- of sectorniveau, is lastig te bepalen; hierover zijn dan ook nauwelijks studies te vinden. Wel is duidelijk dat taakherschikking verandering van bestaande financieringsstructuren vraagt, een complex proces waar bijvoorbeeld optometristen en farmacotherapeuten in de beschreven cases mee zijn geconfronteerd.

De effecten van taakherschikking op betrokken cliënten en patiënten tenslotte, zijn nog onderbelicht maar de algemene uitkomsten lijken positief. Een effect is dat de toegankelijk van zorg verbeterd: patiënten kunnen eerder terecht in de eerste lijn, dan wel bij een (nieuw ontstane) specialist, en doorverwijzing naar een tweedelijns specialist is op minder grote schaal nodig. Ook de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt neemt toe omdat er meer tijd en aandacht is voor de patiënt; zoals bijvoorbeeld in de taakherschikking tussen huisarts en POH te zien is.

Kansen voor taakherschikking

Door een toenemende zorgvraag is er een noodzaak voor innovatieve organisatievormen en processen. De verdere ontwikkeling van medische technologie kan hierbij een ondersteunende of zelfs aanjagende rol spelen. Ook taakherschikking is onderdeel van een oplossingsstrategie, maar geen doel op zich. Dit is een belangrijke basis voor de visie dat taakherschikking *bijdraagt* aan het op flexibele wijze ondersteunen van processen, om binnen de kaders van een duurzaam zorgstelsel aan de veranderende zorgvraag te kunnen voldoen. Zo kunnen ook de randvoorwaarden voor taakherschikking worden gezien: de aanleiding en het doel moet duidelijk zijn, en zowel op macro-, meso- als micro-niveau moet draagvlak voor taakherschikking aanwezig zijn. Zo past taakherschikking in de gewenste transformatie naar een meer lenige en flexibele zorgorganisatie.

Een punt van zorg is de met taakherschikking gepaard gaande (sub)specialisatie van beroepen, wat de complexiteit van zorgcoördinatie en -integratie onbedoeld vergroot; en daarmee de flexibiliteit van het zorgstelsel verkleint. Immers, de gewenste situatie is dat taakherschikking bijdraagt aan de juiste skill-mix op de juiste plek, in termen van de juiste balans van competenties en inzet van generalisten en specialisten.

Succesfactoren en belemmeringen voor taakherschikking

Generieke succesfactoren voor het slagen van taakherschikkingsinitiatieven, die volgen uit de analyse van de verdiepende cases en de wetenschappelijke literatuur zijn: 1) Vertrouwen en samenwerking tussen beroepsgroepen, 2) gedegen opleiden van nieuwe zorgprofessionals, 3) steun en draagvlak vanuit de interne organisatie, en 4) adequate financiering vanuit externe organisaties.

Belemmeringen van taakherschikking zijn: 1) twijfel bij de beroepsgroepen over competenties en capaciteiten van de beroepsgroep waar naar herschikt wordt, 2) weerstand wanneer de taken die herschikt worden raken aan de ervaren essentie van een beroep, 3) organisatie en inbedding van de opleiding en 4) financieringsstructuur. Het verschilt echter per sector, domein en type beroepen welke mix van succesfactoren en belemmeringen welke rol spelen.

Rol van het ministerie van VWS

Vanuit de groepsdiscussie, de interviews met experts, de literatuur en de verdiepende cases kan een aantal aangrijpingspunten voor verdere visievorming van het ministerie geformuleerd worden.

- Een visie van het ministerie op taakherschikking moet rekening houden met diversiteit aan problemen en doelen van taakherschikking in de betreffende sector, domeinen en beroepen. Centraal staat het ondersteunen van innovatie en organisatieverandering, waarbij de juiste skill-mix voor de juiste zorg op de juiste plek bereikt wordt, in samenspraak met het veld.
- Visievorming is gebaat bij onderzoek en beleidsinitiatieven die zich richten op taakherschikking als manier om een betere balans tussen specialisten en generalisten te bereiken, afhankelijk van de zorgvraag en de context die nodig is om tot lenige en flexibele zorgorganisaties te komen. Ook op het macroniveau van zorgsectoren en regio's is deze balans van belang, zodat ook taakherschikking *tussen* organisaties bijdraagt aan meer flexibiliteit en lenigheid van een duurzaam zorgstelsel.
- Het ministerie zou voor haar visievorming nog meer de verscheidenheid aan taakherschikkingsinitiatieven bijeen kunnen brengen, in samenspraak met beleidsmakers, onderzoekers en veldpartijen in de zorg. Dit draagt ten eerste bij aan meer en betere economische evaluaties van taakherschikkingsinitiatieven, en empirisch onderzoek naar de effecten van taakherschikking. Ten tweede draagt dit bij aan een lerend netwerk of platform taakherschikking, samen met subsidiemogelijkheden voor ontwikkeling en implementatie van taakherschikking dat voortbouwt op de bestaande diversiteit die we in dit onderzoek hebben laten zien. Hiermee kan verder grip worden gekregen op de reeds bekende succesfactoren voor taakherschikking die een belemmering kunnen vormen wanneer hier onvoldoende aandacht voor is. Maar ook kan van hieruit geëxperimenteerd worden met andere, meer flexibele en tijdelijke vormen van taakherschikking.
- Het ministerie kan, in lijn met het voorgaande, ook een rol spelen in het organiseren van bijeenkomsten waar naast professionals, ook patiënten, cliënten en burger meedenken over de manier waarop innovatie in de zorg door taakherschikking gestimuleerd kan worden. Het zijn immers de mensen die afhankelijk zijn van de zorg die baat moeten hebben bij taakherschikking – in welke vorm dan ook.

Summary

The aim of this research was firstly to use diversity of task reallocation initiatives in healthcare, and the experts from science and practice, to identify the opportunities and obstacles of task reallocation, within the framework of Dutch legislation. And secondly, to contribute to a coherent vision for the Ministry of Health, Welfare and Sport to solve or prevent labor market shortages and bottlenecks in the organization of health care by (among other things) rearranging tasks. The starting point is the widely used definition of task reallocation from the Council for Public Health & Care (RVZ) from 2002: "Task reallocation is the structural redistribution of tasks, including responsibilities, between different professions".

Diversity in task reallocation

Our inventory of the scientific and Dutch literature shows that in the Netherlands there is some form of task reallocation within every care domain. Often the literature deals with task reallocation between doctors and nurses, especially when it comes to delegating and rearranging reserved actions. Within primary care, task rearrangement from general practitioner (GP) to POH is considered a "textbook example". Within primary care we also see initiatives to rearrange tasks between GP and pharmacist and between dentist and dental hygienist. Much attention is being paid to the rearrangement of tasks from medical specialists to Physician Assistants (PAs) and Nursing Specialists (USs). Both (for the Netherlands) relatively new professions are active in almost all care sectors, and in particular fulfill a role in secondary care and long-term care. We also find a lot of diversity in task reallocation in the foreign literature. Most frequent is the publication on reallocation of tasks from doctors to nurses, PAs, USs or the Nurse Practitioner (NP). In some respects, the Netherlands appears to be at the forefront of task reallocation (eg with regard to the deployment of PAs and USs), in other respects other countries, such as the UK, are further ahead in reallocating tasks between GPs and pharmacies. This indicates how context sensitive and system dependent task reshuffling is. The literature shows that task reallocation is often a lengthy process before it is "institutionalized", but often arises earlier in the workplace when capacity or efficiency problems arise. One pattern is that task reallocation agreements are worked out within organizations and then are "upgraded" to sector or national level. Experts consulted for this study point to the drawbacks of the lengthy, irreversible process with which task reshuffling has often taken place so far. Especially in the current times of increasing labor market bottlenecks, rapid technological, economic and social developments and disruptive changes such as the corona pandemic, there is a need for a vision of task reallocation based on flexibility and adaptability. Task reallocation is not an end in itself, but a context-dependent means of meeting the changing care demand. Task reallocation should be a process that is reversible and can be used in different ways and times.

Effects of task reshuffling

The effects of task reallocation for involved professionals are multiple. One of the effects of task reallocation is the extensive specialization of professions. On the one hand, we see this emerging on the side of healthcare professionals whose tasks are being rearranged: they are given more time for other tasks and focus on more complex care questions and patient groups. But also on the side of the care professionals to whom tasks are rearranged, further professionalization, academization and specialization of the professional group occurs. An unintended consequence is that, due to the specialization in rescheduling professions, there is a shortage of generalists at organizational or sector level. The same can arise on the side of the host professions, where PAs, USs and POHs become less employable in general terms the more they specialize.

The effect of task reallocation on the internal care organization can also be diverse. In the positive scenario, task redeployment reduces shortages and reduces the workload of healthcare professionals, thereby improving the accessibility and quality of care. Little is yet known about the cost-effectiveness of task reallocation for the organization. Unintended consequences also play a role here: the extra coordination and organization in the short term and the complexity of long, specialized care chains in the long term require a lot of coordination.

The effects on the external health care organization or sector, are difficult to determine; hardly any studies can be found about this. It is clear, however, that task reallocation requires changes to existing financing structures, a complex process that optometrists and pharmacotherapists, for example, were confronted with in the cases described.

Finally, the effects of task reallocation on affected clients and patients are still underexposed, but the general outcomes appear positive. One effect is that the access to care is improved: patients can go to primary care sooner or to a (newly created) specialist, and referral to a second-line specialist is less necessary. The quality of care from the patient's perspective also improves because there is more time and attention for the patient; as can be seen, for example, in the task rearrangement between GP and POH.

Opportunities for job reshuffling

Due to an increasing demand for care, there is a need for innovative organizational forms and processes. Further development of medical technology can play a supporting or even stimulating role in this. Task reallocation is also part of a solution strategy, but not an end in itself. This is an important basis for the vision that task redeployment contributes to the flexible support of processes in order to meet the changing care demand within the framework of a sustainable care system. The preconditions for task reallocation can also be seen this way: the cause and purpose must be clear, and there must be support for task reallocation at both the macro, meso and micro level. Task redeployment is in line with the desired transformation to a more flexible care organization.

A point of concern is the (sub) specialization of professions associated with task reallocation, which inadvertently increases the complexity of care coordination and integration; and thus reduces the flexibility of the health care system. After all, the desired situation is that task redeployment contributes to the right skill mix in the right place, in terms of the right balance of competences and deployment of generalists and specialists.

Success factors and barriers to task reallocation

Generic success factors for task reallocation initiatives that follow from the analysis of the in-depth cases and the scientific literature are: 1) Trust and cooperation between professional groups, 2) thorough training of new healthcare professionals, 3) support and support from the internal organization, and 4) adequate funding from external organizations. Obstacles to task rearrangement are: 1) doubt among the professional groups about the competencies and capacities of the professional group to which the rearrangement takes place, 2) resistance when the tasks that are rearranged touch upon the perceived essence of a profession, 3) organization and embedding of the training and 4) financing structure. However, it differs per sector, domain and type of professions which mix of success factors and obstacles play which role.

Role of the Ministry of health

From the group discussion, the interviews with experts, the literature and the in-depth cases, a number of starting points can be formulated for further vision development of the ministry.

- A vision of the ministry on task redeployment must take into account the diversity of problems and goals of task redeployment in the relevant sector, domains and professions. Central is the support of

innovation and organizational change, whereby the right skill mix for the right care is achieved in the right place, in consultation with the field.

- Vision development benefits from research and policy initiatives that focus on task redeployment as a way to achieve a better balance between specialists and generalists, depending on the care demand and the context that is needed to achieve flexible and flexible care organizations. This balance is also important at the macro level of health care sectors and regions, so that reallocation of tasks between organizations also contributes to more flexibility and flexibility of a sustainable health care system.

- To formulate its vision, the ministry could bring together the variety of task reallocation initiatives even more, in consultation with policymakers, researchers and parties in the healthcare field. Firstly, this contributes to more and better economic evaluations of task reallocation initiatives, and empirical research into the effects of task reallocation. Second, this contributes to a learning network or platform for task reallocation, along with funding opportunities for development and implementation of task reallocation that builds on the existing diversity that we have shown in this study. This will help to gain a grip on the already known success factors for task reallocation that can form an obstacle if insufficient attention is paid to this. But from here it is also possible to experiment with other, more flexible and temporary forms of task reallocation.

- In line with the above, the ministry can also play a role in organizing meetings where, in addition to professionals, patients, clients and citizens can also contribute ideas about how innovation in healthcare can be stimulated through task redeployment. After all, it is the people who depend on care who should benefit from task reallocation - in whatever form.

1 Introductie

1.1 Aanleiding

De Nederlandse gezondheidszorg is van hoge kwaliteit. Maar veranderingen in onder andere bevolkingsgroei, leeftijdsopbouw, gezondheid en leefstijl stellen ook steeds hogere eisen aan de manier waarop de gezondheidszorg is georganiseerd. Zo worden op de arbeidsmarkt grote tekorten voorzien in het aantal verzorgden en (gespecialiseerd) verpleegkundigen, en moet ook de instroom in een groot aantal medische vervolgopleidingen verhoogd worden om aan de zorgvraag van de groeiende groep ouderen, patiënten met co- en multimorbiditeit en GGZ-problemen te voldoen¹. Om de Nederlandse gezondheidszorg ook in de toekomst toegankelijk, betaalbaar en van hoge kwaliteit te houden zijn vele initiatieven gestart om de zorg anders te organiseren, waaronder taakherschikking.

De directie MEVA van VWS wil grip krijgen op taakherschikking als instrument voor het beïnvloeden van de krapte op de arbeidsmarkt van de gezondheidszorg en heeft dit als één van de prioriteiten van 2020 benoemd. Taakherschikking past ook in de beleidslijn van de taskforce 'Juiste zorg op de juiste plek', oftewel de juiste professional op de juiste plek². Het herschikken van zorgtaken tussen sectoren en professionals is echter complex, omdat het ingrijpt in de bestaande systemen waarmee beroepen, opleidingen en instellingen in Nederland georganiseerd, gefinancierd en juridisch geborgd worden.

Al in 2011 heeft het ministerie van VWS een aantal keer gebruik gemaakt van artikel 36a van de wet BIG om taakherschikking tussen medische beroepen juridisch mogelijk te maken in het kader van de voorbehouden handelingen die in deze wet zijn vastgelegd³. Dit heeft onder andere geleid tot het verbreden van de bevoegdheden van verpleegkundig specialisten (VS-en) en physician assistants (PA's) en zijn deze beroepsgroepen vervolgens ook relatief sterk gegroeid⁴. De beoogde effecten van taakherschikking worden in de praktijk steeds meer onderzocht, maar toch is er nog weinig bekend over het netto kostenbesparende effect, de mate waarin er sprake is van substitutie of suppletie, en in hoeverre de kwaliteit en toegankelijkheid van de geleverde zorg toeneemt.

Dergelijke inzichten zijn voor de overheid van belang om een afgewogen en integrale visie op taakherschikking te ontwikkelen, om deze andere wijze van organiseren te stimuleren en te ondersteunen waar dat kan; maar ook om terughoudend te zijn waar het moet. Om te slagen moet taakherschikking gedragen worden door alle partijen in de zorg. In sommige gevallen heeft taakherschikking een extra impuls nodig. Dit maakt dat taakherschikking beleidsmatig complexe

¹ Capaciteitsplan 2020-2024. Hoofdrapport: voor de medische, klinisch technologische, tandheelkundige, Geestelijke Gezondheid, Fonds Ziekenhuis Opleidingen en aanverwante (vervolg)opleidingen. (2019) Utrecht: Capaciteitsorgaan.

² Taskforce DJZOP, 2018. (<https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/documenten/rapporten/2018/4/1/taskforce-rapport>) .

³ Wet van 7 november 2011 tot wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg onder andere in verband met de opnemingsmogelijkheid tot taakherschikking, Staatsblad 2011, 568 (<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2011-568>)

⁴ Monitor Taakherschikking, Nederlandse Zorg Autoriteit, 2019.

(<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/03/31/monitor-taakherschikking-physician-assistants-en-verpleegkundig-specialisten-in-de-medisch-specialistische-zorg>)

uitdagingen kent, maar ook kansen biedt om de organisatie van de zorg in Nederland te vernieuwen en te verduurzamen.

Dit onderzoek schetst een helder beeld van de kansen en belemmeringen van taakherschikking in de veelheid van zorgsectoren en -beroepen waar dit speelt of kan gaan spelen.

1.2 Doel en vraagstelling

Dit onderzoek heeft als doel om vanuit de diversiteit aan taakherschikkingsinitiatieven in de gezondheidszorg, én binnen de kaders van de wetgeving, met experts uit praktijk en wetenschap de kansen en belemmeringen van taakherschikking te identificeren. Dit draagt bij aan een samenhangende visie voor het ministerie van VWS om met (onder andere) taakherschikking arbeidsmarkttekorten en knelpunten in de organisatie van de zorg op te lossen dan wel te voorkomen.

In dit onderzoek staan vier hoofdvragen centraal:

1. Welke diversiteit aan taakherschikking zien we binnen de verschillende zorgdomeinen binnen en buiten Nederland?
2. En per verschijningsvorm:
 - a. In hoeverre en hoe zijn deze vormen van taakherschikking vormgegeven en doorgevoerd?
 - b. Wat zijn de effecten van deze vorm van taakherschikking voor (1) de betrokken zorgprofessionals, (2) de in- en externe zorgorganisatie, en (3) de betrokken cliënten/patiënten?
3. Welke kansen voor taakherschikking zijn er binnen Nederland, en hoe zien die gewenste situaties eruit?
4. En gegeven deze kansen:
 - a. Wat zijn de succesfactoren en belemmeringen die hierbij spelen?
 - b. Hoe kan het ministerie van VWS een rol spelen in het bevorderen van deze kansen en het slechten van deze belemmeringen.

Box 1: Diversiteit van taakherschikking: een definitie

De diversiteit van taakherschikking in Nederlandse (en buitenlandse) zorgdomeinen is groot. Een belangrijk onderscheid is in ieder geval dat tussen taakherschikking en taakdelegatie. Onder taakdelegatie gaat het, in het algemeen, om het overdragen van de uitvoering van een taak aan een lager opgeleide, waarbij degene die delegeert zelf de eindverantwoordelijkheid voor die taak houdt. Bij taakherschikking gaat daarentegen om (1) het *structureel* hervreiden van taken en (2) *inclusief* verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen verschillende beroepen⁵. Ook wordt binnen het begrip taakdelegatie wel onderscheid gemaakt in 'verticale substitutie' (werk verschuift van hoger naar lager opgeleide professionals) en 'horizontale substitutie' (werk verschuift tussen professionals van hetzelfde

⁵ Zie ook bijvoorbeeld: <https://www.stichtingkoh.nl/taakherschikking/begrippen/definitie-overzicht/>.

opleidingsniveau, tussen sectoren). Dit onderscheid wordt ook gehanteerd in het capaciteitsramingsmodel dat het Nivel heeft ontwikkeld samen met het Capaciteitsorgaan⁶. Beide vormen van substitutie kunnen met elkaar samenhangen, maar vinden plaats op verschillende niveaus en kennen verschillende oorzaken, ontwikkelingen en gevolgen. Zo speelt bij verticale substitutie de kwestie van taakdomeinen en -afbakening, interprofessionele samenwerking, het verlichten van de werkdruk van hoger opgeleide professionals en het bieden van doorgroeimogelijkheden van lager opgeleide professionals in hetzelfde zorgdomein.

Bij horizontale substitutie gaat het om de transformatie van zorg tussen sectoren, vooral die van de tweede naar de eerste of anderhalve lijn, om een efficiëntere verdeling van zorgtaken te bereiken, samenwerking tussen sectoren te verbeteren en op systeemniveau kosten te beheersen.

Ook binnen de vormen van verticale en horizontale substitutie is er grote variatie. Deze variatie bestaat in de manier waarop taakherschikking tot stand komt, de aanleiding of urgentie, en de manier waarop de taakherschikking in zorgorganisaties wordt georganiseerd en geïmplementeerd. Voor de herschikking van taken zijn in ieder geval veranderingen in de zorgorganisatie noodzakelijk, zowel in de interne organisatie van zorgprocessen, als in de externe organisatie van netwerken en ketens. Daarnaast vraagt het om verandering in denk- en verwachtingspatronen aan de kant van de betrokkenen (zowel zorgverleners als patiënten).

Voor dit project is in samenspraak met de opdrachtgever gekozen voor een brede definitie van taakherschikking, met als uitgangspunt de 'klassieke definitie' van de RVZ uit 2002: *“Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken inclusief verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen”*⁷.

De beroepen staan hierin centraal, ongeacht hun type, functie- of opleidingsniveau of sector, en ongeacht om welke taken het gaat.

⁶ Greuning, M. van. Health workforce planning in the Netherlands: how a projection model informs policy regarding the general practitioner and oral health care workforces. Utrecht: NIVEL, 2016.

⁷ <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2003/01/13/taakherschikking-in-de-gezondheidszorg>

2 Methode

2.1 Centrale uitgangspunten

Om de mogelijkheden van taakherschikking als beleidsinstrument voor een krappe arbeidsmarkt en andere organisatie van zorg te onderzoeken, is het van belang om de diversiteit (aan vormen en consequenties van taakherschikking) eerst goed in kaart te brengen. Daarnaast is voor de potentiële mogelijkheden van taakherschikking een theoretisch (beleids)kader noodzakelijk, dat rekening houdt met de wettelijke kaders rondom voorbehouden handelingen van zorgverleners (vastgelegd in de wet BIG) en kwaliteit van zorg (vastgelegd in de wet WKKGZ). Tot slot is het van belang dat ook beroepsgroepen in de verschillende zorgdomeinen en patiënten worden betrokken in het vormen van een visie op taakherschikking in de gezondheidszorg.

Dit zijn de uitgangspunten van de onderzoeksmethoden, die hieronder zijn uitgewerkt in drie onderdelen. Dit project wordt uitgevoerd ten tijde van de COVID-19 uitbraak in Nederland. Zodoende zijn een aantal landelijke corona-maatregelen van kracht, waardoor onderzoeksmethoden zijn bijgesteld. Dit is waar relevant in het rapport genoemd.

2.2 Fase 1: Quickscan van bestaande initiatieven en onderzoek

Deze eerste fase van het onderzoek heeft betrekking op de volgende onderzoeksvragen:

- 1) Welke diversiteit aan taakherschikking zien we binnen de verschillende zorgdomeinen binnen en buiten Nederland?
- 2) In hoeverre en hoe zijn deze vormen van taakherschikking vormgegeven en doorgevoerd, en wat zijn de effecten van deze vorm van taakherschikking voor de betrokken zorgprofessionals, de in- en externe zorgorganisatie en de betrokken cliënten/patiënten?

Ter beantwoording van deze vragen is een *quickscan* van de Nederlandstalige en Engelstalige literatuur van de afgelopen 10 jaar uitgevoerd.

Inventarisatie Nederlandse literatuur

Voor de inventarisatie van Nederlandstalige en 'grijze' literatuur is na een eerste inventarisatie van de hoeveelheid literatuur gekozen voor een 'snowball sampling' methode. Startpunt hierbij was literatuur die reeds bij de onderzoekers bekend was. Vanuit deze publicaties zijn steeds de relevante gebruikte bronnen nagegaan. De zoekstrategie staat gespecificeerd in **Bijlage A1**.

Vanwege de veelheid en diversiteit aan grijze literatuur is ervoor gekozen waar relevant deze literatuur op te nemen in de verdiepende fase van dit onderzoek.

Daarnaast is ervoor gekozen dieper in te gaan op de capaciteitsramingen, mede om de keuze voor de casestudies te maken.

Inventarisatie wetenschappelijke literatuur

Om een overzicht te krijgen van welke vormen van taakherschikking het meest voorkomen in de wetenschappelijke literatuur werd een rapid review uitgevoerd. De rapid review is in overleg met opdrachtgever beperkt tot studies met een systematic review- of meta-analyse design, omdat hiermee een betrouwbaarder overzicht verkregen kan worden van veelvoorkomende vormen van taakherschikking dan op basis van individuele studies.

Drie wetenschappelijke databases werden doorzocht op zoektermen gerelateerd aan taakverschuiving en voorschrijven (gezien dit één van de meest voorkomende vormen van taakherschikking is) in combinatie met zoektermen gerelateerd aan de studiedesigns review of meta-analyse. De zoekstrategie staat gespecificeerd in **Bijlage A2**.

Publicaties werden geïncludeerd wanneer aan onderstaande criteria werd voldaan:

- Publicatie is peer-reviewed (geen scripties, congresverslagen, redactioneel commentaar, brieven aan de redacteur en ander niet volledig peer-reviewed materiaal)
- Publicatie heeft betrekking op minimaal één EU- of EFTA land of Australië, Canada, Japan, Nieuw Zeeland of de Verenigde Staten
- Publicatie heeft betrekking op taakherschikking in de gezondheidszorg
- Publicatie is een review of meta-analyse
- Publicatie is gepubliceerd in 2010 of later
- Publicatie is in het Engels of Nederlands geschreven

De geïncludeerde publicaties werden in tabelvorm voorgelegd aan drie experts op het gebied van taakherschikking en hen werd gevraagd of ze bij hen bekende systematic reviews misten; indien dit het geval was werden deze reviews getoetst aan bovenstaande criteria en toegevoegd aan het overzicht. Na selectie van de vijf cases zijn de relevante publicaties weer gebruikt in de uitwerking daarvan in fase 2.

Interviews met experts

In aanvulling op de quickscan hebben interviews met drie Nederlandse wetenschappelijk experts plaatsgevonden. De interviews vonden plaats middels videoverbinding, omdat vanwege de coronamaatregelen die van kracht waren gedurende deze fase van het onderzoek een persoonlijk interview niet mogelijk was. Deze experts zijn kort bevraagd over hun ervaring met taakherschikking en hun visie op de kansen en belemmeringen van taakherschikking in hun domein. Daarnaast werd hen gevraagd te reflecteren op de geaggregeerde resultaten van de inventarisatie van wetenschappelijke literatuur. Ook werden deze experts uitgenodigd voor een groepsdiscussie (fase 3). Zie **Bijlage A3** voor de topic guide die gebruikt is voor deze interviews.

2.3 Fase 2: Verdiepende casestudies

In deze fase staat de volgende onderzoeksvraag centraal:

Wat zijn de kansen en belemmeringen die bij taakherschikking spelen, en hoe ziet de gewenste situatie eruit?

Op basis van het literatuuroverzicht uit fase 1 en in overleg met de opdrachtgever zijn 5 taakherschikkingsinitiatieven ('cases') geselecteerd en nader geanalyseerd. Zoals in paragraaf 2.1 benoemd is, was het weergeven van diversiteit ook in de keuze van deze cases leidend. De vijf cases

zijn dus divers wat betreft zorgsector- en beroepsdomein en kennen een zekere geschiedenis waardoor een ontwikkelings- en veranderanalyse kon worden gemaakt.

Van alle taakherschikkingscases is de aanleiding en ontstaansgeschiedenis achterhaald, de manier waarop taakherschikking door de tijd vorm heeft gekregen, en het verandereffect van de taakherschikking op de zorgorganisatie, de zorgprofessionals en de patiënt. Het veranderperspectief en de ontwikkeling van taakherschikking was bij deze verdiepende analyse dus de centrale focus. In de analyse was verder voornamelijk aandacht voor de kansen en belemmeringen voor herschikking, en de rol van tijd en de positie van de verschillende actoren/stakeholders hierin.

Aanpak verdiepende casestudies

Zoals hierboven beschreven is de keuze voor 5 cases gemaakt op basis van diversiteit en in overleg met de opdrachtgever. Hiertoe zijn 9 cases aan opdrachtgever voorgelegd. De 5 uiteindelijke cases zijn uitgewerkt met behulp van geïdentificeerde wetenschappelijke en grijze literatuur, en waar nodig aangevuld met een interview met een relevant praktijkexpert.

2.4 Fase 3: Groepsdiscussie met experts op het gebied van taakherschikking

In deze derde fase staan de volgende onderzoeksvragen centraal:

- 1) Wat zijn de succesfactoren en belemmeringen die bij de verschillende taakherschikkingsinitiatieven spelen?
- 2) Hoe kan het ministerie van VWS een rol spelen in het bevorderen van kansen van taakherschikking en het slechten van belemmeringen?

De bevindingen uit de voorgaande fasen zijn als input gebruikt voor een groepsdiscussie met experts, waarbij de resultaten verder verdiept en verrijkt werden.

Deelnemers

Er werden zeven experts uitgenodigd, waaronder de drie ‘wetenschappelijk’ experts met brede kennis en ervaring op het gebied van taakherschikking die in een eerder stadium geïnterviewd zijn; en vier ‘praktijk’ experts die binnen een specifiek vakgebied ervaring hebben opgedaan met taakherschikking. Zie **bijlage A4**.

Ook werden vijf beleidsmedewerkers van VWS uitgenodigd, met ieder specifieke interesse in één van de vijf verdiepende cases.

De groepsdiscussie werd voorbereid en gemodereerd door het Nivel.

Aanpak groepsdiscussie

Vanwege de geldende maatregelen om het coronavirus in te dammen, is gekozen voor een online groepsdiscussie, via Zoom. De discussie is met toestemming van alle betrokkenen op audio opgenomen en na afloop door het onderzoeksteam geordend samengevat en naar de deelnemers gestuurd voor verificatie.

Na een korte voorstelronde presenteerden de onderzoekers het onderzoek naar taakherschikking tot dusver. Na een uiteenzetting van de aanpak van het onderzoek, zijn de kernbevindingen met

betrekking tot de vijf geselecteerde cases, en in bredere zin, besproken. Zie **bijlage A5** voor de vertoonde slides.

Hierna is aan de deelnemers gevraagd om in de Chat van de Zoom-meeting kort te omschrijven welke thema's zij het meest belangrijk vonden om te bespreken n.a.v. de presentaties en meer in algemene zin m.b.t het thema kansen en belemmeringen van taakherschikking. In een korte pauze is deze input verzameld en getracht deze te groeperen tot een aantal onderwerpen. Deze zijn open besproken zonder de discussie in een bepaalde richting te sturen. Op bepaalde momenten heeft de moderator een tussen-samenvatting gegeven. Waarna de discussie zich weer ontspon in een andere richting. De discussie is zoveel mogelijk domein-, sector- en beroep overstijgend getrokken. Ook tijdens de groepsdiscussie konden deelnemers met de Chat-functie aanvullende vragen of opmerkingen kwijt. Deze vormden eveneens input voor de open groepsdiscussie.

3 Resultaten quickscan

3.1 Nederlandse literatuur

In totaal zijn 114 publicaties gevonden via de snowballing methode. Niet al deze publicaties zijn verder meegenomen voor dit onderzoek (omdat er soms meerdere publicaties over hetzelfde onderzoek waren, de publicaties te algemeen waren of het bijvoorbeeld ging om typen publicaties waar we niet naar op zoek waren zoals krantenartikelen). De publicaties die wel zijn gebruikt waren voornamelijk beleidsstukken van (branche)organisaties, onderzoeksrapporten, en kamerbrieven. Veel van de onderzoeksrapporten zijn afkomstig van klein aantal onderzoeksinstituten (bijv. IQhealthcare, Universiteit van Maastricht, Universiteit van Rotterdam, Nivel). De literatuur is niet systematisch geanalyseerd, maar waar relevant verwerkt in de volgende paragraaf (geschiedenis taakherschikking en de verdiepende casussen). In **bijlage B1** zijn alle referenties en samenvattingen van Nederlandse onderzoeken opgenomen.

Een korte historische beschrijving van taakherschikking in Nederland

Bij taakherschikking speelt wet- en regelgeving een belangrijke rol, zeker daar waar het 'voorbehouden' handelingen betreft die in de wet, jurisprudentie of richtlijnen zijn vastgelegd. Al sinds 1865 bestaat er wet- en regelgeving waarin bevoegdheden van bepaalde medische beroepen zijn vastgelegd (Wet uitoefening geneeskunst). In de eerste versie van de wet waren alle academisch opgeleide artsen bevoegd medische ingrepen uit te voeren en verloskundigen gedeeltelijk. Toch bleef het voorkomen dat onbevoegden bepaalde medische handelingen uitvoerden en de wet bleek moeilijk te handhaven. Rond 1917 werd een poging ondernomen de wet aan te passen, maar twee staatscommissies (één van juristen en één van artsen) die zich over de hervorming bogen, kwamen niet tot een eenduidige conclusie over hoe een nieuw stelsel eruit zou moeten zien. Er veranderde daarom niets en het onderwerp werd pas ruim 40 jaar later weer op de beleidsagenda gezet met moeizame discussies tot gevolg, waarbij aan de ene kant de veiligheid en kwaliteit van zorg geborgd moest worden en aan de andere kant de keuzevrijheid van patiënten. Uiteindelijk werd pas op 9 november 1993 een wetsvoorstel aanvaard en trad de Wet BIG gefaseerd in werking waarbij verpleegkundigen tussen 1995 en 1997 als eerst zijn geregistreerd. Overige beroepen werden geregistreerd in 1997. De Wet BIG deed meer recht aan de keuzevrijheid van patiënten waar in de samenleving behoefte aan was dan de Wet uitoefening geneeskunst, en bood tegelijkertijd meer gestandaardiseerde regelingen en betere bescherming voor kwaliteit.⁸

Dat het zo lang heeft geduurd voor de Wet BIG is doorgevoerd ligt aan meerdere factoren. Aan de ene kant had het dossier simpelweg niet altijd prioriteit, omdat er andere problematiek rond de zorg op de voorgrond trad. Aan de andere kant illustreert het ook dat de afbakening van taken binnen de gezondheidszorg geen gemakkelijke discussie is, waarbij veel aspecten overwogen moeten worden en waarin veel partijen verschillende standpunten hebben.

Sinds de Wet BIG in werking is getreden zijn er verschillende wijzigingen geweest. Zo werden enkele beroepen toegevoegd (bijvoorbeeld de optometrist in 2000 en de huidtherapeut in 2002) en werden enkele artikelen uitgebreid of gewijzigd. Een aantal van deze wijzigingen zijn van belang in het kader van taakherschikking. De zelfstandigheid van mondhygiënisten is in 2006 uitgebreid door

⁸ Legemaate, J., Gevers, J. K. M., Kastelein, W. R., Raas, G. P. M., & van Veen, E. B. (Eds.). (2010). *Beroepenwetgeving gezondheidszorg 2010/2011*. Bohn Stafleu van Loghum.

rechtstreekse toegankelijkheid en het uitvoeren van enkele curatieve taken. Ook de fysiotherapeut werd in dat jaar vrij toegankelijk voor patiënten.⁹

De belangrijkste wijziging in het kader van taakherschikking is de mogelijkheid via experimenteerartikelen beroepen tijdelijk bepaalde bevoegdheden toe te kennen zodat onderzocht kan worden in hoeverre zelfstandige inzet bij bepaalde voorbehouden handelingen meerwaarde heeft voordat deze definitief worden toegekend (artikel 36a)¹⁰. Beroepsgroepen die een dergelijk traject (hebben) doorlopen zijn: klinisch technologen, mondhygiënisten, verpleegkundig specialisten, physician assistants en Bachelor Medisch Hulpverleners¹¹. Mondhygiënisten en Bachelor Medisch Hulpverleners zijn nog bezig met het traject. Klinisch technologen, verpleegkundig specialisten en physician assistants hebben inmiddels meer zelfstandige bevoegdheden voor bepaalde voorbehouden handelingen verkregen. Deze trajecten worden hieronder uitgebreider besproken.

Wet BIG (Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) in het kort

In de Wet BIG is gespecificeerd waar bepaalde beroepen in de gezondheidszorg aan moeten voldoen zodat patiënten veilige zorg kunnen ontvangen en welke bevoegdheden welke beroepsgroep heeft door middel van specificatie van voorbehouden handelingen. Er wordt anno 2020 onderscheid gemaakt tussen artikel 3, 34 en 36a beroepen. Alleen artikel 3 beroepen hebben een wettelijk beschermde beroepstitel, moeten zich verplicht registreren in het BIG-register als zij hun beroep uitoefenen en vallen onder het tuchtrecht. De andere groepen hebben een wettelijk beschermde opleidingstitel. Artikel 36a beroepen kunnen zich tijdelijk registreren in het BIG-register en zijn zogenoemde "experimenteer beroepen" (zie paragraaf 1.2). Daarnaast zijn wettelijk erkende specialisaties opgenomen in artikel 14. Deze specialisaties worden vermeld bij de BIG inschrijving (mogelijk voor apothekers, artsen, gezondheidszorgpsychologen, tandartsen en verpleegkundigen).

Er zijn 14 soorten voorbehouden handelingen: verloskundige handelingen, heelkundige handelingen, katheterisaties, injecties, puncties, endoscopieën, toedienen van narcose, gebruik van radioactieve stoffen en apparatuur met ioniserende straling, steenvergruizing, kunstmatige fertilisatie, electieve cardioversie, defibrillatie, elektroconvulsieve therapie en het voorschrijven van geneesmiddelen. Deze handelingen mogen onder voorwaarden wel in opdracht van een zelfstandig bevoegde professional worden uitgevoerd door een andere bekwame professional.

Bron: CIBG (www.bigregister.nl)

Physician assistants en verpleegkundig specialisten

De beroepen physician assistant (PA) en verpleegkundig specialist (VS) (vóór 2009 nurse practitioner) zijn ontstaan in de Verenigde Staten als reactie op een tekort aan specialisten¹². In 2001 startte de eerste PA's met de opleiding in Nederland en in 2000 studeerden de eerste nurse practitioners af¹³. Het evaluatierapport van het Universitair Medisch Centrum Maastricht over het experimenteerartikel voor VS-en en PA's beschrijft dat VS-en en PA's al langer breed inzetbaar

⁹ Legemaate, J., Gevers, J. K. M., Kastelein, W. R., Raas, G. P. M., & van Veen, E. B. (Eds.). (2010). *Beroepenwetgeving gezondheidszorg 2010/2011*. Bohn Stafleu van Loghum.

¹⁰ Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, artikel 36a. (https://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2020-07-01#HoofdstukIV_Artikel36a)

¹¹ Raad van Volksgezondheid en Samenleving (RVS) (2019). Advies - de B van 'Bekwaam'. Naar een toekomstbestendige Wet BIG.

¹² V. S., De Bruijn-Geraets, D. P., Bessems-Beks, M. C. M., van Eijk-Hustings, Y. J. L., & Vrijhoef, H. J. M. (2015). VoorBIGhouden. Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundige Specialist en de Physician Assistant.

¹³ V&VN VS. V&VN VS voor studenten! 12-8-2020 via: <https://venvnvs.nl/venvnvs/vvn-vs-voor-studenten/>

bleken en dat hun taken zich toespitsen op de praktijk waarin ze werken. Hierbij combineren VS-en hun verpleegkundige achtergrond met het medische domein, terwijl PA's een bredere medische scholing hebben. VS-en waren al onderdeel van artikel 3 van de Wet BIG, maar PA's niet. Om PA's en VS-en meer zelfstandigheid te geven, hiermee het zorgproces effectiever te laten verlopen en dus taakherschikking te bevorderen kregen zij in 2012 voor verschillende voorbehouden handelingen tijdelijk een zelfstandige bevoegdheid. Voor de PA's ging het om: katheterisaties, electieve cardioversies, defibrillaties, endoscopieën, heelkundige handelingen, injecties, puncties en het voorschrijven van geneesmiddelen die uitsluitend op recept verkrijgbaar zijn. Voor VS-en lag het aan hun specialisatie welke voorbehouden handelingen geïnccludeerd waren in artikel 36a. Uit het evaluatieonderzoek bleek dat het zelfstandig laten uitvoeren van alle voorbehouden handelingen behalve endoscopieën en electieve cardioversies/defibrillatie doelmatig waren. Een groot deel van beide beroepsgroepen hebben hun tijdelijke zelfstandige bevoegdheden effectief benut. Op basis daarvan zijn de zelfstandige bevoegdheden van PA's en VS-en uitgebreid en zijn PA's in 2018 opgenomen in artikel 3 van de Wet BIG¹⁴.

Klinisch technoloog

In het begin van deze eeuw werd duidelijk dat behoefte was aan een technisch geschoolde professional binnen de medisch specialistische zorg. Als reactie hierop ontstond in 2003 de bachelor opleiding tot klinisch technoloog en in 2006 een daaropvolgende masteropleiding (eerst aan de UTwente, maar daarna ook bij de TU Delft en Erasmus Universiteit Rotterdam)¹⁵. Klinisch technologen doen veel verschillende technisch-medische taken, zoals kleine chirurgische ingrepen, en bij veel verschillende disciplines, bijvoorbeeld radiologie of neurologie. De titel klinisch technoloog is wel beschermd, maar zij konden zich nog niet inschrijven in het BIG register. In 2014 werden zij een experimenteerberoep binnen artikel 36a van de Wet BIG voor het verkrijgen van een zelfstandige bevoegdheid voor negen voorbehouden handelingen. Het wegnemen van verplichte supervisie van de specialist moest het zorgproces voor alle betrokkenen (specialist, klinisch technoloog en patiënt) efficiënter en effectiever maken. Het evaluatieonderzoek van het Universitair Medisch Centrum Maastricht gaf in 2018 een positief advies voor vijf¹⁶ van de negen onderzochte voorbehouden handelingen¹⁷, en vanaf juli 2020 is het beroep en de betreffende voorbehouden handelingen binnen artikel 3 van de Wet BIG opgenomen¹⁸.

Gesignaleerde knelpunten in de Wet BIG

Hoewel de Wet BIG een oplossing heeft geboden voor een deel van de discussies die zijn gevoerd met betrekking tot het bewaken van de kwaliteit van zorg, spelen er ook nog steeds knelpunten. Zeker nu taakherschikking steeds meer geïmplementeerd wordt werpt de Wet BIG belemmeringen op om dit te faciliteren. De wet BIG gaat uit van een strakke indeling in beroepen met bepaalde bevoegdheden. In die zin is de wet niet heel flexibel in het kader van taakherschikking. Hoewel met toevoeging van artikel 36a wel een stap is gezet naar meer flexibiliteit duurt dit proces ook een aantal jaar. In de afgelopen jaren zijn zorgprofessionals door personeelstekorten en een veranderde zorgvraag in toenemende mate anders gaan werken, bijvoorbeeld meer in multidisciplinaire teams en met nieuwe beroepen. De RVZ constateerde in dit kader nog verschillende andere knelpunten van

¹⁴ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2017-374.html>

¹⁵ U-Today (2012). Professional op het snijvlak van techniek en geneeskunde. Geraadpleegd op 12-8-2020 via https://www.utoday.nl/news/50172/professional_op_het_snijvlak_van_techniek_en_geneeskunde

¹⁶ Het verrichten van heelkundige handelingen, katheterisaties, puncties, het geven van injecties en handelingen waarbij gebruik gemaakt wordt van radioactieve stoffen/toestellen die ioniserende straling uitzenden.

¹⁷ de Haan, M., Bessems-Beks, M, van Eijk-Hustings, Y., Dirksen, C. & Vrijhoef, B. (2018). Eindrapportage Evaluatieonderzoek Artikel 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de klinisch technoloog. Maastricht, Maastricht UMC+.

¹⁸ Bruins, B. (2018, 14 mei). Beleidsreactie evaluatieonderzoek art. 36a klinisch technoloog. [Kamerbrief]

de huidige wet BIG¹⁹. Zo kan het onduidelijker worden voor patiënten met welke zorgprofessional zij te maken hebben en welke bevoegdheden deze persoon heeft, ligt de eindverantwoordelijkheid van een (tegenwoordig) groter en diverser team maar bij een beperkt aantal zorgverleners en willen steeds meer beroepen toegevoegd worden aan het BIG-register wat leidt tot concurrentie in plaats van samenwerking. Ook sluit de wet BIG inhoudelijk niet altijd aan, bijvoorbeeld als het gaat om technologische beroepen die (weliswaar zonder direct patiëntcontact) ook risicovolle handelingen uitvoeren en in het geval van superspecialisatie of juist overlap in deskundigheidsgebieden waarbij de standaard beschrijving van voorbehouden handelingen niet altijd aansluit.

Diversiteit aan taakherschikking

De diversiteit van taakherschikking in Nederlandse (en buitenlandse) zorgdomeinen is groot en er zijn verschillende manieren om onderscheid te maken in de variatie in taakverschuivingen in de zorg. Een onderscheid dat regelmatig wordt gemaakt is het verschil tussen verticale en horizontale substitutie. Deze typen worden ook onderscheiden in het capaciteitsramingsmodel dat het Nivel heeft ontwikkeld samen met het Capaciteitsorgaan²⁰. Taakverschuivingen tussen professionals met eenzelfde opleidingsniveau valt hierbij onder horizontale substitutie, terwijl bij verticale substitutie sprake is van verschuiving van werk naar professionals met een ander opleidingsniveau.

Eén van de belangrijkste voorbeelden van horizontale substitutie is de verschuiving van medisch specialistische zorg naar de huisarts (taakherschikking van de tweede naar eerste lijn), bijvoorbeeld als het gaat om diabeteszorg²¹, kleine chirurgische handelingen, ECG diagnostiek²² en zorg voor patiënten die sneller dan vroeger uit het ziekenhuis worden ontslagen²³. In de afgelopen jaren is actief op taakherschikking van medisch specialisten naar huisarts ingezet middels beleid²⁴ en in 2018 is 75 miljoen euro beschikbaar gesteld om deze vorm van taakherschikking verder mogelijk te maken²⁵. Echter wordt steeds meer gedacht dat het maximum is bereikt in wat mogelijk is qua substitutie van medisch specialisten naar huisartsen²⁶. Ook taakverschuiving tussen medisch specialisten komt voor en valt onder horizontale substitutie. Zo overlappen de typen werkzaamheden van MDL-artsen en internisten voor een deel²⁷ en komt verschuiving tussen de specialismen heilkunde en neurochirurgie en orthopedie voor. Deze vorm van taakherschikking komt echter beperkt voor (4 tot 8 procent van de totale omzet), blijkt uit onderzoek uit 2016²⁸.

¹⁹ Raad van Volksgezondheid en Samenleving (RVS) (2019). Advies - de B van 'Bekwaam'. Naar een toekomstbestendige Wet BIG.

²⁰ Capaciteitsorgaan (2013). Thesaurus: ramingsbegrippenlijst. Utrecht: Capaciteitsorgaan, 2013.

²¹ Struijs, J., Mohnen, S. M., Molema, C. C. M., De Jong-van Til, J. T., & Baan, C. A. (2012). Effect van integrale bekostiging op curatieve zorgkosten: Een analyse voor diabeteszorg en vasculair risicomanagement op basis van registratiebestanden Vektis, 2007-2010.

²² Vektis (2018). Welke verrichtingen worden het meest door huisartsen gedaan? Geraadpleegd op 26 november 2018 op

<https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/huisartsenzorg/huisartsenzorg/welke-verrichtingen-worden-het-meest-door-huisartsen-gedaan/>

²³ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan

²⁴ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023: Deelrapport 1 Medische specialismen, klinische technologische specialismen, spoedeisende geneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan

²⁵ LHV(2017). Akkoord bereik over bekostiging huisartsenzorg 2018. Geraadpleegd op 12-8-2020 via <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/akkoord-bereikt-over-bekostiging-huisartsenzorg-2018>

²⁶ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan

²⁷ Velden, L. van der, Batenburg, R. Schatting onvervulde vraag MDL-artsen. www.nivel.nl: NIVEL, 2015.

²⁸ Twynstra Gudde en SiRM. Eindrapportage Productafbakening ziekenhuiszorg. Den Haag, november 2016

Een belangrijk voorbeeld van verticale substitutie is inzet van de PA en VS. Hiervoor is de laatste jaren veel aandacht en zodoende wordt er ook onderzoek gedaan naar de (effecten van) inzet van deze beroepsgroepen in verschillende sectoren^{29 30 31}. Er zijn echter ook andere voorbeelden te bedenken van verticale substitutie, zoals van dermatologen naar huidtherapeuten, oogartsen naar optometristen of gynaecologen naar klinisch verloskundigen³². Ook buiten de ziekenhuiszorg vindt verticale substitutie plaats, bijvoorbeeld van bedrijfsartsen naar casemanagers of bedrijfsverpleegkundigen³³, in de huisartsenzorg van huisartsen naar verschillende ondersteunende beroepen zoals POH's en praktijkverpleegkundigen³⁴ en in de mondzorg van tandartsen naar mondhygiënist³⁵.

Een andere belangrijke factor die een rol speelt binnen de bestaande diversiteit aan taakherschikking is de overdracht van de eindverantwoordelijkheid over bepaalde taken. Bij taakdelegatie houdt degene die delegeert de eindverantwoordelijkheid over de behandeling, terwijl bij taakherschikking deze eindverantwoordelijkheid ook wordt overgedragen. Het begrip eindverantwoordelijkheid kan voor onrust zorgen in beroepsgroepen waar taakherschikking een rol speelt, onder andere doordat degene die delegeert vertrouwen zal moeten krijgen in de bekwaamheid van degene naar wie taken worden overgedragen. Juridisch gezien is bij delegatie iedere professional verantwoordelijk voor zijn of haar eigen aandeel in het zorgproces. Degene die taken delegeert is verantwoordelijk voor het goed geven en leiden van de opdracht (bekwaamheidsinschatting, toezicht houden waar nodig, geven van aanwijzingen e.d.), terwijl voor de daadwerkelijke uitvoering van de handeling degene naar wie gedelegeerd wordt verantwoordelijk is³⁶. Taakdelegatie gaat soms vooraf aan taakherschikking. In de praktijk worden taken dan al gedelegeerd aan andere professionals, waarna soms wettelijke bevoegdheden van een beroepsgroep worden uitgebreid (bijvoorbeeld door gebruik te maken van experimenteerartikel 36a).

Het blijkt dus dat taakherschikking of verschuiving erg divers is, qua beroepen waarbij het voorkomt (horizontale en verticale substitutie), over verschillende sectoren en in verschillende vormen (taakverschuiving, delegatie of herschikking). Ook in de oorzaken of aanleidingen voor taakherschikking zit veel diversiteit. Zo is het vaak zo dat er een tekort aan bepaalde beroepsgroepen (voornamelijk medisch specialisten) ten grondslag ligt aan het ontstaan van taakherschikking, bijvoorbeeld bij specialisten ouderengeneeskunde³⁷. Ook kunnen het reduceren van kosten en het bieden van de juiste zorg op de juiste plek redenen zijn voor taakherschikking (goede voorbeelden hiervan vinden we bij taakherschikking van tweede naar eerste lijn en binnen de huisartsenzorg).

²⁹ Kleven, P., Leferink, N., van den Brink, G. & Kouwen, A. (2019). De financiële effecten van taakherschikking: Een hermeting gericht op de effecten van de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten in financieel-economisch perspectief. Radboudumc: Nijmegen.

³⁰ Timmermans, M.J.C., Laurant, M.G., Vught, J.A.H. van. (2016). De Effecten van het inzetten van Physician Assistants in de functie van zaalarts. Nijmegen: Scientific Institute for quality of healthcare (IQ healthcare), Radboud universitair medisch centrum.

³¹ Jansen, P., & Schutte, S. (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg: Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS-en. Totaalbeeld van vijf sectorale deelrapporten. Enschede: Bureau HHM.

³² Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023: Deelrapport 1 Medische specialismen, klinische technologische specialismen, spoedeisende geneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan

³³ Batenburg, R. S., Versteeg, S. E., & Dute, J. C. J. (2017). Kansen van taakdelegatie en taakherschikking in de bedrijfsgezondheidszorg.

³⁴ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan

³⁵ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023: Deelrapport 3b Eerstelijns Mondzorg: Tandartsen, Mondhygiënist . Utrecht: Capaciteitsorgaan

³⁶ Batenburg, R. S., Versteeg, S. E., & Dute, J. C. J. (2017). Kansen van taakdelegatie en taakherschikking in de bedrijfsgezondheidszorg.

³⁷ Lovink, M., Van Vught, A., Van den Brink, G., & Laurant, M. (2017). Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Nijmegen: Radboudumc, IQ Healthcare, HAN.

Secundaire analyse capaciteitsplannen

Het capaciteitsorgaan publiceert sinds 1999 voor een groot aantal medische en tandheelkundige (vervolg)opleidingen in Nederland een instroomadvies om de arbeidsmarkt van artsberoepen in evenwicht te houden of te krijgen. Dit instroomadvies wordt gebaseerd op een uitgebreid capaciteitsramingsmodel waarin ook de factor 'verticale substitutie' wordt meegenomen. Deze factor wordt bepaald op basis van secundair onderzoek en expert-inschattingen. Voor elk artsberoep wordt nagegaan of er in de toekomst sprake zal zijn van taakherschikking naar lager opgeleide beroepen en hoeveel impact dit heeft op de benodigde capaciteit in de toekomst.

De meest recente taakherschikking-inschattingen die het Capaciteitsorgaan heeft uitgevoerd betreffen 2019. Tabel 3.1 geeft een overzicht van de schattingen die voor de raming van 34 artsberoepen in 2019 gebruikt zijn. Daarbij wordt ook vermeld naar welke andere beroepen de taakherschikking (verticale substitutie) naar verwachting zal plaats vinden.

Wat opvalt is dat bij veel beroepen de PA en VS wordt genoemd als beroepen waarnaar herschikking zal plaats vinden. Dit heeft te maken met het ziekenhuis-domein waarin veel van deze beroepen werkzaam zijn. De hoogste inschatting is gemaakt voor de cardio-thoracaal chirurgen, waar 0,5% minder zorgvraag per jaar verwacht wordt als gevolg van het overnemen van taken door POH's, PVH's, VS-en en PA's. Voor de andere medisch specialisten liggen de inschattingen iets lager, maar altijd nog 0,4% à 0,3% per jaar voor acht relatief grote specialismen zoals de oogheelkunde, heelkunde, interne geneeskunde en psychiatrie.

Tabel 3.1 Overzicht inschatting verticale substitutie van 34 artsberoepen in 2019

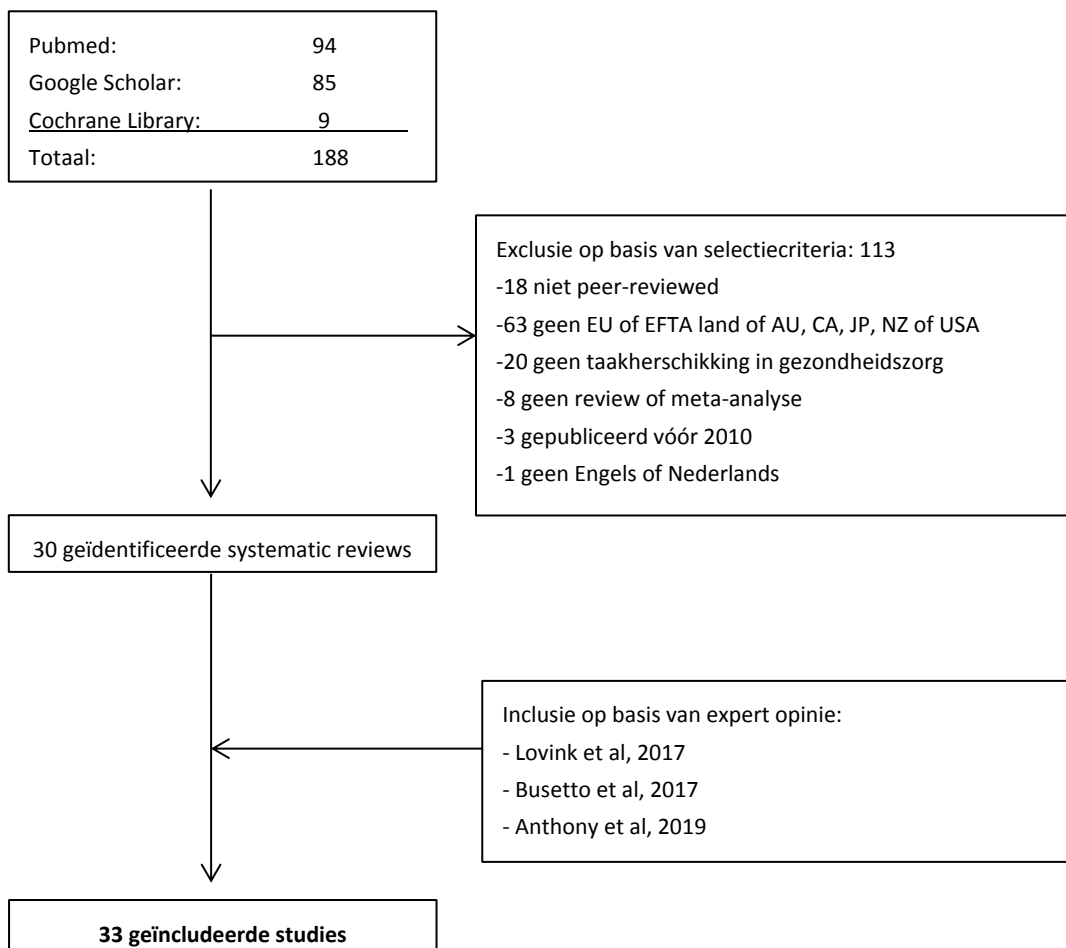
Beroep	Beroepen naar wie herschikt wordt	Inschatting
- Specialist ouderengeneeskunde	PA/VS	-1,0%
- Huisartsen	POH's, PVH, PA/VS	-0,6%
- Cardio-thoracale chirurgie	PA/VS	-0,5%
- Kl. Genetica	PA/VS, genetisch consulenten, casemanagers	-0,5%
- Oogheelkunde	Optometrist, PA	-0,5%
- Heelkunde	PA/VS	-0,4%
- Interne geneeskunde	PA/VS	-0,4%
- Klinische fysica	biomedisch technologen, technisch geneeskundigen	-0,4%
- Neurologie	PA/VS	-0,4%
- Orthopedie	PA/VS	-0,4%
- Psychiatrie	VS-GGZ	-0,4%
- Anesthesiologie	PA, anesthesiemedewerkers	-0,3%
- Cardiologie	PA/VS	-0,3%
- Dermatologie	PA/VS, paramedische vakken	-0,3%
- Keel-neus-oorheelkunde	PA/VS	-0,3%
- Kindergeneeskunde	PA/VS	-0,3%
- Klinische chemie	PA, managers	-0,3%
- Kl. Geriatrie	PA/VS, POH ouderengeneeskunde	-0,3%
- Maag-darm-leverziekten	PA/VS, verpleegkundig endoscopisten	-0,3%
- Obstetrie/gynaecologie	PA/VS	-0,3%
- Pathologie	analisten, pathassers, PA	-0,3%
- Radiologie, incl nucl.gen.	PA, laboranten	-0,3%
- Spoedeisende eerste hulp	PA	-0,3%
- Urologie	PA	-0,3%

Beroep	Beroepen naar wie herschikt wordt	Inschatting
- Arts Verstandelijk gehandicapten	PA/VS, praktijkverpleegkundige	-0,2%
- Longgeneeskunde	PA/VS	-0,2%
- Neurochirurgie	PA/VS	-0,2%
- Plastische chirurgie	PA/VS	-0,2%
- Radiotherapie	PA	-0,2%
- Reumatologie	VS	-0,2%
- Revalidatiegeneeskunde	PA/VS	-0,2%
- Ziekenhuisfarmacie		-0,2%
- Medische microbiologie	PA/VS, infectiepreventiemedewerkers	-0,1%
- Sportgeneeskunde	fysiotherapeuten, manueel therapeuten PA	-0,1%

3.2 Wetenschappelijke literatuur

Een totaal van 30 publicaties werd geïdentificeerd op basis van de systematische zoekstrategie; 3 aanvullende systematic reviews werden door experts toegevoegd. Figuur 3.1 toont een flow diagram van het selectieproces. Het hoge aantal exclusies op basis van geografische locatie heeft te maken met het feit dat veel reviews en meta-analyses zijn verricht naar taakherschikking binnen de HIV-zorg in lage- en middeninkomen landen.

Figuur 3.1. Flow diagram selectieproces



Kenmerken van systematic reviews over taakherschikking

In totaal werden 33 publicaties geïnccludeerd. Omdat één publicatie niet in full-tekst tot onze beschikking staat, werden 32 publicaties geanalyseerd, zie **bijlage B2**. De meest voorkomende vorm van taakherschikking die in de wetenschappelijke literatuur wordt besproken betreft het voorschrijven door niet-artsen (n=14), in de meeste gevallen het voorschrijven door verpleegkundigen of apothekers. Daarnaast vormt in veel publicaties 'taakherschikking', zonder nadere specificatie, de interventie van analyse (n=9).

Wat betreft settings hebben de meeste publicaties betrekking op taakherschikking binnen de eerste lijn (n=13), gevolgd door taakherschikking binnen alle zorgsettings (n=12), de tweede lijn (n=6) en taakherschikking binnen de GGZ (n=3).

De zorgverleners naar wie het vaakst taken worden herschikt zijn verpleegkundigen (in 18 van de geïnccludeerde interventies), gevolgd door apothekers (in 11 van de interventies). Daarnaast worden taken herschikt naar een verscheidenheid aan andere zorgverleners, waaronder paramedici en verloskundigen. De professie van waaruit het vaakst taken worden herschikt, ofwel de professie die de gebruikelijke zorg levert, zijn artsen (in 28 van de geïnccludeerde interventies). Opvallend genoeg worden er in drie interventies ook taken herschikt van verpleegkundigen of apothekers naar ander zorgpersoneel. Voor beide beroepsgroepen geldt dus dat zij vaak nieuwe taken krijgen toebedeeld maar op beperkte schaal ook voor hen gebruikelijke taken herschikken richting andere zorgverleners.

Aanleiding, effecten en determinanten van taakherschikking

Uit de literatuurstudies volgt een veelheid van aanleidingen, effecten en bevorderende en belemmerende factoren voor taakherschikking.

Een veel gerapporteerde aanleiding voor het inzetten en onderzoeken van taakherschikking is het oplopend tekort aan artsen, de vergrijzing, de toename van prevalentie van chronische aandoeningen en de noodzaak om de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg te verbeteren.

Effecten van taakherschikking worden met name gerapporteerd in studies naar het voorschrijven door niet-artsen, met name verpleegkundigen en apothekers. Hieruit blijkt dat getrainde verpleegkundigen en apothekers, voor bepaalde lichamelijke klachten en voor chronische aandoeningen, dezelfde of mogelijk zelfs betere kwaliteit van zorg bieden in vergelijking met artsen. Ook bereiken ze gelijke of betere gezondheidsresultaten voor patiënten en behalen verpleegkundigen een hogere mate van patiënttevredenheid in vergelijking met artsen. Het wetenschappelijk bewijs voor deze effecten is echter over het algemeen laag tot matig. Naast deze positieve bevindingen zijn er aanwijzingen dat verpleegkundigen en apothekers meer tijd voor deze taken nemen dan artsen en dat artsen aanzienlijk veel tijd kwijt zijn met training en supervisie. Voordelen van taakherschikking die worden beschreven in de systematic reviews zijn: verbeterde toegang voor patiënten tot gezondheidszorg, betere resultaten voor de patiënt, beter gebruik van de vaardigheden en kennis van verpleegkundigen en apothekers, verbeterde werktevredenheid voor verpleegkundigen en apothekers en verminderde werkdruk voor artsen.

Factoren die in systematic reviews naar voren komen als van fundamenteel belang voor het slagen van taakherschikking zijn adequate opleiding, voortdurende professionele ontwikkeling en klinische supervisie van de beroepsgroep waar taken naar worden herschikt. Ook worden factoren als teamwork; ondersteuning; communicatie en evaluatie; respect en medewerking van artsen; ervaren leiders; duidelijke rollen; adequate prikkels; professionele verantwoording en het stellen van grenzen; veiligheidsbewustzijn; rolbehoud; machtsverschuivingen en interprofessionele relaties; en de cultuur van voorschrijven genoemd.

Specifiek op het gebied van GGZ wordt de investering in het opleiden van niet-gespecialiseerd personeel als effectieve strategie gerapporteerd om het aanbod en de capaciteit te vergroten, kennis te verbeteren, evenals houding, vaardigheid en vertrouwen van gezondheidswerkers.

Op organisatorisch vlak worden wettelijke bescherming en aansprakelijkheden en het regelgevingskader geïdentificeerd als belangrijke factoren om rekening mee te houden bij nieuwe taakherschikkingsinitiatieven. Ook financiële ondersteuning wordt gezien als een belangrijke factor bij het stimuleren van taakherschikkingsinitiatieven. Tot slot wordt in diverse systematische reviews opgeroepen tot een herontwerp van het zorgproces om taakherschikkingsinitiatieven te ondersteunen.

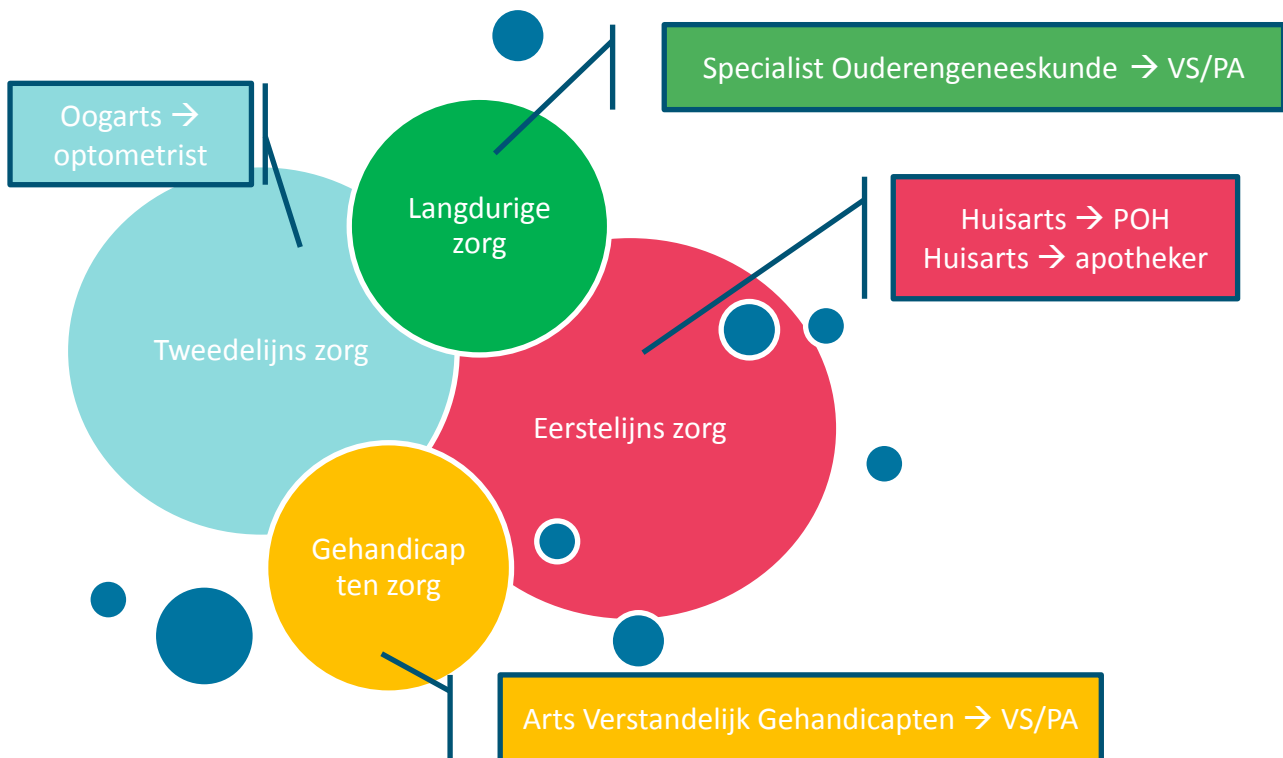
Een belangrijke boodschap in diverse studies is het gebrek aan goede data voor economische evaluaties van taakherschikking, zodat een afweging kan worden gemaakt of het anders organiseren van zorg ook kosteneffectief is.

In **bijlage B2** zijn alle referenties en samenvattingen van de systematische reviews opgenomen.

4 Resultaten verdiepende casestudies

Keuze van de verdiepende cases

Op basis van de voorgaande inventarisatie en in overleg met de opdrachtgever is een keuze gemaakt voor een diverse selectie van 5 verdiepende cases. Hieronder wordt de keuze voor iedere casus kort toegelicht.



De casus *huisarts* → *POH* is gekozen vanwege de unieke lange historie en succesvolle resultaat (de vestiging van een POH in vrijwel iedere Nederlandse huisartsenpraktijk).

Ook binnen de eerstelijns zorg, maar minder voor de handliggend is de keuze voor de casus *huisarts* → *apotheker*. Deze casus is gekozen vanwege de grote hoeveelheid wetenschappelijke, buitenlandse literatuur die geïdentificeerd is in fase 1 van dit onderzoek.

Vervolgens is gekozen voor de casus *specialist ouderengeneeskunde* → *VS/PA*, vanwege het grote belang van deze groeiende groep van zorgverleners en zorgbehoevenden.

De casus *Arts Verstandelijk Gehandicaptten* → *VS/PA* is gekozen vanwege de relatief nieuwe initiatieven in het veld.

En tot slot is de casus *oogarts* → *optometrist* gekozen vanuit langlopende initiatieven en de rol van technologische ontwikkelingen, waarbij steeds meer zorg door professionals kan worden gedaan die minder gespecialiseerd en hoog opgeleid zijn, maar wel de benodigde apparatuur kunnen gebruiken en interpreteren om dezelfde zorg te verlenen.

4.1 Casus 1: Huisarts – POH

Samenvatting

Taakherschikking van huisarts naar POH is grotendeels een voorbeeld van een geslaagd taakherschikkingsinitiatief: de POH is goed geïntegreerd in de huisartsenzorg. Bijna alle huisartsenpraktijken (93%) hebben een POH in dienst. De komst van de POH heeft de kwaliteit van zorg voor patiënten met een chronische ziekte verbeterd, en het samenwerken tussen praktijken en met andere eerstelijnszorgverleners bevordert. Vanwege de toegenomen zorgvraag in de eerstelijns is de werkdruk onder huisartsen echter niet gedaald.

Met de verwachte toename van het aantal chronische patiënten, zal de rol van POH alleen maar belangrijker worden. De ervaren tekorten aan stageplaatsen vormen een risico voor het aanbod aan voldoende POH's³⁸. De belemmerende en bevorderende factoren zijn samengevat in figuur 4.1.

Figuur 4.1 Evaluatie (SWOT-analyse) taakherschikking huisarts naar POH

	Positieve factoren	Negatieve factoren
Interne factoren	<p>Sterktes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Draagvlak onder huisartsen(organisaties) en zorgverzekeraars • Vroeg in het proces zijn formele afspraken gemaakt • Beroepsverenigingen die de belangen van de POH behartigen 	<p>Zwaktes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tijd lang onduidelijkheid m.b.t. taakomschrijving en afbakening • Bekostigingsstructuur niet solide
Externe factoren	<p>Kansen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taakomschrijving en afbakening nu helder geformuleerd • De verdere toename van het aantal chronisch patiënten (somatiek) en psycho-sociale problematiek (GGZ) 	<p>Bedreigingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komst van een nieuwe functie die mogelijk de functie van POH mogelijk overbodig ging maken • Te weinig stageplaatsen, (dreigende) tekorten

Aanleiding

De huisartsenzorg is een belangrijke pijler van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Vanuit het beginsel dat een sterke eerste lijn bijdraagt aan de betaalbaarheid, toegankelijkheid, en kwaliteit van de zorg, vervullen huisartsenpraktijken een expliciete poortwachtersfunctie³⁹. Door zoveel mogelijk klachten, aandoeningen en ziekten op een laagdrempelige en relatief kosteneffectieve manier te behandelen en 'af te vangen', wordt voorkomen dat teveel patiënten worden behandeld in de relatief duurder tweede lijn. Deze substitutie van zorg van de eerste naar de tweede lijn heeft zich in Nederland steeds verder ontwikkeld en geleid tot een groeiend beroep op de huisartsenzorg⁴⁰. Daarnaast vervult de huisartsenzorg een coördinerende rol binnen de eerste lijn, in de verbinding tussen de zorg en het sociale domein, en op het terrein van preventie en populatiemanagement. De

³⁸ Batenburg, R., Bosmans, M., Versteeg, S., Vis, E., Van Asten, B., Vandermeulen, L., & Van der Kruis L. (2018). Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg. Utrecht: Nivel/Prismant

³⁹ Flinterman, L., Groenewegen, P., Verheij, R. Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn. Utrecht: Nivel, 2018.

⁴⁰ Dijk, C.E. van, Korevaar, J.C., Jong, J.D. de, Koopmans, B., Dijk, M. van, Bakker, D.H. de. Kennisvraag: ruimte voor substitutie? Verschuivingen van tweedelijns- naar eerstelijnszorg. Utrecht: NIVEL, 2013.

huisartspraktijk is een verbindende schakel tussen de wijkverpleging, apothekers, fysiotherapeuten, diëtisten, verloskundigen, tandartsen en algemeen maatschappelijk werk⁴¹. Ook deze functie en dit takenpakket van huisartsenzorg is in Nederland de laatste decennia aanzienlijk uitgebreid.

Om de huisartsenzorg toegankelijk en (toekomst)bestendig te houden is de capaciteit en teamsamenstelling van huisartsenpraktijken uitgebreid door onder andere taakherschikking en taakdelegatie naar steeds meer 'ondersteunende functies'. Naast doktersassistenten die sinds het bestaan van praktijken een belangrijke ondesteunende functie vervullen, hebben sinds eind jaren 90 van de vorige eeuw de praktijkondersteuners huisartsenzorg (POH's)⁴² hun intrede gedaan. POH's bieden zelfstandig medisch inhoudelijke zorg aan specifieke groepen patiënten met chronische aandoeningen en aan ouderen⁴³. Hun taken richten zich op preventie, begeleiding, monitoring en het bieden van voorlichting en educatie m.b.t. het omgaan met deze chronische aandoeningen en de gevolgen daarvan. Vaak zijn POH's gespecialiseerd in één specifieke aandoening zoals diabetes, astma/COPD, cardiovasculaire aandoeningen of ouderenzorg. De keuze voor het aantrekken van een POH en op welke patiëntgroep(en) ondersteuning van een POH nodig is, ligt bij de praktijkhouder (meestal de huisarts). Sinds 2001 is deze beroepsgroep gegroeid van ongeveer 100 fte⁴⁴ tot ruim 3.000 fte in 2018⁴⁵. Inmiddels zijn POH's werkzaam in bijna alle praktijken (93% volgens praktijk enquête 2019, 88% in 2018), waar zij 13% van de totale capaciteit - uitgedrukt in fte - binnen de huisartsenzorg op zich nemen. In de ruim 20 jaar sinds het ontstaan van de functie is deze dus een cruciaal onderdeel geworden van de huisartsenzorg en is niet meer weg te denken. Binnen Nederland is de taakherschikking van huisarts naar POH één van de voorbeelden van taakherschikking met een relatief lange geschiedenis en een grote mate van succes. Juist daarom is het goed om dieper in te gaan op de ontstaansgeschiedenis, de directe aanleiding(en) en welke factoren bevorderend en belemmerend hebben gewerkt.

Ontstaansgeschiedenis

Ingegeven door de stijgende zorgvraag van de bevolking en de hiervoor geschetste substitutie van zorg naar de eerste lijn vonden halverwege de jaren negentig van de vorige eeuw de eerste experimenten plaats met praktijkverpleegkundigen binnen de huisartsenpraktijk. Op verschillende manieren werden verpleegkundigen in Nederlandse huisartsenpraktijken ingezet, zowel ter ondersteuning van de huisarts als om de samenwerking met de wijkverpleging te verbeteren⁴⁶. In 1999 werd een convenant afgesloten tussen het ministerie van VWS en de LHV waarbij de term 'praktijkondersteuner op HBO-niveau' (POH) formeel werd geïntroduceerd. Hierin werd het mogelijk gemaakt om praktijkondersteuners in dienst te nemen door het vastleggen van een tarief voor hun werkzaamheden. Ook werden de eerste HBO-opleidingen voor praktijkondersteuner opgestart. De noodzaak om formele afspraken te maken t.a.v. deze nieuw in het leven geroepen functie kwam

⁴¹ Flinterman, L., Groenewegen, P., Verheij, R. Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn. Utrecht: Nivel, 2018.

⁴² Heiligers, P.J.M., Noordman, J., Korevaar, J.C., Dorsman, S., Hingstman, L., Dulmen, A.M. van, Bakker, D.H. de. Kennisvraag: praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst? Utrecht: NIVEL, 2012.

⁴³ Veel beleids- en praktijkgerichte informatie, publicaties en onderzoek over taakherschikking in de huisartspraktijk (en ook de rol van de POH hierin) wordt gepresenteerd op de website van de Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH), <https://www.stichtingkoh.nl/taakherschikking/onze-publicaties/>.

⁴⁴ Heiligers, P.J.M., Noordman, J., Korevaar, J.C., Dorsman, S., Hingstman, L., Dulmen, A.M. van, Bakker, D.H. de. Kennisvraag: praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst? Utrecht: NIVEL, 2012.

⁴⁵ Batenburg, R., Bosmans, M., Versteeg, S., Vis, E., Van Asten, B., Vandermeulen, L., & Van der Kruis L. (2018). Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg. Utrecht: Nivel/Prismant.

⁴⁶ Welling, B.J.M., Delnoij, D.M.J., Bakker, D.H. de, De praktijkverpleegkundige in Nederland. Utrecht: nivel, 1997.

desrijds voort uit de behoefte vanuit de huisartsenzorg om meer en betere praktijkondersteuning⁴⁷. Het convenant werd gesloten met het oog op drie doelen:

- Verbeteren van de kwaliteit van zorg voor patiënten met een chronische aandoening;
- verminderen van de werklast van huisartsen;
- stimuleren van samenwerking tussen huisartsenpraktijken.

Dit covenant heeft na 1999 ongetwijfeld bijgedragen aan een steeds sneller groeiend aantal en aandeel POH's in de huisartsenpraktijk; maar ook heeft het sterk toegenomen zorggebruik in de eerste lijn en de uitbeiding van de taken en domeinen van de huisartsenzorg daaraan bijdragen. Juist de toename van het aantal patiënten met twee of meerdere chronische aandoeningen, en patiënten met psycho-sociale problematiek, kon worden opgevangen door de inzet van POH's somatiek en POH's GGZ.

Zou 'de POH' als een geslaagd voorbeeld van taakherschikking kunnen worden beschouwd, het proces daarnaar toe kent echter ook een geschiedenis van knelpunten en tegenslagen. Dit beschrijven we kort in de volgende paragraaf.

Belemmerende factoren

Aanvankelijk liep het introduceren van de POH in de huisartsenpraktijk minder snel dan verwacht⁴⁸. Deze knelpunten en tegenslagen hebben hoofdzakelijk te maken met verschillende onduidelijkheden die speelden m.b.t. de verantwoordelijkheden en taken van POH's en welke kwalificaties zij moesten hebben. Hierdoor ontstond een grote diversiteit aan taken en niveauverschillen binnen de functie van POH⁴⁹. Het competentieprofiel – uitgeschreven in 2001- is dan ook verschillende keren aangepast en aangevuld (in 2004, 2012 en 2017).

Er was zelfs een tijd lang onduidelijkheid m.b.t. het voortbestaan van de functie van POH. In 2011 brachten LHV en NHG namelijk een vernieuwd gezamenlijk standpunt uit m.b.t. ondersteunende functies in de huisartsenpraktijk⁵⁰. Hierin stond dat het praktijkteam bestaat uit huisarts, praktijkverpleegkundige en doktersassistente. De functie van POH zou op termijn vervangen moeten worden door die van generalistisch praktijkverpleegkundige, om de functie naar het niveau van HBO-verpleegkundige te tillen. Dit leidde tot veel onzekerheid m.b.t. het voortbestaan van de functie, de opleiding, en het arbeidsmarktperspectief na het afronden van de opleiding. Er ontstond arbeidsmarktkrapte door het tijdelijk stilleggen van de opleiding ten gunste van de opleiding praktijkverpleegkundige. Aan deze onzekerheid is in 2016 een einde gekomen met het Akkoord POH-S transitie in 2016⁵¹. Hierin werd een duidelijk onderscheid gemaakt wat betreft competenties en verantwoordelijkheden van zowel POH's als PVK, waardoor beide functies naast elkaar kunnen blijven bestaan.

Een andere belemmerende factor is de bekostiging van POH's. Aanvankelijk zouden zij gefinancierd worden vanuit de besparingen binnen de huisartsenzorg door de introductie van het Elektronisch Voorschrift Systeem. Omdat deze besparing uitbleef weigerde een deel van de zorgverzekeraars nog langer voor de POH te betalen. Dit leidde tot sterke regionale verschillen. Met de stelselwijziging in 2006 werd de financiering landelijk georganiseerd d.m.v. een tarief per ingeschreven patiënt plus een tarief per consult. Door de integrale bekostiging van diabetes, cardiovasculair risicomanagement en

⁴⁷ LHV. 1995. De wereld verandert en de huisarts verandert mee. Utrecht: LHV.

⁴⁸ Berg, M. van den, Bakker, D. de. Meta-analyse: Introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland. Utrecht: niveL, 2003.

⁴⁹ Sikkema, G., Profiel van de praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) in de geïntegreerde eerste lijn. Utrecht: Lvg, 2010.

⁵⁰ LVH, NHG, NHG/LHV-standpunt: Het ondersteunend team in de huisartsenvoorzieningen: Actualisering van het NHG/LHV-standpunt 'Ondersteunend personeel in de huisartsenvoorziening' uit 2005. Utrecht, 2011.

⁵¹ Expertgroep POH-transitie. Rapport POH-transitie. Utrecht: NVvPO, V&VN, NVDA, SH, LHV, NHG, InEen, FNV, CNV, 2017.

COPD in 2010 ging deze constructie echter weer op de schop. Vanaf 2011 vond financiering plaats ofwel via integrale bekostiging van zorggroepen of door aparte afspraken tussen huisartsenpraktijken en zorgverzekeraars. Hierdoor werd het inzetten van een POH wederom afhankelijk van onderhandelingen met zorgverzekeraars⁵². Vanaf 2015 werd een nieuw systeem van de bekostiging van de huisartsenzorg opgezet. Sindsdien valt de inzet van de POH binnen 'segment 2: ketenzorg'. Ook deze vrije tarieven zijn echter afhankelijk van onderhandelingen met zorgverzekeraars. Tot slot heeft de opleiding tot POH – net als andere opleidingen in de zorg – te maken met een chronisch tekort aan stageplaatsen⁵³ waardoor het moeilijk is om aan de groeiende vraag naar POH's te voldoen.

Bevorderende factoren

De belangrijkste bevorderende factor voor het succes van taakherschikking van huisarts naar POH is dat rond 2000 'de tijd er rijp voor was'. Door een steeds verder uitbreidend takenpakket (zie hiervoor) en toenemende werkdruk was er onder huisartsen een grote behoefte aan ondersteuning naast de doktersassistent die meer complexe zorgtaken over kon nemen⁵⁴. Het draagvlak voor het creëren van een functie als de POH was dan ook groot. Bovendien was er tegelijkertijd een roep om betere kwaliteit van zorg voor chronisch zieken.

Wat ook heeft geholpen is dat in een relatief vroeg stadium, na slechts een paar jaar en een beperkt aantal experimenten, daadwerkelijk formele afspraken zijn gemaakt m.b.t. het vormgeven en financieren van de nieuw te creëren functie in het convenant. Hierdoor werd het mogelijk voor huisartsenpraktijken om een POH aan te stellen. Ook zorgde dit ervoor dat een formele opleiding tot POH kon worden ingericht waardoor de benodigde POH's opgeleid konden worden om aan de groeiende vraag naar deze functie te kunnen voldoen.

Een andere belangrijke bevorderende factor is het bestaan van beroepsverenigingen die de belangen van de POH behartigen: de NVvPO (Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners) en de V&VN (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland), afdeling Praktijkverpleegkundigen en Praktijkondersteuners. Beiden zijn actief betrokken geweest bij het Akkoord POH-S transitie, die een einde maakte aan de onzekerheid rond het voortbestaan van de functie van POH^{55,56}.

Effecten

In hoeverre zijn de drie hierboven genoemde doelen daadwerkelijk bereikt door het toevoegen van de POH aan de huisartsenpraktijk?

1 Kwaliteit van zorg

Wat betreft het eerste doel, het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor patiënten met een chronische aandoening zijn de uitkomsten duidelijk positief. Vast staat dat de kwaliteit van zorg aan chronische patiënten niet is verminderd door de komst van de POH⁵⁷. Integendeel, vanuit patiëntperspectief is kwaliteit van zorg aan deze patiëntgroep toegenomen. Zo zijn chronische patiënten meer tevreden over de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg^{57 58 59 60}. Dit zal ten dele te danken zijn

⁵² Heiligers, P.J.M., Noordman, J., Korevaar, J.C., Dorsman, S., Hingstman, L., Dulmen, A.M. van, Bakker, D.H. de. Kennisvraag: praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst? Utrecht: NIVEL, 2012.

⁵³ Bukman, B. (2018). Onderzoek naar arbeidsmarkt huisartsenpraktijken. De doktersassistent, 6, 10-11.

⁵⁴ LHV. 1995. De wereld verandert en de huisarts verandert mee. Utrecht: LHV.

⁵⁵ Kernteam Transitiefase POH-s, Eindrapportage project transitiefase POH-s.Tilburg: SSFH, 2015.

⁵⁶ Expertgroep POH-transitie. Rapport POH-transitie. Utrecht: NVvPO, V&VN, NVDA, SH, LHV, NHG, InEen, FNV, CNV, 2017.

⁵⁷ Gezondheidsraad, Taakherschikking in de gezondheidszorg, 2008, Signalement aan de Minister van vWs, Den Haag: Gezondheidsraad, 2008.

⁵⁸ Laurant MGH. Changes in skill mix: the impact of adding nurses to the primary care team. 2007. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.

aan het feit dat de zorg voor chronische patiënten intensiveert in praktijken met een POH^{61 62}. De Gezondheidsraad⁵⁷ concludeert ook dat de zorg voor chronisch patiënten toegankelijker is geworden door de introductie van de POH in de praktijk. De chronische patiënten zelf blijken ook tevreden met de inzet van de POH^{59 60 63}. Uit onderzoek onder chronische patiënten blijkt dat zij de taken van de huisarts en de POH als complementair zien⁶⁴.

2 Verlaging werkdruk

Met betrekking tot het effect van de inzet van POH's op de werkdruk van huisartsen zijn de resultaten van onderzoek anders. Onderzoek laat vrij consistent zien dat de inzet van POH's niet of nauwelijks leidt tot een verlaging van de werkdruk. Dit gaat zowel om de ervaren werkdruk als om de objectieve werkdruk^{65 66 67}.

Dit valt deels te verklaren door het feit dat POH's slechts een klein deel van de totale capaciteit binnen een praktijk uitmaken⁶⁸, maar ook doordat het delegeren van taken weer nieuwe leidinggevende taken met zich meebrengt⁶⁹. Verder blijkt uit onderzoek binnen huisartsenregistraties⁷⁰ dat in praktijken met een POH de zorg voor chronische patiënten intensiveert: ook de huisarts besteedt in deze praktijken meer tijd aan deze patiëntgroep. Deels verricht de POH taken die voorheen niet, of minder uitvoerig werden uitgevoerd⁶⁹. Dit komt de hierboven al beschreven kwaliteit van zorg ten goede, maar gaat ten koste van een verlichting van de werklust. Wellicht de meest belangrijke oorzaak van het uitblijven van een positief effect op de werkdruk van huisartsen is echter dat de vraag naar huisartsenzorg zo hard stijgt dat de vrijgekomen tijd simpelweg weer volloopt zodra een deel van de taken door een andere beroepsgroep wordt overgenomen⁷¹.

⁵⁹ Voogdt-Pruis HR, Beusmans GH, Gorgels AP, Kester AD, Van Ree JW. Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial. *Br J Gen Pract* 2010;60:40-6.

⁶⁰ Berg, M. van den, Bakker, D. de. Metaanalyse: Introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland. Utrecht: nivel, 2003.

⁶¹ Schepman, S., Velden, L. van der, Hansen, J., Batenburg, R., Verheij, R. Maakt de POH het verschil in de huisartsenpraktijk? Arbeidsdeling tussen kwaliteit en werklust? De invloed van de POH op de werklust en kwaliteit in de huisartsenpraktijk. Abstract: Nederlandse Arbeidsmarkt Dag 'Arbeid in crisis? Terugkijken en vooruitzien' 14 oktober 2009, Den Haag, SER.

⁶² Velden L. van der, Hansen J., Hingstman L., Verheij R., Schepman, S. Batenburg, R. Notitie praktijkondersteuning huisartsen. Concept Capaciteitsorgaan 2010. Utrecht: nivel.

⁶³ Heijmans, M., Zuidgeest, M., Sixma, H., Rademakers, J. CQI Keten zorg COPd: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van ketenzorg bij COPd vanuit het perspectief van patiënten. Utrecht: nivel, 2009

⁶⁴ Van Dulmen S. & Noordman, J. (2012) Taken POH en huisarts complementair? *Huisarts & Wetenschap*, 55(6), 272.

⁶⁵ Gezondheidsraad, Taakherschikking in de gezondheidszorg, 2008, Signalement aan de Minister van vWs, Den Haag: Gezondheidsraad, 2008.

⁶⁶ Laurant MGH. Changes in skill mix: the impact of adding nurses to the primary care team. 2007. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.

⁶⁷ Berg, M. van den, Bakker, D. de. Metaanalyse: Introductie praktijkondersteuning p HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland. Utrecht: nivel, 2003.

⁶⁸ Lamkaddem, M., Bakker, D. de, Nijland, A., Haan, J. de. De invloed van praktijkondersteuning op de werklust van huisartsen: een analyse van gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. Utrecht: nivel, 2004.

⁶⁹ Bakker, D.H. de, Lamkaddem, M., Haan, J. de, Nijland, A. Invloed van praktijkondersteuning op werklust van huisartsen. In: *Modern Medicine*, 2005, nr. 8, p. 400-403.

⁷⁰ Schepman, S., Velden, L. van der, Hansen, J., Batenburg, R., Verheij, R. Maakt de POH het verschil in de huisartsenpraktijk? Arbeidsdeling tussen kwaliteit en werklust? De invloed van de POH op de werklust en kwaliteit in de huisartsenpraktijk. Abstract: Nederlandse Arbeidsmarkt Dag 'Arbeid in crisis? Terugkijken en vooruitzien' 14 oktober 2009, Den Haag, SER.

⁷¹ Velden L. van der, Hansen J., Hingstman L., Verheij R., Schepman, S. Batenburg, R. Notitie praktijkondersteuning huisartsen. Concept Capaciteitsorgaan 2010. Utrecht: nivel.

3 Stimuleren van samenwerking tussen huisartsenpraktijken

Om samenwerking tussen huisartsen te stimuleren is bij het sluiten van het convenant in 1999 ook een stimuleringsmaatregel ingesteld. Om in aanmerking te komen voor een vergoeding voor praktijkondersteuning moeten minimaal 3 huisartsen een juridisch vormgegeven samenwerkingsverband vormen met een minimale patiëntenpopulatie van 4500 patiënten. Er is echter weinig bekend over het effect hiervan in de praktijk. Ook wat betreft samenwerking met andere zorgverleners in de eerste lijn bestaat weinig onderzoek⁷². Wel ervaren chronische patiënten zelf een betere samenwerking tussen de huisarts en andere zorgverleners sinds de introductie van de POH^{73 74}.

Lessen uit het buitenland

De positie van de huisarts in Nederland als spil in de zorg en als poortwachter is vrij zeldzaam, maar niet uniek. Een aantal landen kent artsen met een vergelijkbare rol: met name in het Verenigd Koninkrijk, Australië en Nieuw-Zeeland vervullen de general practitioner (GP's) een vergelijkbare rol. Ook daar zijn patiënten ingeschreven bij een vaste arts (de GP), die patiënten behandelt of doorverwijst naar een andere zorgverlener. Omdat vergelijkbare taakherschikking vooral in deze landen aan de orde is, concentreert de internationale literatuur zich ook overwegend op deze landen (inclusief Nederland).

Ook uit de internationale literatuur komt naar voren dat een gedegen opleiding, en een goede samenwerking met de GP belangrijke faciliterende factoren zijn bij het delegeren van zorg voor chronische patiënten naar eerstelijns verpleegkundigen^{75 76}. Een studie naar praktijkverpleegkundigen in het Verenigd Koninkrijk, Nieuw Zeeland en Australië⁷⁷ liet zien dat actief overheidsbeleid gericht op kwaliteit van zorg in de eerste lijn door betere samenwerking (inclusief financiële prikkel) een belangrijke factor is in het structureel inbedden van deze functie in de praktijk: in Nieuw Zeeland en Australië, waar dergelijk beleid ontbreekt, wordt de praktijkverpleegkundige veel minder ingezet. Belemmeringen zijn, net als in Nederland, het ontbreken van een goede financieringsstructuur en onduidelijkheid m.b.t. rollen en verantwoordelijkheden^{75 76 78 79}. Als deze duidelijkheid er wel is, dan werkt dat juist bevorderend⁷⁹. Daarnaast worden het ontbreken van een goede integratie in bestaande zorgprocessen en het ontbreken van gedegen training en opleiding genoemd⁷⁶, factoren die in Nederland geen belemmerende rol hebben gespeeld. Waarschijnlijk is dit te danken aan het feit dat veel vergelijkbare buitenlandse voorbeelden tijdelijke interventies zijn, of

⁷² Berg, M. van den, Bakker, D. de. Meta-analyse: Introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland. Utrecht: Nivel, 2003.

⁷³ Heiligers, P.J.M., Noordman, J., Korevaar, J.C., Dorsman, S., Hingstman, L., Dulmen, A.M. van, Bakker, D.H. de. Kennisvraag: praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst? Utrecht: NIVEL, 2012.

⁷⁴ Heijmans, M., Zuidgeest, M., Sixma, H., Rademakers, J. CQI Ketenzorg COPd: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van ketenzorg bij COPd vanuit het perspectief van patiënten. Utrecht: nivel, 2009

⁷⁵ Halcomb, E.J., Davidson, P.M., Daly, J.P., Griffiths, R., Yallop, J., & Tofler, G. (2005). Nursing in Australian general practice: directions and perspectives. *Australian Health Review*: 29(2): 156–166

⁷⁶ Stephen, C., McInnes, S. & Halcomb, E.J. (2017). The feasibility and acceptability of nurse-led chronic disease management interventions in primary care: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 74 (2), 279-288.

⁷⁷ HOARE K. J. , MILLS J. & FRANCIS K. (2012) The role of government policy in supporting nurse-led care in general practice in the United Kingdom, New Zealand and Australia: an adapted realist review. *Journal of Advanced Nursing* 68(5), 963–980.

⁷⁸ Jakimowicz M., Williams, D., & Stankiewicz, G. (2017). A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice. *BMC Nursing*, 16:6 DOI 10.1186/s12912-016-0198-7.

⁷⁹ McInnes, S., Peters, K., Bonney, A. & Halcomb, E. (2015) An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 1973-1985.

dat de rol van deze verpleegkundigen door individuele artsen of lokale partijen wordt ingevuld. Vaak ontbreken centrale afspraken m.b.t. de invulling van de functie⁷⁵. Veel andere belemmeringen die in de internationale literatuur worden genoemd spelen (zoals het ontbreken van een gerichte opleiding) in Nederland niet. Wel is ook hier een tekort aan verpleegkundigen, en ook aan POH's. Ook in internationale voorbeelden worden het belang dat (door de overheid) wordt gehecht aan betere zorg voor chronische patiënten, efficiencywinst in de huisartsenzorg, en steun door de centrale huisartsenorganisaties als belangrijke facilitatoren genoemd⁷⁵. Daarnaast kan ook de houding van een deel van de huisartsen zelf een belemmerende rol spelen. Zo noemt men^{78,79} het ontbreken van vertrouwen dat deze verpleegkundigen een volledig zorgproces over kunnen nemen als belemmerende factor. Een andere studie⁷⁵ noemt een gebrek aan vertrouwen dat verpleegkundigen een positief effect op de effectiviteit en kwaliteit van zorg kunnen hebben als belemmering. In hoeverre dergelijke sentimenten in Nederland in de beginjaren van de POH een rol hebben gespeeld is niet direct duidelijk. In rapporten en Nederlandstalige artikelen ligt de nadruk op het belang en de noodzaak van de nieuw gecreëerde functie, en wordt hier niet op ingegaan.

4.2 Casus 2: Huisarts – openbaar apotheker

Samenvatting

Taakherschikking tussen huisarts en openbaar apotheker is in Nederland minder ver dan in andere landen. Zo is in een aantal landen (UK, USA, Canada en Nieuw Zeeland) de verantwoordelijkheid van de apotheker, onder druk van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorgsystemen, geëvalueerd naar farmaceutisch zorgverlener, met een variërende rol in het (onafhankelijk) behandelen van patiënten. Experimenten in Nederland, zoals de apotheker-farmacotherapeuten werkzaam in huisartsenpraktijken, laten zien dat ook in Nederland winst te behalen is op het gebied van farmaceutische zorgverlening. De belemmerende en bevorderende factoren zijn samengevat in figuur 4.2.

Figuur 4.2 Evaluatie (SWOT-analyse) taakherschikking van huisarts naar openbaar apotheker

	Positieve factoren	Negatieve factoren
Interne factoren	<p>Sterktes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er is wetenschappelijk bewijs waarmee draagvlak onder huisartsen(organisaties) en zorgverzekeraars kan worden gezocht • Beroepsverenigingen van huisartsen en apothekers zijn goed georganiseerd • Hoge werkdruk en schaarste huisartsen 	<p>Zwaktes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taakomschrijving en afbakening nodig • Organisatie en inbedding van aanvullende opleiding noodzakelijk • Vertrouwen tussen beroepsgroepen moet (verder) worden opgebouwd
Externe factoren	<p>Kansen</p> <ul style="list-style-type: none"> • De verwachte toename van het aantal patiënten met polyfarmacie • Succesvolle voorbeelden uit het buitenland beschikbaar • 	<p>Bedreigingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ontbreken van financieringsstructuur • Gebrek aan tijd en geld

Aanleiding

Binnen de farmaceutische zorg zijn diverse disciplines werkzaam die binnen en tussen organisaties nauw met elkaar samenwerken: (openbaar) apothekers, ziekenhuisapothekers, farmaceutisch consulenten, farmakundigen, pharmacy practicioners, huisartsen en wijkverpleegkundigen. Ook zijn er verschillende typen apotheken (ziekenhuis-, openbare-, poliklinische-, instellings- internet- en dienstapotheken) en organisatievormen ontstaan, waaronder apotheekketens, solitair opererende apotheken of apotheken die samen met andere disciplines georganiseerd zijn binnen een gezondheidscentrum, huisartsenpraktijk of ziekenhuis⁸⁰.

In deze casus richten we ons op de verdergaande samenwerking in de eerstelijns farmaceutische zorg tussen de huisarts en de openbaar apotheker, werkzaam in een openbare apotheek.

Openbaar apotheker

Openbaar apotheker is één van de twee mogelijke specialisaties wanneer de opleiding farmacie succesvol is afgerond en de titel ‘apotheker’ mag worden gevoerd. Een openbaar apotheker is

⁸⁰ https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2017/05/2017_04_20-Capaciteitsplan-OAS-DEFINITIEF-APRIL-2017.pdf

geregistreerd in het BIG-register voor het beroep van apotheker en het specialisme openbaar apotheker.

De openbaar apotheker biedt zelfstandig farmaceutische zorg in de eerste lijn en is verantwoordelijk voor de beschikbaarheid en de kwaliteit van geneesmiddelen, de medicatiebewaking en de begeleiding van patiënten voor een juist gebruik van geneesmiddelen. De openbaar apotheker verleent zorg aan alle (potentiële) gebruikers van geneesmiddelen in de eerste lijn, maar richt zich in het bijzonder op complexe zorg aan kwetsbare groepen zoals ouderen die veel geneesmiddelen gebruiken en mensen met chronische aandoeningen. Ook palliatieve zorg valt onder de verantwoordelijkheid van de openbaar apotheker.

Kenmerkende taken en verantwoordelijkheden van de openbaar apotheker zijn het uitvoeren van medicatiebeoordelingen bij mensen met polyfarmacie, het bevorderen van therapietrouw met motiverende gespreks- en consultvoering, en taken met betrekking tot overdracht van medicatiegegevens, coördinatie en regie van farmaceutische zorg in de wijk, het aansturen van het apotheekteam, het op niveau brengen van de deskundigheid van het apotheekteam en het integreren van vernieuwingen in de farmaceutische zorg.⁸¹

Nederland telt een kleine 2.000 openbare apotheken, waarvan zo'n 95 poliklinische apotheken. 92% van de apotheken is gelieerd aan een keten of formule. Per 1 januari 2017 zijn er 2.552 openbaar apothekers werkzaam in het beroep, waarvan meer dan 75% als gevestigd apotheker, 21% als tweede apotheker en de overige 5% als apotheker in een poliklinische apotheek. Gemiddeld bedient een openbare apotheek zo'n 7100 personen.^{82,83}

Het Capaciteitsorgaan, dat voor openbaar apothekers in 2017 een eerste raming heeft gedaan voor het benodigd aantal instroomplaatsen in de vervolgopleiding openbaar apotheker, geeft aan dat de huidige arbeidsmarkt voor openbaar apothekers in balans is, maar de komende jaren de zorgvraag zal stijgen vanwege een verwachte toename van prevalentie van chronische ziektes, van polyfarmaciepatiënten en vanwege verschuiving van zorg uit het ziekenhuis naar de wijk. Vooral nog is er voldoende belangstelling vanuit de initiële opleiding Farmacie om de benodigde instroom in de vervolgopleiding tot openbaar apotheker te realiseren.⁸⁴

Echter, vanwege de vergrijzing en de daarmee samenhangende verwachte toename van het aantal zorg-intensieve patiënten dat meerdere geneesmiddelen gebruikt, zal het risico op ziekenhuisopnames door medicatie-gerelateerde complicaties toenemen. De openbaar apotheker kan een belangrijke rol vervullen bij het voorkomen van onnodige complicaties en opnames, mits de zorgfunctie van de openbaar apotheker als eerstelijns zorgverlener als zodanig georganiseerd is.

De bekostiging van openbaar apotheken is gekoppeld aan medicatie-uitgifte: de terhandstelling. Dit omvat het geheel aan handelingen die de openbaar apotheker uitvoert die maken dat een patiënt een geneesmiddel ontvangt en vervolgens veilig en effectief kan gebruiken (precieze invulling van terhandstelling is vastgelegd in de prestatiebeschrijving farmaceutische patiëntenzorg van de NZa). Hoewel naast de terhandstelling ook aparte zorgprestaties zijn gedefinieerd, worden deze nauwelijks apart ingekocht door zorgverzekeraars, waardoor 99% van de bekostiging van openbaar apotheken is gebaseerd op de terhandstelling. In een rapport van onderzoeksbureau Sirm uit 2018 wordt gepleit voor een (deels) patiëntgebonden bekostiging van de farmaceutische patiëntenzorg, door inschrijving van patiënten bij een huisapotheek. Het bijbehorende inschrijftarief, waarmee zorginhoudelijke taken van de openbaar apotheker worden gedekt, zou afhankelijk zijn van de

⁸¹ KNMP. Onderbouwing erkenningsaanvraag openbare farmacie. Wetenschappelijke Sectie Openbaar apothekers.

⁸² <https://www.sfk.nl/publicaties/data-en-feiten/data-en-feiten-2019>

⁸³ Stichting Farmaceutische Kengetallen, augustus 2019.

⁸⁴ https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2017/05/2017_04_20-Capaciteitsplan-OAS-DEFINITIEF-APRIL-2017.pdf

zorgzwaarte van de patiënt en buiten het eigen risico vallen om de toegankelijkheid te waarborgen. Deze manier van bekostiging via een inschrijftarief op naam bij een huisapotheek, geïnspireerd op soortgelijke systemen voor chronisch zieken in Schotland en België, zou een aantal voordelen kunnen opleveren: de expliciete behandelrelatie met ingeschreven patiënten waarborgt betere begeleiding; voor andere zorgverleners wordt duidelijk wie de actuele medicatiegegevens beheerd voor deze patiënten, waardoor samenwerking en informatieoverdracht verbeterd worden; de rol van de apotheker in het lokale netwerk en de ketenzorg wordt hierdoor versterkt en innovatie een meer prominente verantwoordelijkheid.⁸⁵

Samenwerking tussen huisarts en apotheker in Nederland

Het NHG-standpunt 'Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg' beschrijft de uitgangspunten en aanbevelingen voor de praktijk op het gebied van farmacotherapeutische zorg. De huisarts is als voorschrijver van geneesmiddelen in de eerstelijnszorg eindverantwoordelijk voor (de keuze van) de medicamenteuze behandeling van de patiënt en voor de door de praktijkassistente/praktijkverpleegkundige voorgeschreven herhaalmedicatie. De huisarts dient te beschikken over een volledig en actueel medicatieoverzicht van de patiënt en een systeem van medicatiebewaking. Het standpunt beschrijft het belang van goede samenwerkingsafspraken tussen huisarts en apotheker op het gebied van de zorg voor een permanent, actueel en compleet medicatieoverzicht, medicatiebewaking, therapietrouw en informatievoorziening aan de patiënt. Het Farmaco Therapeutisch Overleg (FTO) is hiervoor de aangewezen structuur. Het FTO, dat in het begin van de jaren negentig is ontstaan, heeft zich ontwikkeld van een informele overlegstructuur tussen huisartsen en apothekers tot meer professioneel werkende lokale groepen waarin afspraken over voorschrijven worden gemaakt. Vrijwel alle huisartsen en apothekers zijn lid van een FTO-groep, hoewel lokale groepen op verschillende niveaus kunnen functioneren.⁸⁶ Een FTO-groep bestaat uit minimaal 1 apotheker en 3 huisartsen. Het NHG standpunt beschrijft dat in het FTO duidelijke afspraken moeten worden gemaakt over wie waarover voorlichting geeft en dat de voorlichting gelijkkluidend is; over de uitvoering van de herhaalreceptuur, hoe eventueel onjuist gebruik van geneesmiddelen (te veel of te weinig) wordt opgespoord en gecommuniceerd, over diverse aspecten van medicatiebewaking en over de afhandeling van de daaruit voortkomende signalen, over afgiftehoeveelheden en over gesignaleerde therapieontrouw. Het NHG adviseert haar leden om te participeren in een FTO dat functioneert op niveau 3 of 4 en gebruik te maken van eigen prescriptiecijfers.⁸⁷

In toenemende mate werken huisartsen en apothekers samen in zorggroepen; 46% van de apothekers werkt in een vestiging met één of meer huisartsen. Van de huisartsen is 42% samen met een apotheek gevestigd onder één dak. Verder is 33% van de apothekers en 40% van de huisartsen aangesloten bij een zorggroep met zowel huisartsen als apothekers.

Belemmerende en bevorderende factoren

Een onderzoek van het Nivel naar samenwerking tussen huisarts en apotheker in 2016 laat zien dat Nederlandse apothekers graag een grotere rol willen hebben in de zorg voor patiënten, met betrekking tot taken als medicatiebegeleiding en het geven van informatie⁸⁸. Huisartsen staan daar gematigd positief tegenover.

Barrières voor goede samenwerking die worden beschreven in dit onderzoek zijn het gebrek aan goede face-to-face communicatie tussen huisartsen en apothekers waardoor wederzijds vertrouwen in de beroepsgroep kan worden opgebouwd. Ook professioneel begrip en respect voor elkaars

⁸⁵ <https://www.knmp.nl/downloads/rapport-versterking-van-de-zorgfunctie-van-openbaar-apothekers.pdf>

⁸⁶ <https://www.pw.nl/achtergrond/2014/pdf/fto-draagt-wezenlijk-bij-aan-doelmatig-voorschrijven-arts>.

⁸⁷ <https://richtlijnen.nhg.org/medisch-inhoudelijke-nhg-standpunten/farmacotherapiebeleid-de-huisartsenzorg>

⁸⁸ Dijk, L. van, Bouvy, M., Bakker, D. de, Burgt, S. van der, Floor-Schreuderling, A. Samenwerking tussen huisarts en openbaar apotheker: stand van zaken en mogelijkheden voor de toekomst. Utrecht: NIVEL, 2016

expertise zijn factoren die in dit onderzoek zijn geïdentificeerd om samenwerking te verbeteren. Uit de internationale literatuur blijkt dat apothekers soms vinden dat hun vaardigheden onderbenut worden en dat artsen de competenties en expertise van de apotheker niet altijd lijken te kennen. Tot slot laat dit onderzoek zien dat geld en tijd een belemmering is voor verdergaande samenwerking, aangezien samenwerken vooral in de beginperiode tijd kost. Factoren die de samenwerking tussen huisarts en apotheker beïnvloeden zijn het wederzijds vertrouwen, het professioneel respect en begrip voor elkaars expertise. Investeren in laagdrempelig contact en goede onderlinge communicatie is een belangrijk middel om vertrouwen te bevorderen. Vroegtijdige kennismaking, gedurende de opleiding van huisarts en apotheker, kan helpen elkaars expertise te waarderen. Ook gezamenlijke huisvesting werd als sterk bevorderende factor voor samenwerking gezien.^{89, 90, 91}

POINT onderzoek

Hoewel vooralsnog niet op nationaal niveau taakherschikkingsinitiatieven tussen huisarts en apotheker plaatsvinden, toont een langdurig onderzoeksproject veelbelovende mogelijkheden aan. Het POINT onderzoek (Pharmacotherapy Optimization through Integration of a Nondispensing pharmacist in a primary care Team) heeft in de periode 2013-2017 onderzocht of het inzetten van een apotheker binnen een huisartsenpraktijk leidt tot beter geneesmiddelengebruik en minder ziekenhuisopnames door betere samenwerking tussen apotheker en huisarts⁹².

In 10 huisartsenpraktijken werd gedurende 15 maanden een apotheker-farmacotherapeut (AFT) aangesteld die de huisarts veel werk uit handen nam: de AFT nam dossiers door, ging met patiënten in gesprek over hun medicatiegebruik, bood begeleiding bij het afbouwen van medicijnen, controleerde of de door een ziekenhuis voorgeschreven medicatie niet botst met die van de huisarts, bekeek het effect van geneesmiddelen op bijwerkingen en diende als vraagbaak voor collega's in de praktijk. Die situatie werd vergeleken met de situatie in huisartspraktijken die al nauw samenwerkten met apotheken, en met praktijken die dit niet deden. Aangezien het werk van een apotheker-farmacotherapeut wezenlijk anders is dan dat van een apotheker achter de balie volgden alle AFTs een speciaal voor dit doel ontworpen training / opleiding.

Uit het onderzoek bleek dat implementatie van een apotheker-farmacotherapeut in het eerstelijns team de farmacotherapeutische zorg verbetert en tot minder medicatie-gerelateerde ziekenhuisopnames leidt in vergelijking met gebruikelijke zorg. Het aantal ziekenhuisopnames door medicijnen lag er lager, patiënten hadden minder last van bijwerkingen en huisartsen ervaarden de zorg als veiliger dan in de andere praktijken.

Ondanks dat een AFT nog geen officiële functie is en er geen reguliere bekostiging voor is, werkt vijf van de tien AFT's die hebben meegedaan aan het experiment nog altijd in de huisartspraktijk.

De onderzoekers hebben aangetoond dat de inzet van apotheker-farmacotherapeuten in huisartsenpraktijken belangrijke toegevoegde waarde heeft: de zorg voor kwetsbare patiënten (ouderen, chronisch zieken, patiënten met polyfarmacie) wordt veiliger en daarmee kwalitatief hoogwaardiger. Hoewel de AFT niet direct werk weghaalt van de huisarts verschuift wel de verantwoordelijkheid voor medicatie-gerelateerde zorgtaken naar de AFT; waar de huisarts vaak reactief regeert op zorgvragen en klachten van patiënten, heeft de AFT de mogelijkheid proactief zorg te voorkomen door specifieke aandacht voor polyfarmacie.

Problemen die de onderzoekers voorzien bij de opschaling van de rol van AFT's in Nederlandse huisartsenpraktijken zijn de organisatie en financiering van deze beroepsgroep.⁹³

89 https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Samenwerking_huisarts_%20apothek_stand_van_zaken.pdf

90 https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/veilige_principes_in_de_medicatieketen.pdf

91 <https://www.knmp.nl/patientenzorg/samenwerking/lesas/lesa-organisatie-van-zorg-bij-chronische-medicatie>

92 Hazen ACM. Non-dispensing clinical pharmacists in general practice: training, implementation and clinical effects. Utrecht: Utrecht University Repository, 2018 [proefschrift].

93 https://ephor.nl/wp-content/uploads/2018/12/thesis_ankie-hazen_non-dispensing-clinical-pharmacists-in-general-practice.pdf

Vanuit de casus POH hebben we geleerd dat voor het slagen van taakherschikkingsinitiatieven het vroegtijdig draagvlak onder huisartsen(organisaties) en zorgverzekeraars creëren van belang is; ook het in een vroeg stadium maken van formele afspraken over de organisatie van de nieuwe rol (stabiele financieringsstructuur, inbedding van de opleiding, taakomschrijving), in nauwe samenwerking met beroepsverenigingen, is een belangrijke factor in het slagen van de implementatie. Hier ligt een uitdaging voor de AFT.

Lessen uit het buitenland

Er is een grote hoeveelheid buitenlandse wetenschappelijke literatuur op het gebied van taakherschikking tussen huisarts en apotheker. De zoekopdracht naar systematische reviews zoals beschreven in **hoofdstuk 2.2** heeft 11 SRs geïdentificeerd die informatie bevatten over deze vorm van taakherschikking. Het betreft hier vooral onderzoek naar de 'voorschrijvende apotheker'. Hoewel voorschrijven in veel landen een voorbehouden handeling is van artsen en tandartsen, zijn er een aantal landen waar geëxperimenteerd is met het uitbreiden van deze handeling naar andere beroepsgroepen als verpleegkundigen en apothekers. Het Verenigd Koninkrijk (UK) en vooral Schotland loopt voorop voor wat betreft het uitbreiden van de voorbehouden handelingen naar apothekers; zo is 40% van de apothekers er ook geregistreerd voorschrijver, of is bezig met de opleiding voor de registratie. Maar ook in Canada, de VS en Nieuw Zeeland heeft de apotheker een grotere rol in de medicamenteuze behandeling van patiënten dan in Nederland, waarbij de precieze invulling van de rol verschilt per land of zelfs per regio (**Tabel 4.1**).

Tabel 4.1: De voorschrijvende apotheker

Land	De voorschrijvende apotheker
Verenigd Koninkrijk	De apotheker is onafhankelijk voorschrijver, verantwoordelijk en aansprakelijk voor het medisch management van patiënten met (niet-) gediagnosticeerde aandoeningen. Het betreft het voorschrijven van medicatie met en zonder licentie en gecontroleerde medicatie die binnen de expertise van de voorschrijver valt. ⁹⁴
Canada	De apotheker is, mits voldoende bekend met de klinische situatie van de patiënt, en mits dit binnen de expertise valt, voorschrijver. In de praktijk verschilt dit per provincie. Met aanvullende training mag de apotheker alle 'schedule 1' medicatie voorschrijven of het recept van een andere voorschrijver aanpassen. Ook mogen apothekers in bepaalde provincies laboratoriumtests aanvragen en beoordelen. ⁹⁵
VS	"collaborative drug therapy management" ⁹⁶ Apothekers kunnen in de context van een samenwerkingsverband met artsen op geprotocolleerde wijze verantwoordelijkheid nemen over ± medicatie gerelateerde laboratoriumtests aanvragen en medicatie voorschrijven, starten, monitoren en aanpassen
Nieuw Zeeland	"Collaborative prescribing" ⁹⁷ De voorschrijvende apotheker werkt in samenwerkingsverbanden met anderen en stelt niet de primaire diagnose. De apotheker kan (herhaal) medicatie voorschrijven of het recept van een andere voorschrijver aanpassen of discontinueren.

⁹⁴ Jebara, T., Cunningham, S., MacLure, K., Awaisu, A., Pallivalapila, A., and Stewart, D. (2018) Stakeholders' views and experiences of pharmacist prescribing: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol*, 84: 1883– 1905. <https://doi.org/10.1111/bcp.13624>.

⁹⁵ Canadian Pharmacists Association. Pharmacists' expanded scope of practice. [online]. Ottawa: Canadian Pharmacists Association; <https://www.pharmacists.ca/pharmacy-in-canada/scope-of-practice-canada/>

⁹⁶ Centers for Disease Control and Prevention. Collaborative Practice Agreements and Pharmacists' Patient Care Services: A Resource for Pharmacists; 2013. https://www.cdc.gov/dhds/pubs/docs/Translational_Tools_Pharmacists.pdf

⁹⁷ Pharmacy Council of New Zealand. Pharmacist prescribers. [online] New Zealand: Pharmacy Council of New Zealand; 2010.

<https://www.pharmacycouncil.org.nz/new-zealand-registered-pharmacists/interns-pharmacists-and-pharmacist-prescribers/pharmacist-prescribers/>

De apotheker kan ook ander onderzoek uitvoeren, waaronder: aanvragen en interpreteren van laboratorium tests; de respons van een patiënt op medicatie meten en monitoren; voorlichting en advies geven over het medicatiebeleid

Evaluatieonderzoek naar de uitbreiding van de rol van apotheker naar ‘voorschrijvende apotheker’ is overwegend positief. Het systematische review van Jebara uit 2018⁹⁸ beschrijft dat de toegankelijkheid van de zorg is verbeterd, dat patiënt-ervaringen positief zijn, dat apothekers ervaren dat hun kennis en kunde beter wordt benut wat leidt tot een hogere werktevredenheid, en een verlaging van de werkdruk van artsen. Barrières worden vooral gezien op het gebied van organisatorische zaken als de toegang van apothekers tot alle medische gegevens, en het ervaren gebrek aan diagnostische kennis van apothekers. Een belangrijke voorwaarde voor het functioneren van de voorschrijvende apotheker is voor alle betrokkenen (artsen, apothekers, patiënten en beleidsmakers) het bestaan van een adequate opleiding en training.

Een specifieke dienst die apothekers in de UK kunnen verlenen is er één voor ‘veelvoorkomende klachten’, genaamd ‘pharmacy-based minor ailment schemes’. Aangesloten patiënten kunnen terecht bij hun apotheker voor advies en verstrekking van geneesmiddelen voor deze veelvoorkomende klachten, zoals hoofdpijn, diarree of hooikoorts. Het systematische review van Paudyal waarin de effectiviteit van deze dienst wordt onderzocht rapporteert een hoge mate van verdwijnen van klachten, en een afname van het aantal huisartsconsulten⁹⁹. Hoewel economische evaluaties ten tijde van dit systematische review niet waren gedaan is de verwachting dat dit naast het verlagen van de werkdruk voor huisartsen, ook een kostenbesparing kan opleveren.

Naast de extra taak van geneesmiddelen voorschrijven, wordt in meerdere landen de apotheker ook ingezet bij het terugdringen van onnodig antibiotica voorschrijven. De apotheker schrijft richtlijnen, geeft trainingen en adviseert de huisarts met betrekking tot het verantwoord voorschrijven van antibiotica, om de antibioticaresistentie terug te dringen. Uit een systematische review van Saha et al 2019 blijkt dat het inzetten van de apotheker voor dergelijke programma's effectief is, dat minder antibiotica wordt voorgeschreven en huisartsen de richtlijnen beter volgen¹⁰⁰. Hoewel dit strikt genomen geen taakherschikkingsinitiatief is, laat het wel meerwaarde van nauwe samenwerking tussen huisarts en apotheker zien.

Een systematische review van beleidsdocumenten in de UK beschrijft de ontwikkelingen van het niet-medisch-voorschrijven vanaf het jaar van invoering (2006) tot 2018¹⁰¹. Hoewel deze verandering van de apothekersrol oorspronkelijk werd ingevoerd om de keuzevrijheid en de toegankelijkheid van geneesmiddelen voor de patiënt te vergroten, evenals de ontwikkeling van het werkveld, verschoof onder druk van een wisseling van regering en gedwongen bezuinigingen de focus naar het ondersteunen of zelfs vervangen van de dokter. De verwachting is dat patiënten worden behandeld door de meest geschikte behandelaar, zoals een fysiotherapeut in geval van klachten van het bewegingsapparaat. De medische werkdruk wordt hiermee verlicht, waardoor meer tijd beschikbaar komt voor complexe patiënten. Ook is de verwachting dat kosten worden verlaagd door het stroomlijnen van de zorg en het voorkomen van herhaalde afspraken middels doorverwijzingen naar verschillende zorgverleners en het inzetten van de meest geschikte zorgverlener.

⁹⁸ Jebara, T., Cunningham, S., MacLure, K., Awaisu, A., Pallivalapila, A., and Stewart, D. (2018) Stakeholders' views and experiences of pharmacist prescribing: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol*, 84: 1883– 1905. <https://doi.org/10.1111/bcp.13624>.

⁹⁹ Paudyal V, Watson MC, Sach T, et al. Are pharmacy-based minor ailment schemes a substitute for other service providers? A systematic review. *Br J Gen Pract*. 2013;63(612):e472-e481. doi:10.3399/bjgp13X669194

¹⁰⁰ Saha SK, Hawes L, Mazza D. Effectiveness of interventions involving pharmacists on antibiotic prescribing by general practitioners: a systematic review and meta-analysis. *J Antimicrob Chemother*. 2019;74(5):1173-1181. doi:10.1093/jac/dky572

¹⁰¹ Graham-Clarke E, Rushton A, Noblet T, Marriott J. Facilitators and barriers to non-medical prescribing - A systematic review and thematic synthesis. *PLoS One*. 2018;13(4):e0196471. Published 2018 Apr 30. doi:10.1371/journal.pone.0196471

4.3 Casus 3: Specialist ouderengeneeskunde – PA en VS

Samenvatting

Taakherschikking in de ouderenzorg is zeer relevant door het grote tekort aan specialisten ouderengeneeskunde, waarbij het risico bestaat dat dit tekort groter wordt doordat de opleidingsplaatsen de afgelopen jaren niet altijd geheel gevuld zijn en de verwachting is dat de zorgvraag sterk zal toenemen. Er zijn veel taakherschikkingsinitiatieven, maar de uitvoering verschilt erg per setting of organisatie. Deze kunnen dus op een meer gestructureerde, georganiseerde manier worden vormgegeven waarbij visievorming en het creëren van draagvlak en bekendheid met de capaciteiten van VS-en en PA's op verschillende niveaus belangrijk is. De belemmerende en bevorderende factoren zijn samengevat in figuur 4.3.

Figuur 4.3 Evaluatie (SWOT-analyse) taakherschikking van specialist ouderengeneeskunde naar PA/VS

	Positieve factoren	Negatieve factoren
Interne factoren	Sterktes <ul style="list-style-type: none"> • Formuleren van afspraken • Samenwerking beroepsverenigingen (o.a. voor visievorming) 	Zwaktes <ul style="list-style-type: none"> • Verschillende mate van draagvlak onder professionals en in organisaties • Onbekendheid met de beroepsgroep en gebrek aan visie op o.a. organisatieniveau
Externe factoren	Kansen <ul style="list-style-type: none"> • Tekorten arbeidsmarkt 	Bedreigingen <ul style="list-style-type: none"> • Tekorten aan PA's en VS-en. • Weinig kennis vanuit de wetenschap over effectiviteit.

Aanleiding

Het specialisme ouderengeneeskunde heeft zich de afgelopen jaren sterk ontwikkeld. Het specialisme bestaat met de huidige benaming vanaf 2009 (hiervoor ging het om verpleeghuisgeneeskunde/ verpleeghuisartsen). Hun werkgebied bevindt zich dan ook niet enkel meer in verpleeghuizen, maar ook verpleegunits, hospices, transferafdelingen van ziekenhuizen en in de eerstelijns als hoofdbehandelaar zodat anderen de specialist ouderengeneeskunde kunnen consulteren in het geval van specifieke problemen¹⁰². 85% van de organisaties waarin specialisten ouderengeneeskunde werken, verzorgen ook extramurale zorg¹⁰³. Verenso (beroepsvereniging specialisten ouderengeneeskunde) heeft momenteel 1.700 leden (geraadpleegd op 25 juni 2020) en het Capaciteitsorgaan ging er in 2019 vanuit dat er 1.693 specialisten ouderengeneeskunde (inclusief 21 sociaal geriater¹⁰⁴) werkzaam zijn.

Vektis-cijfers uit 2018¹⁰⁵ laten zien dat zorg voor ouderen ongeveer de helft van de totale zorgkosten in beslag nemen met ongeveer 28 miljard euro. Het Capaciteitsorgaan verwacht dat de zorgvraag

¹⁰² Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023: Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan

¹⁰³ Bloemendaal, I., & Leemkolk, B. van de (2019). Werkcontext en tijdsbesteding van de Specialist Ouderengeneeskunde: Her-haalmeting 2018. Utrecht: Prismant.

¹⁰⁴ De opleiding sociale geriatrie bestaat niet meer.

¹⁰⁵ Vektis (2018) 65-plussers maken helft van alle zorgkosten. Geraadpleegd op 12-8-2020 via <https://www.vektis.nl/actueel/65-plussers-maken-de-helft-van-alle-zorgkosten>

sterk zal stijgen door demografische veranderingen (vergrijzing), namelijk met 76% in de komende 20 jaar. Naast het feit dat er steeds meer ouderen zijn, worden deze mensen ook steeds ouder (ook wel dubbele vergrijzing genoemd) waardoor de zorgvraag nog meer zal stijgen.

Er is al langer een tekort aan specialisten ouderengeneeskunde en hoewel sinds 2011 een groei in het aantal beschikbare opleidingsplaatsen per jaar is ingezet, worden deze lang niet altijd allemaal benut. In 2018 was de instroom bijvoorbeeld 106 terwijl 186 plaatsen beschikbaar waren en in totaal bleven tussen 2005 en 2018 258 opleidingsplaatsen onvervuld¹⁰⁶. SOON (Samenwerkende opleidingen tot specialist ouderengeneeskunde Nederland) startte eerder al met het project PRoud, waarbij het doel was met behulp van allerlei campagnes (bijvoorbeeld via informatiebijeenkomsten, grotere aanwezigheid op carrièredagen en andere bijeenkomsten, social media inzet etc.) alle opleidingsplaatsen gevuld te krijgen¹⁰⁷. Sinds 2009 lijkt de populariteit van het specialisme onder basisartsen die een vervolgopleiding willen gaan doen wel iets gegroeid: 2% wilde in 2009 een vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde of Arts Verstandelijk Gehandicapten doen, tegenover 4% in 2019¹⁰⁸.

Andere artsen die in het veld samenwerken met de specialist ouderengeneeskunde zijn huisartsen, basisartsen, klinisch geriater, revalidatieartsen en internisten. Ook ouderenpsychiaters en GZ-psychologen spelen een rol. Deze laatste twee worden steeds vaker als hoofdbehandelaar in de GGZ voor ouderen ingezet¹⁰⁹. In verpleeghuizen werken steeds meer andere artsen (voornamelijk basisartsen)¹¹⁰ vanwege een gebrek aan capaciteit aan specialisten ouderengeneeskunde. Zo is bijvoorbeeld nagedacht over hun inzet tijdens ANW-diensten om de werkdruk te verlichten en wordt dit ook geïmplementeerd¹¹¹.

Verenso ziet verschillende kansen om om te gaan met tekorten en een te lage opleidingsinstroom, waaronder het beter benutten van de mogelijkheden tot taakherschikking. Zo schrijven zij op hun website¹¹²: *“Verenso denkt dat geslaagde taakherschikking door de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants een belangrijk middel is om bij de gegeven demografische ontwikkelingen kwaliteit en doelmatigheid in de ouderenzorg/ouderengeneeskunde te helpen borgen. Daarbij moeten de zorgvuldigheidseisen die specialisten ouderengeneeskunde - vanuit hun al dan niet formele verantwoordelijkheid - stellen aan het verantwoord en veilig inrichten van de medische zorg zeer serieus genomen worden.”*

Sinds mei 2019 werken de beroepsverenigingen van Verpleegkundig Specialisten (V&VN VS), Physician Assistants (NAPA) en specialisten ouderengeneeskunde (Verenso) samen aan een handreiking voor taakherschikking.

Tussen 2004 en 2018 is het aandeel organisaties in de ouderenzorg dat werkt met een VS, PA of praktijkverpleegkundige echter wel gestegen van 16% naar 75%. Het meest worden Verpleegkundig Specialisten ingezet. 6% van de organisaties heeft geen VS, PA of (praktijk)verpleegkundige in dienst,

¹⁰⁶ Verenso (2019). Hoe blijft de specialist ouderengeneeskunde in 2040 toegankelijk? Geraadpleegd op 12-8-2020 via:

<https://www.verenso.nl/nieuws/archief/2019/onvervulde-opleidingsplaatsen-ouderengeneeskunde-vraagt-om-actieve-maatregelen>

¹⁰⁷ SOON (2018). Jaarverslag 2018. Geraadpleegd op 12-8-2020 via: PRoud: https://www.soon.nl/images/SOON_jaarverslag_2018_definitief.pdf

¹⁰⁸ Van der Velde, Leemkolk & Lodder (2019). Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen: meting 2019. Utrecht: Prismant.

¹⁰⁹ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023: Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan

¹¹⁰ Bloemendaal, I., & Leemkolk, B. van de (2019). Werkcontext en tijdsbesteding van de Specialist Ouderengeneeskunde: Her-haalmeting 2018. Utrecht: Prismant

¹¹¹ Vegers, M. (2018). Het inzetten van basisartsen voor de ANW-diensten: De werkwijze van ANW Nederland. *Tijdschrift voor ouderengeneeskunde* (4).

¹¹² <https://www.verenso.nl/over-verenso/standpunten-verenso/taakherschikking>

maar is wel van plan om deze (voornamelijk VS-en) aan te nemen. Lovink et al.¹¹³ hebben geconcludeerd dat taakherschikking in de ouderenzorg op veel verschillende manieren wordt geïmplementeerd. Zo varieert het per instelling hoeveel zelfstandigheid VS-en en PA's hebben. Er worden in het rapport drie manieren omschreven: het overnemen van taken van de specialist ouderengeneeskunde of één (of meer) afdelingen, het doen van taken op één expertisegebied en een combinatie van de twee.

Aansluitend bij bovenstaande zijn ook de redenen om een VS of PA op te leiden en/of aan te nemen divers. Jansen en Schutte¹¹⁴ brachten deze redenen in kaart. De belangrijkste hiervan zijn:

- Het verbeteren van de zorg (voornamelijk continuïteit, opvangen beperkte capaciteit op locaties, verbeteren van de organisatie van de zorg en het inzetten van de juiste professionals op de juiste plek);
- Arbeidsmarkt gerelateerde factoren (werkdruk van de specialist ouderengeneeskunde, krapte op de arbeidsmarkt van de SO en carrièreperspectief voor hbo'ers);
- Verandering van de zorgvraag (vergrijzing, hogere eisen, langer thuis ZOJP, ambulantisering, meer tijd voor communicatie, vooral de laatste).

Belemmerende en bevorderende factoren

In onderzoek worden verschillende belemmerende en bevorderende factoren genoemd.

1. Tekorten op de arbeidsmarkt binnen de ouderenzorg

Er is een tekort aan specialisten ouderengeneeskunde¹¹⁵, wat ruimte biedt voor taakherschikking naar VS-en en PA's. Wel is het hiervoor nodig dat er voldoende VS-en en PA's beschikbaar zijn. De ervaring is nu dat ze nog niet altijd gemakkelijk te vinden (en/of te behouden) zijn.

2. Draagvlak

Er zijn verschillende aspecten die taakherschikking in de ouderenzorg belemmeren. Deze hebben te maken met het draagvlak voor de inzet van de VS en PA bij patiënten, andere medisch specialisten, managers en specialisten ouderengeneeskunde zelf¹¹⁶. Zo was bijvoorbeeld onduidelijk hoe de juridische kant van taakherschikking in elkaar zit en wie wanneer eindverantwoordelijk is. Per instelling kan het verschillen hoeveel draagvlak er is op managementniveau en bij de daar werkzame specialisten ouderengeneeskunde. Voor specialisten ouderengeneeskunde speelt hierbij niet enkel het vertrouwen in VS-en en PA's (en de juridische kant die hierbij hoort), maar ook het feit dat het werk van specialisten ouderengeneeskunde inhoudelijk kan veranderen (bijvoorbeeld minder patiëntencontact).

3. Onbekendheid met de beroepsgroep

De belangrijkste reden om geen VS of PA aan te nemen of op te leiden die blijkt uit een onderzoek uit 2019 was onbekendheid met de beroepsgroepen. Hierbij speelt een gebrek aan draagvlak bij het andere personeel een rol, maar ook een gebrek aan ervaring en een gebrek aan kennis over de precieze gevolgen van het aannemen van een PA of VS.

¹¹³ Lovink, M., Van Vught, A., Van den Brink, G., & Laurant, M. (2017). Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Nijmegen: Radboudumc, IQ Healthcare, HAN.

¹¹⁴ Jansen, P. & Schutte, S. (2019). Physician Assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg: Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS-en. Deelrapport Ouderenzorg. Enschede: Bureau HHM.

¹¹⁵ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023: Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan

¹¹⁶ Lovink, M., Van Vught, A., Van den Brink, G., & Laurant, M. (2017). Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Nijmegen: Radboudumc, IQ Healthcare, HAN.

4. Visie

Een duidelijke visie op taakherschikking en de daarbij komende afbakening wat betreft taken, rollen en verantwoordelijkheden echter blijkt juist een belangrijke bevorderende factor. Dit kan op landelijk niveau, maar ook vooral op het niveau van instellingen. Wanneer een organisatie een ‘kartrekker’ heeft die gemotiveerd is taakherschikking op een goede manier te implementeren heeft dit een positief effect op de ontwikkelingen in de organisatie wat betreft taakherschikking.

5. Afspraken

Hoewel de werkelijkheid soms weerbarstiger is dan op papier kan worden vastgelegd is het toch bevorderend om schriftelijke afspraken te maken over taakherschikking. Hierbij kan in elk geval al nagedacht en overeengekomen worden hoe taakherschikking in de organisatie weergegeven kan worden.

6. Persoonlijke factoren voor een goede samenwerking

Naast aspecten die voornamelijk liggen bij organisaties, zijn er ook persoonlijke aspecten van zorgverleners die een goede samenwerking en taakherschikking kunnen bevorderen. Vertrouwen in elkaars kunnen is essentieel. Daarom is het voor VS-en en PA's belangrijk de eigen grenzen qua bekwaamheid te kennen. Ook zijn de volgende kwaliteiten beschreven die bevorderlijk zijn voor de samenwerking: een proactieve houding, zelfvertrouwen, zelfstandigheid, leergierigheid en openstaan voor vernieuwing en innovatie. Een goede klik tussen de zorgprofessionals en bereidheid van specialisten ouderengeneeskunde zijn nodig om succesvol taken te herschikken¹¹⁷.

7. Andere bevoegdheden

Doordat PA's (en VS'en) de laatste jaren meer taken hebben overgenomen van specialisten ouderengeneeskunde komt het voor dat specialisten ouderengeneeskunde minder aanwezig hoeven zijn op locatie¹¹⁸. Wanneer lijkschouw nodig is, moet dit echter zo snel mogelijk door een arts of gemeentelijk lijkschouwer worden uitgevoerd. PA's zijn hiertoe namelijk niet bevoegd, maar hebben wel aangegeven dit op zich te willen nemen¹¹⁹. In 2018 adviseerde de ‘taskforce lijkschouw’ tevens om te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om hen meer bevoegdheden te geven op dit gebied¹²⁰. Al met al kan het dus voorkomen dat ondanks de uitbreiding van bevoegdheden van PA's en VS'en er andere bevoegdheden blijken te zijn waar ook extra behoefte is aan de beroepsgroepen.

Lessen uit het buitenland

Ook in het buitenland worden VS-en, PA's en verpleegkundigen ingezet in de ouderenzorg. De beroepsgroepen VS en PA bestonden immers ook al een stuk eerder in de Verenigde Staten dan in Nederland. In 2017 publiceerde Lovink et al. een systematische review over de effecten van het inzetten van VS-en, PA's en verpleegkundigen in de zorg voor ouderen¹²¹. Het resultaat liet zien dat uitkomsten even goed of beter waren voor patiënten en het zorgproces. Er waren echter geen conclusies mogelijk over doelmatigheid van de zorg of kosteneffectiviteit.

¹¹⁷ Lovink, M. (2019). 'The impact and organization of skill mix change in healthcare for older people, Substituting physicians with nurse practitioners, physician assistants or nurses'. Nijmegen: IQHealthcare.

¹¹⁸ Babovic, M. (2020). De paarse krokodil van corona: lijkschouw. Verkregen op 31-8-2020 via <https://www.napa.nl/2020/04/de-paarse-krokodil-van-corona-lijkschouw/>

¹¹⁹ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023: Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan

¹²⁰ Ministerie van Justitie en Veiligheid (2018). Onderwerp: Rapport "De dood als startpunt" van de Taskforce lijkschouw en gerechtelijke sectie. 02-02-2018.

¹²¹ Lovink, M. H., Persoon, A., Koopmans, R. T., Van Vught, A. J., Schoonhoven, L., & Laurant, M. G. (2017). Effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians concerning healthcare for the ageing population: a systematic literature review. *Journal of advanced nursing*, 73(9), 2084-2102.

Effecten

In hoeverre de inzet van VS-en en PA's leidt tot de gewenste uitkomsten en welke effecten het heeft is nog niet vaak onderzocht. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat doelen niet altijd expliciet worden geformuleerd. Deelnemers aan het onderzoek van Lovink rapporteerden wel dat de kwaliteit van zorg verbeterd was¹²². Sinds 2017 is meer onderzoek gedaan in verschillende landen naar taakherschikking in de ouderenzorg maar is dit voor zover bekend bij de auteurs niet meer systematisch in kaart gebracht. Een studie uit Canada¹²³ liet bijvoorbeeld zien dat de kwaliteit van zorg toenam, doordat er minder sprake was van polyfarmacie, valincidenten, het gebruik van dwangmaatregelen en acute zorg. Een ander recent voorbeeld komt uit Noorwegen¹²⁴, waar is onderzocht in hoeverre 'advanced geriatric nurses' (AGN's) en hun collega's het eens waren over welke taken geschikt zijn om door AGN's uit te voeren aangezien dit draagvlak een belangrijke randvoorwaarde kan zijn voor succesvolle taakherschikking. Het onderzoek toonde aan dat er over veel onderwerpen overeenstemming was (bijvoorbeeld met betrekking tot supervisie en onderwijs of onderzoek), maar niet over activiteiten rondom directe en indirecte zorg, bijvoorbeeld het verzorgen van mensen met een psychiatrische aandoening, het maken van een echografie of het voorschrijven van bepaalde medicatie of behandelingen.

¹²² Lovink, M. (2019). 'The impact and organization of skill mix change in healthcare for older people, Substituting physicians with nurse practitioners, physician assistants or nurses'. Nijmegen: IQHealthcare.

¹²³ Kilpatrick, K., Tchouaket, É., Jabbour, M., & Hains, S. (2020). A mixed methods quality improvement study to implement nurse practitioner roles and improve care for residents in long-term care facilities. *BMC nursing*, 19(1), 1-14.

¹²⁴ Henni, S. H., Kirkevold, M., Antypas, K., & Foss, C. (2020). Perceptions of the scope of practice of nurse practitioners caring for older adults: level of agreement among different healthcare providers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.

4.4 Casus 4: Arts Verstandelijk Gehandicapten – PA en VS

Samenvatting

Taakherschikking van Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) naar (vooral) VS staat nog in de kinderschoenen. Er zijn diverse initiatieven die vormgegeven worden op organisatieniveau. Tegelijkertijd is taakherschikking door grote arbeidsmarkt tekorten zeer relevant. Studies over de effecten van taakherschikking in de gehandicaptenzorg zijn er niet. Ook uit het buitenland zijn geen voorbeelden, omdat de gehandicaptenzorg in het buitenland erg verschilt van de situatie in Nederland. De belemmerende en bevorderende factoren zijn samengevat in figuur 4.4.

Figuur 4.4 Evaluatie (SWOT-analyse) taakherschikking van AVG naar PA en VS

	Positieve factoren	Negatieve factoren
Interne factoren	<p>Sterktes</p> <ul style="list-style-type: none"> • In bestaande initiatieven veel waardering voor rol VS • Draagvlak (waar de VS al wel wordt ingezet lijkt er draagvlak te zijn). • Samenwerkingsafspraken (bij bestaande initiatieven) 	<p>Zwaktes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kleine beroepsgroep • Diversiteit in achtergrond VS-en (en geen opleiding specifiek gericht op verstandelijk gehandicaptenzorg) • Draagvlak (waaronder angst onbewuste onbekwaamheid) • Visie
Externe factoren	<p>Kansen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekorten AVG's 	<p>Bedreigingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekorten aan VS-en in de sector. • Weinig kennis vanuit de wetenschap over effectiviteit.

Aanleiding

AVG's verlenen medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid¹²⁵. Daarnaast vervullen zij vaak ook een rol binnen management, beleid, onderzoek en de opleiding van een instelling. Het specialisme is in 2000 erkend. De beroepsvereniging (NVAVG) heeft ruim 300 leden (geraadpleegd op 17 juni 2020) en het Capaciteitsorgaan ging ervan uit dat er in 2019 243 AVG's werkzaam waren. Zij werken in ongeveer 165 instellingen (met ieder soms nog enkele locaties)¹²⁶, maar verlenen ook zorg aan mensen met een verstandelijke beperking die (begeleid) zelfstandig of bij hun ouders wonen. AVG's werken voornamelijk intramuraal: het gaat om 80% van de werkzaamheden (versus 20% extramuraal).

Van alle zorguitgaven in Nederland betrof in 2017 bijna 10% zorg voor verstandelijk gehandicapten. Dit komt neer op zo'n 8,3 miljard euro¹²⁷. Uit Figuur 4.5 blijkt dat mannen, 20-30 jarigen en 50-60 jarigen gemiddeld verantwoordelijk waren voor de meeste zorgkosten. In 2013 schatte het SCP dat 0,85% van de Nederlandse bevolking een verstandelijke beperking heeft (IQ tot 70), waarvan iets minder dan de helft een ernstige en iets meer dan de helft een lichte verstandelijke beperking heeft.

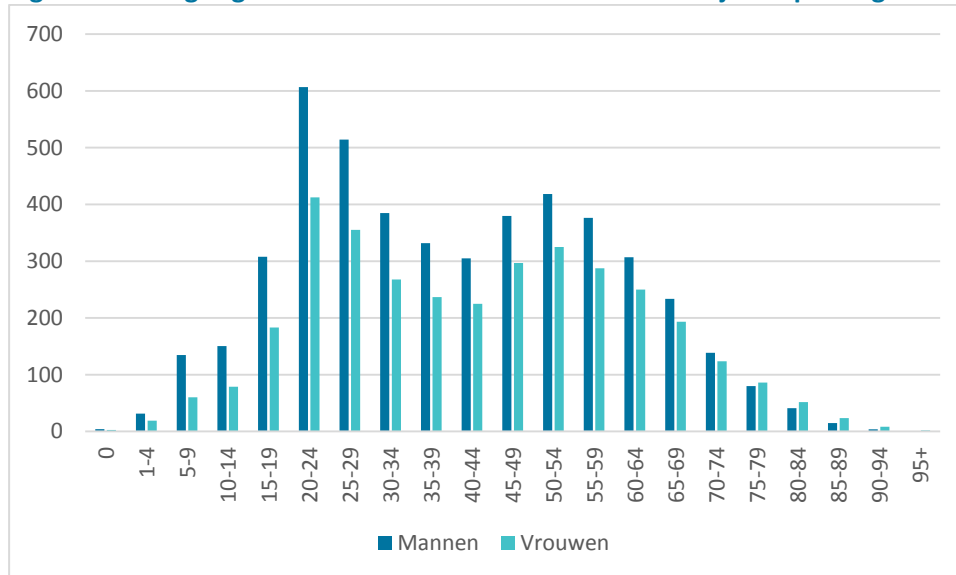
¹²⁵ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023: Deelrapport 6 Arts voor Verstandelijk Gehandicapten. Utrecht: Capaciteitsorgaan

¹²⁶ Bloemendaal, I., Leemkolk, B. & Noordzij, E. (2019). Werkcontext en tijdsbesteding van de Arts Verstandelijk Gehandicapten – Herhaalmeting 2018. Utrecht: Prismant.

¹²⁷ Volksgezondheidszorg.info (2019): <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/verstandelijke-beperking/kosten/zorguitgaven>, RIVM: Bilthoven, 28-10-2019.

Het aantal mensen met een zwakbegaafdheid is moeilijk in te schatten. Schattingen over de prevalentie lopen dus uiteen, maar het SCP ging in 2013 uit van 1,4 miljoen mensen.¹²⁸

Figuur 4.5: Zorguitgaven voor mensen met een verstandelijke beperking 2017



Bron: RIVM www.volksgezondheidszorg.info

De zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is divers. Voordat de AVG een zelfstandig specialisme werd verleende de huisarts alle zorg. Nu er sprake is van een zelfstandig specialisme komt het minder vaak voor dat een AVG een huisartsgeneeskundige achtergrond heeft. Er is hierdoor een periode discussie geweest over of de AVG ook de huisartsenzorg moest beheersen, maar tegenwoordig is er de overeenstemming dat de AVG verantwoordelijk is voor de handicap specifieke zorg en de huisarts voor de meer generalistische huisartsenproblematiek¹²⁹. Extramuraal zorg wordt vaak eerst door de huisarts verleend waarbij een AVG kan worden geconsulteerd waar nodig en patiënten doorverwezen kunnen worden naar een AVG-polikliniek (in een aantal ziekenhuizen, groepspraktijken en zorginstellingen). Maar ook in instellingen voor gehandicaptenzorg werken huisartsen. In de praktijk is het onderscheid tussen welke zorg onder de huisartsenzorg en welke zorg handicap specifiek is niet altijd eenduidig en de meningen over de afbakening verschillen per zorgverlener. Daarom is een goede samenwerking tussen huisarts en AVG belangrijk. Daarnaast werken in de zorg voor verstandelijk gehandicapten onder andere basisartsen, (praktijk)verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, physician assistants en praktijkondersteuners samen. Hoewel het aandeel huisartsen dat handicap gebonden zorg verleent in instellingen is afgenomen, gebeurt dit nog wel¹³⁰. Daarnaast zijn basisartsen in dienst bij instellingen, deels om tekorten op te vangen aan AVG's¹³¹. Voor AVG's ging het Capaciteitsorgaan uit van een tekort van 20 tot 26 procent in 2019. Basisartsen blijven meestal echter maar tijdelijk

¹²⁸ Woittiez I, Putman L, Eggink E, Ras M. Zorg beter begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP); 2014.

¹²⁹ Landelijke Huisartsen Vereniging, & Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (2017). Handreiking Samenwerking huisarts & AVG. Geraadpleegd op 23 juni 2020 op https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2016/02/handreiking_huisarts_avg_2017.pdf

¹³⁰ Bloemendaal, I., Leemkolk, B. & Noordzij, E. (2019). Werkcontext en tijdsbesteding van de Arts Verstandelijk Gehandicapten – Herhaalmeting 2018. Utrecht: Prismant.

¹³¹ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023: Deelrapport 6 Arts voor Verstandelijk Gehandicapten. Utrecht: Capaciteitsorgaan

werkzaam in de gehandicaptenzorg, om zich vervolgens in een ander vakgebied te specialiseren¹³². Daarom wordt dit niet als goede oplossing gezien. Inzet van voornamelijk VS-en kan mogelijk een duurzamere oplossing zijn. De NVAVG zegt hierover in hun visiedocument¹³³: *“De inzet van verpleegkundig specialisten sluit goed aan bij de maatschappelijke ontwikkeling in de verstandelijk gehandicaptenzorg en de gewenste taakherschikking en opvattingen over kwaliteit van leven in de verstandelijke gehandicaptenzorg. Deze taakafbakening biedt kansen maar moet nog verder ontwikkeld worden. “*

VS-en worden nog maar beperkt ingezet in instellingen voor gehandicaptenzorg in Nederland¹³⁴: in 2018 had 11% van de instellingen een VS in dienst (en 2% een PA, 25% een (praktijk)verpleegkundige). Tegelijkertijd is het wel zo dat het proces om taakherschikking te implementeren al langer gaande is. In 2007 zijn bijvoorbeeld in een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg de positieve effecten van taakherschikking naar VS-en (toen nurse practitioners) in de verstandelijk gehandicaptenzorg beschreven¹³⁵. Uit interviews met betrokkenen bleek dat het beeld was dat de effectiviteit, kwaliteit, patiëntgerichtheid en toegankelijkheid verbeterd was dankzij de inzet van VS'en. Cliënten in de instellingen waren beter in beeld, er was meer kennis over hun situatie door de inhoudelijke bijdrage en communicatie van en tussen de verschillende beroepsgroepen en cliënten konden hierdoor sneller de hulp krijgen die nodig was. De VS wordt hierbij omschreven als een belangrijke schakel die snel kan reageren op signalen van cliënten en de juiste zorg in gang kan zetten, mede doordat de drempel om hulp te vragen door persoonlijk begeleiders lager is bij een VS.

De wijze waarop VS-en (of ander (ondersteunend) personeel) wordt ingezet is contextafhankelijk. Iedere organisatie bepaalt zelf welk personeel zij nodig hebben om een bepaalde krapte of behoefte op te vullen. Deze keuze bestaat dus vaak min of meer uit wat 'toevallig' nodig is in combinatie met de bestaande personeelssamenstelling. Hierbij is de meerwaarde van een VS dat zij een brug vormen tussen het medische en verpleegkundige domein. Een (praktijk)verpleegkundige doet meestal meer geprotocolleerde zorg. Daarnaast blijkt de verpleegkundige achtergrond van een VS erg passend in de sector, in tegenstelling tot PA's die een meer diverse achtergrond kunnen hebben (en soms eerder probleemoplossend dan probleem signalerend).

Een voorbeeld van een instelling die taakherschikking verder heeft doorgevoerd is 's Heeren Loo te Ermelo. Hier is geëxperimenteerd met het inzetten van de VS als behandelverantwoordelijke chronische zorg¹³⁶. De nieuwe rol van de VS werd tijdens de pilot door cliënten, naasten en de rest van het team snel geaccepteerd, waarbij deze groepen uitgebreid zijn voorgelicht wat waarschijnlijk heeft bijgedragen aan de gemakkelijke acceptatie. Waar aan het begin van het proces de AVG nog een grote rol had en veel samenwerking en overleg plaatsvond, was dit aan het eind van het jaar veel minder het geval. De VS werd gewaardeerd als vast aanspreekpunt in de zorg (in tegenstelling tot

¹³² Goren, S. Rodijk-Verhoef, G. en Louteslager, P.E.M. (2019). Chronisch medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking: De Verpleegkundig Specialist als behandelverantwoordelijke.

¹³³ NVAVG (2020) Visiedocument 2020. Geraadpleegd op 12-8-2020 via <https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2020/06/NVAVG-Visiedocument-DEF.pdf>

¹³⁴ Bloemendaal, I., Leemkolk, B. & Noordzij, E. (2019). Werkcontext en tijdsbesteding van de Arts Verstandelijk Gehandicaptent – Herhaalmeting 2018. Utrecht: Prismant.

¹³⁵ Inspectie voor de Gezondheidszorg (2007). Staat van de gezondheidszorg 2007 Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg. *Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg.*

¹³⁶ Goren, S. Rodijk-Verhoef, G. en Louteslager, P.E.M. (2019). Chronisch medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking: De Verpleegkundig Specialist als behandelverantwoordelijke.

aios en basisartsen, die vaak maar kort bij een instelling werkzaam zijn). Ook werd de toegankelijkheid van de VS als positief ervaren, had deze specifieke VS somatisch voldoende kennis (maar psychiatrisch was nog verbetering mogelijk) en werd de samenwerking tussen AVG en VS goed geëvalueerd.

Belemmerende en bevorderende factoren

Hoewel taakherschikking in de gehandicaptenzorg veel in de belangstelling staat, komt het nog niet overal goed van de grond. Vaak zijn de factoren die taakherschikking bevorderen ook de factoren die een belemmering kunnen vormen. Of andersom: sommige belemmerende factoren kunnen, wanneer in organisaties goed aangepakt, ook laten zien welke randvoorwaarden of bevorderende factoren er juist wel ingezet kunnen worden.

1. Tekorten op de arbeidsmarkt binnen de gehandicaptenzorg

Door het tekort aan AVG's is de behoefte aan taakherschikking ontstaan. Inmiddels is ook kwaliteitsverbetering en continuïteit een mooie bijkomstigheid van inzet van de VS, maar tekorten aan AVG's is de belangrijkste drijfveer voor het implementeren van taakherschikking. Tegelijkertijd zorgen de tekorten aan AVG's er ook voor dat er weinig capaciteit is om VS-en in te werken en taakherschikking in organiseren. Tekorten bij overige beroepen in de gehandicaptenzorg zorgen ervoor dat personeel in het algemeen, dus ook een VS, moeilijk te vinden is. Daarnaast is de sector niet populair en bij bijvoorbeeld aios en basisartsen vrij onbekend wat tot een beperkte instroom kan leiden en een hoge uitstroom. Tegelijkertijd wordt juist de VS erg gewaardeerd als een continue factor in de zorg. Een VS vinden die voor langere tijd op dezelfde plek wil werken kan echter een uitdaging zijn. Ook is innovatie en kwaliteitsverbetering een belangrijk aspect van de rol van de VS. Het specialisme is onder basisartsen niet erg populair, slechts 4% wilde in 2019 AVG of specialist ouderengeneeskunde worden¹³⁷.

2. Kleine beroepsgroep

Doordat er maar weinig AVG's zijn, zijn er ook op bestuurlijk niveau relatief weinig middelen om taalsherschikking op de kaart te zetten en grootschaliger op te pakken. Er zijn bijvoorbeeld geen beleidsmedewerkers, hoewel hiervoor onlangs wel financiering beschikbaar is gekomen.

3. Diversiteit in achtergrond van de VS

Hoewel de achtergrond van VS-en minder divers is dan die van PA's omdat de verpleegkundige basis altijd een overeenkomst is, kunnen zij wel erg verschillende werkervaring hebben opgedaan op diverse afdelingen. Daarnaast kunnen sommige VS-en de opleiding tot VS-GGZ hebben gedaan, waardoor hun expertise juist op de GGZ problematiek ligt en minder op bepaalde somatiek. Er is geen landelijke training of opleiding speciaal voor de gehandicaptenzorg. Instellingen bepalen zelf hun methoden om te toetsen op welke punten VS-en voldoende weten en nog moeten leren.

4. Draagvlak bij cliënten, naasten en professionals

Er is goede communicatie nodig om draagvlak en vertrouwen te creëren over de inzet van de VS onder cliënten, naasten en professionals. In de pilot in 's Heeren Loo waar de VS werd ingezet als

¹³⁷ Leemkolk, B. van de, & Velde, F. van der (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist: Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS. Utrecht: Prismant.

behandelverantwoordelijke, zijn cliënten, naasten en het team vooraf uitgebreid geïnformeerd over de rol en competenties van de VS. Hierdoor werd zij snel geaccepteerd¹³⁸.

5. *Onbewuste onbekwaamheid, korte lijnen en schriftelijke afspraken*

Een belangrijk aandachtspunt bij de inzet van de VS is onbewuste onbekwaamheid. Bij de AVG moet goed bekend zijn welke competenties een specifieke VS heeft. Verschillen in achtergrond van de VS of onbekendheid met de competenties van de VS bij de AVG kan dit bemoeilijken (zie ook punt 3). De tijd nemen om de competenties van de VS te leren kennen, schriftelijke afspraken maken en goede communicatie tussen AVG en VS kunnen hierbij helpen.

6. *Waardering van de rol van de VS*

Het feit dat de VS niet enkel ingezet wordt als opvanger van bepaalde taken van de AVG, maar ook een zelfstandig gewaardeerde rol heeft kan taakherschikking verder stimuleren. De VS wordt als schakel gezien tussen het medische en verpleegkundige domein, speelt een belangrijke rol in kwaliteitsverbetering, is een laagdrempelig aanspreekpunt voor cliënten en naasten, en kan als continue factor een belangrijke rol spelen in de cliëntenzorg (het persoonlijk kennen van cliënten) en de organisatie.

Effecten

Er zijn geen onderzoeken gedaan waren systematisch is onderzocht welke effecten taakherschikking van artsen verstandelijk gehandicapten naar VS-en heeft. Bij de auteurs is slechts één (kwalitatieve) evaluatie bekend uit 2007¹³⁹ en soms wordt op instellingsniveau de inzet van de VS geëvalueerd. Over het algemeen blijkt hieruit dat er positieve effecten worden gerapporteerd over effectiviteit, kwaliteit, patiëntgerichtheid en toegankelijkheid van zorg.

Lessen uit het buitenland

In het buitenland is de gehandicaptenzorg niet goed vergelijkbaar met de Nederlandse situatie, daarom is in deze casus niet gekeken naar buitenlandse voorbeelden.

¹³⁸ Goren, S. Rodijk-Verhoef, G. en Lauteslager, P.E.M. (2019). Chronisch medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking: De Verpleegkundig Specialist als behandelverantwoordelijke.

¹³⁹ Inspectie voor de Gezondheidszorg (2007). Staat van de gezondheidszorg 2007 Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg. *Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg.*

4.5 Casus 5: Oogarts – optometrist

Samenvatting

De mogelijkheden voor taakherschikking van oogarts naar optometrist worden al lange tijd verkend. De laatste jaren lijken de voorwaarden voor taakherschikking verbeterd te zijn. De aanhoudende wachtlijsten in ziekenhuizen, groeiende zorgvraag regionale projecten en gezamenlijke plannen van beroepsorganisaties dragen hieraan bij. Wel blijven belemmeringen voor taakherschikking bestaan. Dit betreft enerzijds het afbakenen wat de juiste oogzorg op de juiste plek is, welke metingen en onderzoeken binnen de eerste lijn kunnen plaats vinden, en onder welke voorwaarden huisartsen verwijzen naar de optometrist in plaats van de oogarts. Een andere belangrijke belemmering is het ontbreken van financiering van deze vorm van taakherschikking en filterwerking door optometristen in de eerste lijn. De belemmerende en bevorderende factoren zijn samengevat in figuur 4.6.

Figuur 4.6 Evaluatie (SWOT-analyse) taakherschikking van oogarts naar optometrist

	Positieve factoren	Negatieve factoren
Interne factoren	<p>Sterktes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toenemende samenwerking en gezamenlijke notities door de beroepsverenigingen • Beroepsontwikkeling en professionalisering optometristen 	<p>Zwaktes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Langlopende discussie over bekwaam- en bevoegdheden van optometristen • Afbakening domein- en verantwoordelijkheid, gevoeligheid en complexiteit
Externe factoren	<p>Kansen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wachtlijsten gespecialiseerde oogzorg in ziekenhuizen • Groei oogzorgvraag • Inzet van technologie in zowel de tweede als eerste lijn 	<p>Bedreigingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Financiering optometrie en anderhalvelijns oogzorg door optometristen • Kortlopende, losse pilots die taakherschikking niet structureel mogelijk maken

Aanleiding

In de oogheelkundige zorg is een aantal beroepen werkzaam die elk op een eigen manier een bijdrage leveren aan het ‘visuele functioneren’ van de Nederlandse bevolking. De Nationale Rapportage Oogzorg 2018¹⁴⁰ vat het heel kort samen als: “wanneer Nederlanders hun ogen laten onderzoeken, vindt 75 procent van die onderzoeken (vanaf 18 jaar) plaats bij een opticien. Nog eens 5 procent vindt plaats bij een optometrist, terwijl 15 procent door een oogarts wordt gedaan.” In deze casus gaan we nader in op taakherschikking tussen de twee kern-beroepsgroepen binnen de oogzorg: de oogartsen en optometristen. Daartoe maken we hieronder een korte schets van beide beroepen.

Oogartsen

Oogartsen behandelen mensen met oogklachten of risico op oogaandoeningen in de tweede lijn, meestal op verwijzing van de huisarts. Het NOG beschrijft het werkdomein van de oogarts als volgt: “De oogarts houdt zich bezig met de diagnostiek en behandeling van afwijkingen van het oog, het

¹⁴⁰ Nationale Rapportage Oogzorg 2018. Oogfonds en Specsavers.

*visuele systeem, de orbita, de oogleden en de traanwegen. De oogarts is hiertoe werkzaam in de tweedelijnsgezondheidszorg.*¹⁴¹

De opleiding tot oogarts duurt nominaal 5 jaar, maar de gemiddeld duur is 5,2 jaar. Sinds 2017 wordt er maximaal opgeleid (in 2019 waren er in totaal 174 oogartsen in opleiding), maar in de periode 2012-2016 is er ver onder het maximaal geadviseerde aantal de opleiding ingestroomd. Van de 818 oogartsen die in 2019 geregistreerd stonden was 84% ook daadwerkelijk werkzaam. De beroepsgroep vergrijst: binnen 10 jaar zal 37% van de mannelijke en 20% van de vrouwelijke ingeschreven oogartsen uitstromen. Daarnaast neemt het percentage dat vrouw is toe; momenteel is dat 50% maar in de opleiding 60%¹⁴².

De vraag naar oogartsen zal volgens het Capaciteitsorgaan de komende 10 jaar door demografische veranderingen fors toenemen, met 14,5%. Daarnaast is er sprake van een 'onvervulde zorgvraag', een 'actueel' verschil tussen het zorgaanbod en de zorgvraag, naar schatting 5% van de huidige capaciteit. Dit uit zich onder andere in een gemiddelde wachttijd voor het eerste polikliniekbezoek in ziekenhuizen van 8,6 weken, wat ver boven de zogenaamde Treeknorm is. Wachttijsten voor oogartsen bestaan al veel langer. Zo was in 2017 de gemiddelde wachttijd tegen de 10 weken. Echter zijn de wachttijden in zelfstandige behandelcentra (ZBC's), waar een toenemend aantal oogartsen werkzaam is, lager namelijk gemiddeld 4,7 weken. Ook de zogenaamde vacaturegraad voor oogartsen is relatief hoog: in 2018 tussen de 2 en 3% van de huidige capaciteit¹³⁷.

Voor het oogartsenvak wordt verwacht dat het aantal uit te voeren intravitreale injecties per jaar zal afnemen omdat deze een langere werkingsduur hebben. Daar staat tegenover dat toenemende administratieve lasten en kwaliteitscriteria zullen leiden tot een toename van inefficiëntie. Ook is de verwachting dat het gebruik van *artificial intelligence* zal het werkproces van oogartsen verbreden en vergroten¹³⁷.

Optometristen

De optometrist is als een relatief 'jong' beroep binnen de eerstelijns oogzorg benoemd nadat in 1989 begonnen werd met een vierjarige dagopleiding optometrie aan de Hogeschool Utrecht, welke in 1993 door het ministerie van OC&W erkend werd als officiële HBO-opleiding. Sinds 1995 is er naast de dagopleiding ook een vierjarige deeltijdvariant. Het beroep optometrist is per 15 november 2000 in artikel 34 van de Wet BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) opgenomen. Daarmee werd de optometrist een wettelijk erkend beroep en mag een beroepsbeoefenaar zichzelf alleen optometrist noemen indien de vierjarige HBO-opleiding tot optometrist is afgerond. De optometrist is, zonder verwijzing van de huisarts, direct toegankelijk voor patiënten.

Daar waar de opticien de gezichtsscherpte en de bijbehorende brilsterkte meet, onderzoekt de optometrist naast het bepalen van de bril- of contactlenssterkte ook de ooggezondheid. Daartoe wordt optometrisch onderzoek verricht, wordt een optometrisch plan van aanpak uitgezet, oogmetingen gedaan en afwijkingen of ziektes aan het oog opgespoord. Volgens het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied optometrist'¹⁴³ worden de volgende zaken tot het gebied van de deskundigheid van de optometrist gerekend (Artikel 5, Stb. 2000, 297):

- a. "het screenen van de cliënt op oogaandoeningen met behulp van daartoe geëigende apparatuur of door het toedienen van voor het onderzoek noodzakelijke, door Onze Minister aangewezen, farmaca en bij constateren van een oogaandoening verwijzen naar huisarts of oogarts;
- b. het op verwijzing van een huisarts of oogarts met behulp van daartoe geëigende apparatuur of door het toedienen van onder a bedoelde farmaca uitvoeren van vervolgonderzoeken met

¹⁴¹ www.oogheelkunde.org

¹⁴² Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023. Deelrapport 1: Medische specialismen, Klinische technologische specialismen, Spoedeisende geneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan.

¹⁴³ Zie <https://wetten.overheid.nl/BWBR0011461/2011-01-01>.

betrekking tot oogaandoeningen bij daarvoor in aanmerking komende patiënten met chronische ziekten.”

Van belang voor taakherschikking is dat optometristen zich steeds meer kunnen specialiseren. Vier specialisaties zijn:

- binoculair zien (het opsporen en verhelpen van samenwerkingsproblemen tussen de ogen),
- low vision (het aanmeten van hulpmiddelen voor slechtzienden),
- refractiechirurgie (het veranderen van de oogsterkte door laseren of implantlenzen),
- contactlenzen.

Optometristen zijn geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici. Begin 2010 waren er naar schatting 820 optometristen in Nederland werkzaam¹⁴⁴, momenteel is dit aantal zo'n 1.100¹⁴⁵. Een meerderheid van de optometristen (65%) is werkzaam in de eerstelijns oogzorg; zij werken in optiekbedrijven en optometriepraktijken, waar zij zowel contactlenzen en brillen aanmeten als optometrische zorg verlenen. Daarnaast werken optometristen in de tweedelijnsgezondheidszorg samen met oogartsen en zijn daar verantwoordelijk voor een deel van het vooronderzoek en de nacontrole bij medisch oogheelkundige behandelingen. Ook zijn optometristen werkzaam in de derde lijn in regionale instellingen voor slechtzienden en in de optische industrie of het onderwijs.

Een aantal trends is van belang voor de positionering van het beroep van de optometrist. Ten eerste heeft de optometrist te maken met dezelfde zorgvraag-ontwikkelingen die hiervoor bij de oogartsen zijn genoemd. Er is een toename van de zorgvraag, vooral vanwege het stijgend aantal ouderen. Daarnaast komen meer mensen bij de optometrist terecht omdat er minder lang wordt gewacht wordt met hulp zoeken bij visuele problemen en brillen vaker en sneller worden aangemeten. Ten tweede is voor taakherschikking van belang dat samenwerking en taakdifferentiatie met de oogarts steeds meer bevorderd wordt door de hiervoor beschreven tekorten aan oogartsen, maar ook door innovatie en meer beroepsdifferentiatie binnen de optometrie. Optometristen zijn vanuit hun beroepsontwikkeling zich meer gaan ontwikkelen op een meer 'stringentere manier van werken' (effectief, efficiënt, multidisciplinair en practice of evidence based) mede gevoed door de toenemende eisen op het gebied van kwaliteitszorg. Dat geldt zeker voor de groeiende groep optometristen die werkzaam zijn in de tweedelijns en daar intensief met oogartsen samenwerken.

Bevorderende factoren

In de paragraaf hiervoor zijn al twee trends benoemd die taakherschikking tussen oogartsen optometristen bevorderen. Waarmee nog niet gezegd is dat taakherschikking in de oogzorg nu een hoge vlucht heeft genomen, omdat er ook belemmerende factoren zijn die in de volgende paragraaf worden besproken. Bevorderend voor taakherschikking is in ieder geval het feit dat al langere tijd de vraag naar oogheelkundige zorg groter is dan het aanbod, en er daarmee ruimte is voor optometristen om bepaalde taken van oogartsen over te nemen – of uit te voeren zodat deze niet meer oogartsen gedaan hoeven te worden. Ook werkt bevorderend dat optometristen een groeiende beroepsgroep vormen die sterk georganiseerd is, investeert in bij- en nascholing, specialisering, innovatie en techniek. Waarmee hun competenties en vaardigheden ook vergroot worden om taken van oogartsen over te nemen¹⁴⁶.

Taakherschikking door filterwerking in de driehoek oogarts-optometrist-huisarts

¹⁴⁴ Amelsvoort, J. van, Kauffman, K., & Peters, F. (2010). De arbeidsmarkt van optometristen en orthoptisten. Nijmegen: KBA.

¹⁴⁵ <https://www.optometrie.nl/optometrist/beroep/beroepsprofiel>.

¹⁴⁶ Bussemakers, H., Treskens, D.J., Bleeker en J.C., Klomp, H.J. (2005). Optometristen in de oogheelkundige praktijk. Medisch Contact 44.

Eén van de eerste Nederlandse studie rond taakherschikking in de oogzorg betrof een onderzoek waarbij optometristen hun patiënten screenden en de resulterende beelden door naar het ziekenhuis stuurden die vervolgens verder beoordeeld werden door opgeleide technici. Hieruit bleek dat slechts 27% van de patiënten werd opgeroepen voor aanvullend onderzoek in het ziekenhuis. Daarnaast werd bij slechts 11% van de patiënten een oogarts geraadpleegd. Tele-oogzorg was daarbij overigens van cruciaal belang voor het waarborgen van de kwaliteit en het vereenvoudigen van de informatie-uitwisseling en coördinatie¹⁴⁷.

Uit een andere studie van Prismant uit 2006 onder zeven optometristen in de regio Rijnmond bleek dat het merendeel van patiënten op eigen initiatief naar een optometrist ging, dan wel door een opticien of contactlensspecialist werd verwezen. Een kwart van de patiënten werd verwezen door een huisarts of een oogarts. Ten tweede werd geconcludeerd dat patiënten die door optometristen werden onderzocht, relatief weinig naar andere zorgverleners werden doorverwezen; slechts 4% werd verwezen naar de huisarts en 21% naar de oogarts. Patiënten die op eigen initiatief een optometrist bezochten, werden naar verhouding vaker verwezen naar de oogarts dan patiënten die door andere zorgverleners naar een optometrist werden verwezen. De auteurs concludeerden dat er sprake was van een 'duidelijke filterfunctie' van optometristen. Geïnspireerd door dit onderzoek en in opdracht van de OVN, heeft het NIVEL het rapport 'De omvang en potentiële filterwerking van de optometrist binnen de oogzorg in Nederland: een verkennende analyse op basis van cliëntgegevens van optometriepraktijken en LINH' uitgebracht¹⁴⁸. Voor acht aandoeningen is een 'substitutiepotentieel' ingeschat waarover twee oogartsen en vier optometristen het eens waren dat hiervoor filterwerking door de optometrist mogelijk is. Het ging om refractieafwijkingen, presbyopie, hypermetropie, myopie, astigma-tisme, cataract/staar, insufficiënte traanfilm en maculadegeneratie. Met het onderzoek is ingeschat dat de grootste potentiële filterwerking aanwezig is bij refractieafwijkingen en cataractverdenking op basis van visusdaling.

Taakherschikking tussen oogartsen en optometristen kan dus niet los gezien worden van de taakverdeling tussen oogartsen en optometristen aan de ene kant, en huisartsen aan de andere kant. Uit een studie van het Nivel uit 2013/2014 bleek dat een aantal taken van de huisarts op het gebied van oogzorg in principe kan worden overgenomen door een optometrist¹⁴⁹. In een vignetonderzoek stonden acht oogklachten centraal die geregeld kunnen voorkomen in een eerste consult bij zowel een oogarts, huisarts en optometrist. Uit analyses bleek ten eerste de extramuraal werkzame optometrist in de meeste gevallen (vignetten) dezelfde diagnoses omschrijft als de oogarts. Ook blijkt dat de optometrist hierin gemiddeld meer overeenstemt met oogarts dan de huisarts met de oogarts. Ten tweede blijkt dat het (virtuele) doorverwijsgedrag van de optometristen minder behoudend is dan dat van de huisartsen. Zij gaven vaker zelf aan nader onderzoek te doen, zowel op basis van het basisvignet als het vervolgvignet. Het type onderzoek dat de optometristen noemen komt daarbij grotendeels overeen met wat oogartsen omschreven. Geconcludeerd werd dat diagnostiek, onderzoek- en behandeladvies bij zes van de acht klachten (hoofdpijn, visusdaling, vervormd beeld, vlekjes, lichtflitsen, zand- of tranend gevoel), basis geven voor verdere verkenning van 'filterwerking' en samenwerking tussen optometrist enerzijds, en oogarts en huisarts anderzijds.

¹⁴⁷ Mul, M. de, Bont, A.A. de, Reus, N.J., Lemij H.G. & M. Berg (2004). Improving the quality of eye care with tele-ophthalmology: shared-care glaucoma screening. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 10:331-6..

¹⁴⁸ Batenburg & van Hassel, De omvang en potentiële filterwerking van de optometrist binnen de oogzorg in Nederland: een verkennende analyse op basis van cliëntgegevens van optometriepraktijken en LINH, 2012

¹⁴⁹ Batenburg, R., Hansen, J., Lee, I. van der, Dijk, C. van, Nielen, M. (2014). De potentiële filterwerking van de extramuraal optometrist in de Nederlandse oogzorg: een vignetonderzoek. Hoofdrapport. Utrecht: NIVEL.

Taakherschikking in de oogzorg houdt dus ook de ‘filterende werking’ in die het werk van de optometrist heeft op de instroom naar de oogarts. In 2002 werd de optometrist al omschreven als een potentiële poortwachter in de oogzorg¹⁵⁰. De poortwachtersfunctie bij oogzorg zou verder kunnen verschuiven van de huisarts naar de optometrist, of huisartsen en optometristen delen de verantwoordelijkheden van deze poortwachtersfunctie. Door meer gespecialiseerde oogmetingen, onderzoek en advies te verrichten kunnen doorverwijzingen naar oogartsen worden voorkomen. Daarnaast kan filterwerking of substitutie binnen de eerste lijn ook verbreed worden als door onderlinge doorverwijzing tussen huisarts en optometrist patiënten langer en intensiever in de eerste lijn worden behandeld. Bevorderend hiervoor is dat in de eerstelijns oogzorg ook een groeiend aantal orthoptisten, opticiens, en huisartsen met bijzondere bekwaamheid oogheelkunde werkzaam zijn.

Ook bevorderend voor taakherschikking is dat de intramuraal werkende optometrist als verlengde arm van de oogarts verantwoordelijk is geworden voor een groot deel van de voor- en nazorg van patiënten. Daarmee vindt niet alleen taakherschikking plaats binnen het ziekenhuis, maar kunnen de intramuraal werkende optometristen ook taakherschikking tussen oogartsen en hun extramuraal werkende collega’s in de eerste lijn verder ondersteunen.

De rol van beroepsverenigingen en samenwerkingsafspraken

Welke vorm van filterwerking of substitutie binnen en tussen de eerste- en tweedelijns oogzorg wenselijk en haalbaar is, is met name een discussie die ook door de beroepsverenigingen wordt gevoerd. Een belangrijk wapenfeit is dat drie beroepsverenigingen, het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG), de Optometristen Vereniging Nederland (OVN) en de Nederlandse Vereniging van Orthoptisten (NVVO), in het najaar van 2013 samen het ‘Plan Geïntegreerde Oogzorg’ hebben gepubliceerd¹⁵¹. Hierin is een aantal zorgvragen beschreven die rechtstreeks bij de optometrist in de eerste lijn terecht kunnen komen¹⁵², en zijn (globale) afspraken vastgelegd over werkdomeinen en verwijsroutes van de drie oogzorgberoepen (en ook de huisarts). Eerstelijns optometristen dienen hun patiënten volgens ‘Het Plan Geïntegreerde Oogzorg’ door te verwijzen naar de oogarts bij alle andere oogheelkundige zorgvragen. Taken die wel tot het werkdomein van de eerstelijns optometrist behoren volgens het Plan zijn diagnostiek bij oogklachten, het aanmeten van optische hulpmiddelen (bril, contactlenzen), de eerstelijns behandeling van droge ogen en asthenope klachten en gerichte screening bij diabetes en glaucoom. Ook geeft de optometrist advies bij klachten en afwijkingen die niet bedreigend zijn voor het gezichtsvermogen en waarvoor geen behandeling van de oogarts nodig is. Tot slot houdt de optometrist patiënten onder controle indien er geen gezondheidsrisico voor de patiënten bestaat.

Afspraken over taakherschikking, taakdifferentiatie en samenwerking zijn vervolgens nog weer opnieuw en verder vastgelegd in het dit jaar verschenen: ‘De juiste oogzorg op de juiste plek’ van de NOG en OVN, en nu ook met de patiëntenvereniging Oogvereniging¹⁵³. De notitie is verschenen in lijn met de beweging de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) waarbij er voorkomen wordt dat er onnodig duurdere zorg geleverd wordt en ingezet wordt op zorg dichterbij huis, waar dat mogelijk is. Met betrekking tot taakherschikking wordt in de notitie bevestigd wat ook al eerder is geconcludeerd:

¹⁵⁰ Stevens, F.C., Horst, F. van der & F. Hendrikse (2002). The gatekeeper in vision care. An analysis of the coordination of professional services in The Netherlands. Health Policy, 60: 285-297.

¹⁵¹ OVN, NVVO & NOG (2013). Plan Geïntegreerde Oogzorg. OVN, NVVO & NOG; 2 oktober 2013.

¹⁵² In het plan wordt geïntegreerde zorg als volgt omschreven: “Geïntegreerde zorg is gericht op de individuele behoeften van de cliënt of patiënt, waarbij professionals hun activiteiten zo veel mogelijk op elkaar afstemmen. Hierdoor ontstaat een samenhangend aanbod van zorg rond de cliënt of patiënt.”

¹⁵³ OVN, NOG en Oogvereniging (2020). De juiste oogzorg op de juiste plek. OVN, NOG en Oogvereniging; 18 maart 2020.

- Oogheekkundige onderzoeksmogelijkheden en -vaardigheden van de huisarts zijn vaak beperkt. Nagenoeg alle oogheekkundige zorgvragen (met uitzondering van oogmetingen) worden op dit moment doorverwezen naar de oogarts. Ook patiënten met eenvoudige oogheekkundige problematiek.
- De optometrist kan voor patiënten met een specifieke set niet acute oogheekkundige klachten als poortwachter naar de oogarts fungeren. Daarmee wordt de juiste zorg op de juiste plek geboden.

Interessant is verder dat aangegeven dat dat *“doel is te voorkómen dat laag complexe zorg bij de oogarts in de tweede lijn terecht komt, niet zozeer om zorg van de tweede naar de eerste lijn over te hevelen”*. Er wordt op een ‘preventieve vorm van taakherschikking’ ingezet die hiervoor is beschreven, namelijk dat de optometrist meer patiënten ziet en behandelingen uitvoert, waardoor het volume naar de oogartsen in principe zou moeten afnemen. In de notitie wordt verwezen naar een aantal regionale pilots die *“(…) laten zien dat de juiste oogheekkundige zorg op de juiste plek werkt. Het is tijd voor besteding van deze wijze van zorgverlening, zodat er een uniforme werkwijze in de zorg wordt geïmplementeerd en niet elke regio zelf het wiel opnieuw moet uitvinden”*. De notitie De Juiste Oogzorg op de Juiste Plek gaat wat betreft taakherschikking verder dan het Plan Geïntegreerde Oogzorg; al wordt ook vaak de term ‘filterwerking’ ook vaak gebruikt zoals hiervoor aangegeven. Expliciet wordt aangegeven:

“Het voordeel voor de patiënt van deze nieuwe inrichting van het oogheekkundige zorglandschap, is een snelle toegang voor bepaalde patiënten bij de optometrist dicht bij huis, (bij voorkeur zonder eigen risico te betalen). Daardoor ontstaat meer ruimte voor het behandelen van patiënten met complexe zorgvragen op het spreekuur van de oogarts en is er bij een uitbreiding van de consulttijd van de oogarts per patiënt meer tijd voor samen beslissen.”

De ‘snelle toegang tot de optometrist’ moet worden bereikt doordat de huisarts voor een specifieke set niet acute oogheekkundige klachten naar de optometrist verwijst in plaats van naar de oogarts.

Belemmerende factoren

Ondanks de bevorderende factoren en ontwikkelingen die hiervoor zijn beschreven, speelt een aantal factoren al langer een rol die taakherschikking tussen optometrist en oogarts juist belemmeren.

Medisch/zorg-inhoudelijk afstemming en domeinafspraken

Binnen de oogzorg bestaat consensus over het uitgangspunt dat preventie en screening ervoor zorgt dat oogklachten geen oogaandoeningen worden en worden patiënten voor eenvoudigere (laag-complexe) oogzorg in eerste lijn onderzocht en behandeld. Voor acute en specialistische oogzorg worden patiënten dan snel en effectief in het ziekenhuis worden behandeld. Discussie bestaat evenwel over wat ‘laag-complexe oogzorg’ nu precies is, en wat verantwoord om tijdelijk of permanent in de eerste lijn te behandelen. Daarmee is dit belangrijke belemmerende factor voor taakherschikking en de bepaling wat nu de juiste oogzorg is en wie deze zou moeten leveren. Algemene richtlijnen zijn vastgelegd in de Wet BIG en richtlijnen zoals hiervoor beschreven, maar er is nog veel ruimte voor interpretatie en praktische uitvoering. Zo werd in het NOG Standpunt in 2014 expliciet gesteld dat het delegatie van voorbehouden handelingen naar optometristen en orthoptisten afwijst, want:

- Er wordt geen efficiëntiewinst mee behaald omdat supervisie nodig is/blijft;
- Voorbehouden handelingen niet ‘logisch’ het deskundigheidsgebied van de paramedicus vormen;
- De opleiding tot oogarts ‘de basis is van een helder kwaliteitsbeleid’ en daarmee:
 - voor de patiënt duidelijk maakt wat de kwalificaties van de professional is;
 - wie is hoofdbehandelaar is;

- welke informatie wordt aan wie gegeven;
- wie is aanspreekbaar t.a.v. het goed verlopen van de opeenvolgende schakels.

De notitie De Juiste Oogzorg op de Juiste Plek uit 2020 tracht zo specifiek mogelijk aan te geven tot hoever de bevoegdheid en bekwaamheid van de optometrist reikt, om de helderheid te creëren die taakherschikking in de weg staat. In de notitie wordt een set beschreven “voor effectieve en doelmatige zorgverlening, passend binnen de competenties van de optometrist en met een zo laag mogelijk aantal patiënten dat alsnog naar de oogarts wordt verwezen.” Ook wordt expliciet beschreven welke kwaliteitsborging nodig is voor optometristen die oogheeskundige onderzoeken uitvoeren, namelijk:

- Kwaliteitsregistratie via het Kwaliteitsregister Paramedici (hierdoor borging volumennorm en deskundigheidsbevordering en intercollegiaal overleg);
- Kwaliteitsvisitaties binnen de beroepsgroep;
- Cliënttevredenheidsonderzoek;
- Het volgen van richtlijnen.

Bekostiging

Bij taakherschikking tussen oogarts en optometrist speelt de vraag of kostenbeheersing door substitutie of filterwerking tussen tweede en eerste lijn kan worden behaald zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit en de toegankelijkheid van oogzorg. Een belemmerende factor die ook in de notitie De Juiste Oogzorg op de Juiste Plek wordt genoemd is de financiering. Aangezien ingezet wordt meer op verwijzing van de huisarts naar de optometrist in plaats van de oogarts wordt aangegeven dat tijdelijke financiering nodig is via de zogenaamde ‘Segment-3 gelden van de huisartsenzorg’. Zo kan deze zorg gefinancierd worden als ‘anderhalvelijnszorg’ zonder dat aanspraak wordt gemaakt op het eigen risico van patiënten. Ook dient projectfinanciering gevonden te worden in overleg tussen verzekeraar(s) en het lokale netwerk. Andere belemmerende factoren die worden genoemd zijn:

- Het ontbreken van een ‘uniform speelveld’;
- Een onwenselijke scheiding is tussen ‘commercie en zorg’;
- Het ontbreken van kostendekkende tarieven voor optometrische anderhalvelijns zorg;
- Het lokaal vastleggen van organisatorische en juridische randvoorwaarden;
- Het ontbreken van ‘positieve incentives’ voor alle betrokken partijen om van zorg op de juiste plek een succes te maken.

De gezamenlijke notitie van de beroepsverenigingen is *an sich* een bevorderende factor is voor taakherschikking tussen optometrist en oogarts, en het streven naar “zorg die in samenhang met en afstemming tussen huisartsen, optometristen en oogartsen wordt geleverd met als doel verwijzing naar tweede lijn zoveel mogelijk te voorkomen”. De notitie maakt echter ook duidelijk dat nog aan veel randvoorwaarden moet worden voldaan en afspraken met zorgverzekeraars de belangrijkste volgende stap moet zijn. De drie partijen (NOG, de OVN en de Oogvereniging) geven aan tot een landelijke afspraak te willen komen met zorgverzekeraars over de bekostigingsvorm en een uniforme aanpak van oogheeskundige zorgprojecten in de regio’s.

5 Resultaten groepsdiscussie

Geordende samenvatting van de discussie

Met het oog op het doel van de groepsdiscussie, namelijk om input te geven aan verdere visievorming van VWS over taakherschikking, is besloten alle opmerkingen, stellingen, voorbeelden en vraagstukken van de groepsdiscussie te ordenen volgens een eenvoudige maar relevante driedeling:

- de doelen van taakherschikking,
- het proces van taakherschikking en
- de uitkomsten van taakherschikking.

Hieronder worden deze drie hoofdonderwerpen beschreven. Binnen deze hoofdonderwerpen kwamen verschillende subthema's aan bod die elk kort worden samengevat.

Doelen van taakherschikking

Waarom wordt taakherschikking ingezet, met welk doel is taakherschikking ontstaan en/of geïnitieerd? Binnen het hoofdonderwerp doelen van taakherschikking kwamen in de groepsdiscussie de volgende onderwerpen en subthema's aan bod.

1. Ten eerste werd verschillende keren benadrukt dat het belangrijk is om van te voren helder te hebben wat het doel is van de beoogde taakherschikking. Verschillende doelen vergen namelijk een verschillende aanpak. Ook betekent dit dat bij het evalueren van taakherschikking deze doelen als uitgangspunt moeten worden genomen. Inhoudelijk werd als belangrijk hoofddoel de *kwaliteit van patiëntenzorg* genoemd. Hierbij werd benadrukt dat de focus van elke wijziging in het inrichten van de zorg gericht moet zijn op het bieden van de best mogelijke patiëntenzorg.
2. Een ander inhoudelijk doel van taakherschikking betreft de mate waarin het *zorgaanbod toekomstbestendig en wendbaar* is. Taakherschikking kan bijdragen aan een zorgsector die in staat is flexibel in te springen op veranderingen. Om dit te bewerkstelligen moeten professionals wel breed opgeleid worden zodat zij breed inzetbaar zijn, en ook wendbaarder zijn. Beargumenteerd werd om in te zetten op T-shaped professionals: mensen met zowel specialistische kennis en vaardigheden als brede competenties.
3. Gerelateerd hieraan is het subthema *skillmix*. De deelnemers benadrukten dat het steeds belangrijker wordt een andere visie te adopteren in de zorg. Men moet gaan denken in benodigde competenties voor het verlenen van zorg, in plaats van denken in beroepen. Dit vergt wel een omslag in denken. Het is belangrijk dat de skillmix in het team (of organisatie) goed afgestemd is op de taken die moeten gebeuren. Wie precies wat doet is van secundair belang.
4. Hieruit volgt het volgende subthema: taakherschikking als middel tot *betere samenwerking tussen beroepsgroepen*. Dit (bijkomend) doel van taakherschikking behelst zowel betere samenwerking tussen beroepsgroepen binnen teams als buiten teams (en organisaties). Het sluit hiermee aan op het bredere doel van de kwaliteit van patiëntenzorg door het bevorderen van een sluitende zorgketen.
5. Daarnaast werd ingegaan op het thema *bottom-up benadering van taakherschikking*. Het is bij taakherschikking belangrijk om te kijken wat in de praktijk nodig is. Er moet dus bij het vormgeven van taakherschikkingsinitiatieven vanuit de (toekomstige) zorgvraag geredeneerd worden. Ook werd aangegeven dat deze behoeften op lokaal niveau anders kunnen zijn. Een verwant subthema dat ook regelmatig terugkwam is de *tijdelijkheid van taakherschikking*. Bediscussieerd werd of taakherschikking een tijdelijke oplossing voor een tijdelijk probleem is of niet. Aangegeven werd dat taakherschikkingsinitiatieven vaak ontstaan vanuit een urgente vraag zoals acute tekorten. Soms verdwijnen deze ook weer wanneer tekorten opgelost zijn. Er werd

een voorbeeld genoemd waarin bepaalde functies tijdelijk extra bevoegdheden kregen om wachtlijsten weg te werken, waarna deze bevoegdheden weer werden ingetrokken.

6. Tenslotte werden voorbeelden besproken van acute problemen die tot taakherschikking leidden, maar die wel van een blijvende aard zijn. Tot slot werd het vergroten van de *aantrekkelijkheid van beroepen* genoemd. Dit is geen hoofddoel op zich, maar het structureel herschikken van taken van de ene naar de andere beroepsgroep kan ook de aantrekkelijkheid van dat beroep vergroten.

Proces van taakherschikking

In het proces van taakherschikking werd in de groepsdiscussie een aantal belemmerende factoren voor taakherschikking besproken. Daarnaast werd een aantal keer een bepaalde (toekomst)visie op hoe het ideale proces van taakherschikking eruit zou kunnen zien geuit.

1. Allereerst werd genoemd dat bij taakherschikking de *afbakening tussen taken* van de verschillende beroepen soms moeilijk kan zijn. Hierbij speelt beroepsidentiteit, mate van specialisatie en opleidingsduur een rol. Deze achtergronden kunnen bepalen in hoeverre beroepsgroepen openstaan voor taakherschikking. Aan de ene kant willen beroepsbeoefenaren hun takenpakket meestal uitbreiden, aan de andere kant zijn niet alle beroepen die taken herschikken bereid om taken op te geven. Hier ontstaat een spanningsveld. Ter bevordering van zorginnovatie is het volgens de experts echter wel nodig om taken te herschikken van de ene naar de andere beroepsgroep.
2. Een factor die hierbij ook een rol speelt is het *vertrouwen* van de beroepsgroep die taken herschikt naar een andere beroepsgroep in de competenties van deze zorgverleners. Bij de start van een taakherschikkingsinitiatief is er soms twijfel over of de juiste competenties aanwezig zijn, vooral wanneer de taken die herschikt worden als de essentie van een beroep worden gezien. Er kan veel tijd gaan zitten in afstemming tussen beroepsgroepen en kennis nemen van elkaars competenties en opleidingsachtergrond. Soms moet hierbij ook geïnvesteerd worden in het bijspijkeren van bepaalde delen van kennis.
3. Daarnaast werd benoemd dat tijdens het proces van taakherschikking *nieuwe beroepen* kunnen ontstaan, of dat zorgtaken die eerder het exclusieve terrein waren van 1 beroepsgroep nu door meerdere beroepsgroepen uitgevoerd kunnen worden. Dit kan het werkveld onoverzichtelijk maken (voor patiënten, maar ook op organisatieniveau: welke functies zet je wanneer in en hoe creëer je een goede *skill-mix*). Soms is het zo dat deze nieuwe beroepen vooral nieuwe taken uitvoeren. In dat geval is taakherschikking geen oplossing voor een tekort op de arbeidsmarkt, of voor het betaalbaar houden van de zorg. In de toekomst zouden bestaande beroepen kunnen worden samengevoegd, wanneer er te veel overlap blijkt te zijn.
4. Hierbij hebben opleidingsinstellingen een *financiële prikkel* om meer mensen op te leiden (en soms ook nieuwe opleidingen te starten voor nieuwe beroepsgroepen). Dit kan belemmerend werken bij het voorgaande punt (namelijk dat er te veel beroepen kunnen ontstaan waardoor het werkveld onoverzichtelijk wordt). Het is volgens de deelnemers van belang om niet te werken met 'schoorsteenopleidingen' (waarbij smal opgeleid wordt voor één beroep). In plaats hiervan kunnen breed inzetbare professionals worden opgeleid (*T-shaped professionals*), zodat zij flexibel kunnen worden ingezet. Als de arbeidsmarkt flexibeler zou worden is echter wel de vraag hoe capaciteitsplanning (zoals momenteel door het Capaciteitsorgaan wordt gedaan) moet plaatsvinden aangezien hierbij voor beroepsgroepen wordt geraamd. Ook werd hierover genoemd dat als structureel teveel vooral medisch-specialistische beroepen wordt opgeleid, dit taakherschikking in de weg kan staan omdat het één van de noodzaken tot taakherschikking (tekorten op de arbeidsmarkt) wegneemt. Het idee om meer breed en flexibel inzetbare mensen

op te leiden om in te zetten in tijden van arbeidsmarktkrapte kan mogelijk ook zorgen voor disbalans op de arbeidsmarkt¹⁵⁴. Wanneer er veel van dit soort breed opgeleide professionals nodig zijn en er zijn er ook veel beschikbaar is er geen probleem. Maar wanneer de arbeidsmarkt weer 'in balans' komt en er ook op andere plaatsen geen tekorten zijn zou er een overschot kunnen ontstaan van deze professionals. Een toekomstvisie zou kunnen zijn dat voor hen meer sociale voorzieningen komen ter overbrugging van dit soort periodes.

5. Naast deze punten werd benoemd dat *technologie* ook een belangrijke rol kan spelen als het gaat om taakherschikking. Technologie kan leiden tot nieuwe functies die gespecialiseerd zijn in bepaalde techniek, wat kan leiden tot een grotere mate van functie-differentiatie. Ook is de vraag of technologie (bijvoorbeeld AI) bepaald werk geheel kan overnemen. Hierover verschillen de verwachtingen. De één denkt dat het mogelijk is dat bepaald werk geheel wordt vervangen door technologie, terwijl anderen ervan uitgaan dat technologie eerder een aanvullende rol zal spelen ter ondersteuning van zorgpersoneel.
6. Tenslotte werd benoemd dat betaaltitels een belemmerende factor kunnen zijn in het realiseren van taakherschikking en werd genoemd dat taakherschikking een stapsgewijs en langdurig proces is, wat in de praktijk uitgroeit tot volledige taakherschikking (met gevolgen voor bepaalde officiële bevoegdheden). Tijdens dit proces komen beroepsgroepen nader tot elkaar en evolueert de zorgketen. Dit is niet iets wat van de ene op de andere dag realiseerbaar is, omdat beroepsgroepen geleidelijk aan meer gaan samenwerken en elkaar beter leren kennen (zie ook hierna).

Uitkomsten van taakherschikking

In de groepsdiscussie zijn ten derde de bedoelde en onbedoelde uitkomsten (of gevolgen) van taakherschikking aan de orde gekomen. Deze werden genoemd in relatie tot de doelen en processen van taakherschikking zoals hiervoor beschreven.

1. Het oplossen van tekorten wordt vaak genoemd als één van de belangrijkste bedoelde of beoogde uitkomsten van taakherschikking, vooral als oplossing voor tekorten aan (basis)artsen en medisch specialisten. Het blijft echter een belangrijke vraag of dit doel in de praktijk wel bereikt is of wordt. Dat komt ten eerste omdat dit lastig empirisch vast te stellen is. Er kunnen zelden 'zuivere experimenten' worden uitgevoerd waarin taakherschikking als interventie wordt ingezet in één afdeling of organisatie en in een andere niet, anders of later. Ten tweede leidt taakherschikking ook tot andere uitkomsten die niet direct gerelateerd zijn aan het verminderen van tekorten. Bijvoorbeeld het uitbreiden van het zorgaanbod, het intensiveren van zorgdiensten, of het vervullen van onvervulde zorgvragen. En ten derde speelt dat taakherschikking vaak 'ingevoerd' wordt als onderdeel van meer omvattende organisatieveranderingen waardoor het 'directe effect' van taakherschikking lastig te ontleden is.
2. Voor een goede implementatie en een betekenisvolle evaluatie van taakherschikking moeten de methoden van onderzoek goed worden afgestemd op de doelen en mogelijkheden in de praktijk. Dit maakt het belangrijk om naar de uitkomsten van taakherschikking te kijken op zowel de korte als lange termijn. Het oplossen van tekorten is vaak een korte termijn-uitkomst die wordt nagestreefd, terwijl het veranderen van bestaande werkprocessen of structuren meer een lange termijn-uitkomst is. Daarnaast kan meer samenwerking tussen beroepsgroepen ook als een uitkomst van taakherschikking worden gezien. Taakherschikking brengt een proces op gang waarin interprofessionele samenwerking op de werkvloer, maar ook in de opleiding en op bestuurlijk niveau, noodzakelijk wordt om nieuwe afspraken goed te regelen. Samenwerking en

¹⁵⁴ Natuurlijk zitten hier ook grenzen aan. Het vergt (ook) veel tijd om specialistische kennis en vaardigheden te leren.

vertrouwen tussen beroepsgroepen is dus tegelijkertijd een voorwaarde én een uitkomst van taakherschikking.

3. Als uitkomst van het proces van taakherschikking wordt ook vaak gekeken naar de uiteindelijke vastlegging hiervan in bepalingen zoals richtlijnen, standaarden, werkwijzers of aanpassing van de Wet BIG als het gaat om voorbehouden handelingen. Een belangrijke observatie hierbij is ten eerste dat dergelijke juridische of institutionele aanpassingen een sluitstuk zijn van een proces dat al veel langer gaande is in de praktijk. Zeker als het gaat om aanpassingen in juridisch/bestuurlijke afspraken is al jaren sprake van taakherschikking in de brede zin des woords en praktijk; of is er sprake van taakdelegatie die steeds meer uitgebreid wordt in termen van taken en verantwoordelijkheden. Ten tweede moet bedacht worden dat niet alle handelingen, taken en processen in juridische of bestuurlijke afspraken (kunnen) worden vastgelegd. De Wet BIG legt maar een beperkt aantal zaken vast, en dat geldt ook voor richtlijnen en standaarden al zijn deze per definitie op processen van een lager operationeel niveau gericht. Dit toont ook weer aan dat er een grote afstand kan bestaan in niveau en ook tijdspanne tussen 'praktijk' en 'beleid'. Terwijl in zorginstellingen taakherschikkings-protocollen of 'contracten' soms al lang en breed op de werkvloer worden gebruikt (en vastleggen 'wie wat doet en waarom'), kost het de nodige tijd voordat beroepsorganisaties dit breed hebben kunnen inventariseren en vastleggen voor hun achterbannen. En duurt het vaak nog langer voordat dit op hoger beleidsniveau wordt opgepakt in bijvoorbeeld wettelijke bepalingen vanuit inspecties of ministeries.
4. Een vierde uitkomst van taakherschikking die in de discussie naar voren kwam betreft de toename van specialisaties en verbijzonderingen van beroepen en functies. Ook hier speelt dat niet altijd duidelijk is of specialisatie een 'driver' (zie hiervoor onder 'proces'), of een gevolg is van taakherschikking; net zo min als de causaliteit tussen interprofessionele samenwerking en taakherschikking niet evident is. Het is in ieder geval zo dat taakherschikking makkelijk kan samengaan met specialisatie, van zowel de beroepen die herschikken als de beroepen waarnaartoe ge-herschikt wordt. Dit kan bedoelde maar ook onbedoelde gevolgen hebben. Onbedoeld gevolg is de uitbreiding van de zorgketen wanneer er meer gespecialiseerde functies ontstaan die op hun beurt rond de patiënt of de behandeling (opnieuw) gecoördineerd moeten worden. Dit levert het tegenstrijdige beeld op dat met de inzet op meer multidisciplinaire teams er ook meer coördinatieproblemen kunnen optreden, en meer onduidelijkheid tussen professionals onderling en naar patiënten of cliënten toe – iets wat juist teams en coördinerende functies ('casemanagers') zou moeten voorkomen. Taakherschikking kan teams ingewikkelder in plaats van efficiënter maken wanneer specialisatie 'te ver doorschiet'. Eerder werd al aangegeven dat generalistische functies en competentieprofielen van belang zijn om de flexibiliteit en wendbaarheid in organisatie en processen te vergroten – en taakherschikking als 'aanjager' hiervan. Specialisatie blijft een sterke kracht in de beroepsontwikkeling, maar met het gevaar dat het aanbod en de dienstverlening niet meer goed aansluit bij de behoeften van patiënten en cliënten. Skill-mixes en team-samenstellingen dienen dus over individuele professies en competenties gecoördineerd te worden. Dat is ook van belang voor een ander onbedoeld gevolg van taakherschikking in combinatie met specialisatie, namelijk dat functies of beroepen in disbalans raken en de feeling met de reguliere patiëntenzorg (sprekend is in dit verband de term 'papieren dokter').

6 Conclusie en aanbevelingen

Het doel van dit onderzoek was ten eerst om vanuit de diversiteit aan taakherschikkingsinitiatieven in de gezondheidszorg, én binnen de kaders van de wetgeving, met experts uit praktijk en wetenschap de kansen en belemmeringen van taakherschikking te identificeren.

En ten tweede, om zo bij te dragen aan een samenhangende visie voor het ministerie van VWS om met (onder andere) taakherschikking arbeidsmarkttekorten en knelpunten in de organisatie van de zorg op te lossen dan wel te voorkomen. Vier hoofdvragen stonden centraal, welke hieronder samenvattend beantwoord worden:

1. *Welke diversiteit aan taakherschikking zien we binnen de verschillende zorgdomeinen binnen en buiten Nederland?*

Onze inventarisatie van de wetenschappelijke en grijze literatuur laat zien dat er in Nederland binnen elk zorgdomein wel een vorm van taakherschikking plaatsvindt. Vaak gaat de literatuur in op taakherschikking tussen artsen en verpleegkundigen, in het bijzonder als het gaat om het delegeren en herschikken van voorbehouden handelingen. De beroepen die op dit punt aan het experimenteerartikel 36a van de Wet BIG deelnemen worden per definitie zorgvuldig en langdurig onderzocht. Maar ook wordt veel onderzoek gepubliceerd door of voor beroepsverenigingen die taakherschikking onderling willen vastleggen in richtlijnen, protocollen of werkwijzers. De laatste jaren heeft het onderzoek naar taakherschikking meer aandacht gekregen door de ontwikkeling van de opleiding en het beroep van Physician Assistants (PA's) en Verpleegkundig Specialisten (VS-en). Beide (voor Nederland) relatief nieuwe beroepen zijn werkzaam in bijna alle zorgsectoren, en vervullen in het bijzonder een rol in de tweede lijn en langdurige zorg waar zij taken (kunnen) overnemen van artsen en medisch specialisten. Dat geldt ook in de eerste lijn, waar al vóór de introductie van PAs'en VS-en taakherschikking tussen huisarts en POH uitgebreid heeft plaats gevonden en als 'schoolvoorbeeld' van taakherschikking kan worden gezien. Binnen de eerste lijn zien we ook initiatieven tot taakherschikking tussen huisarts en apotheker, en tussen tandarts en mondhygiënist waarvoor recent een nieuwe experimenteerartikel 36a van de wet BIG van start is gegaan. Zoals gezegd vindt ook in andere sectoren taakherschikkings-onderzoek plaats, of wordt er met taakherschikking geëxperimenteerd, zoals taakherschikking tussen bedrijfsartsen en casemanagers, forensisch artsen en verpleegkundigen. Een voorbeeld van taakherschikking die 'over' de eerste en tweede lijn heen gaat is die tussen oogarts naar optometrist, en van andere medische specialisten naar paramedici. In dat geval is er geen sprake van een 'directe' overdracht van taken tussen beroepen binnen dezelfde organisatie of instelling, maar eerder van filterwerking: paramedici vangen patiënten en aandoeningen in de eerste lijn af, waarmee de doorverwijzing naar de tweede lijn vermindert.

Ook in de buitenlandse literatuur vinden we veel diversiteit aan taakherschikking, al is daar ook het vaakst gepubliceerd over herschikking van taken van artsen naar verpleegkundigen, PA's, VS-en of de Nurse Practitioner (NP). In sommige opzichten lijkt Nederland voorop te lopen in taakherschikking (bijv. wat betreft de inzet van PA's en VS-en), in andere opzichten zijn andere landen verder zoals het VK in taakherschikking tussen huisarts en apotheek. Dit geeft aan hoe context-gevoelig en systeemafhankelijk taakherschikking is, iets wat duidelijk naar voren komt als in het buitenland opgeleide professionals in Nederland gaan werken.

Tenslotte zien we in de literatuur dat onder taakherschikking verschillende processen en veranderingen in werkverdeling kunnen worden verstaan. Er wordt in de literatuur vaak aandacht besteed aan de definitie van taakherschikking, maar over het algemeen lijkt er consensus te zijn

ontstaan over de definitie van de RVZ uit 2002: “*Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken inclusief verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen*”¹⁵⁵. Vooral het onderscheid met taakdelegatie is hierbij belangrijk, waarbij de verantwoordelijkheid juist niet wordt overgedragen en er sprake is van (al dan niet tijdelijke) overdracht van taken van hoger naar lager opgeleide professionals.

2a. In hoeverre en hoe zijn deze vormen van taakherschikking vormgegeven en doorgevoerd?

Uit de literatuur komt naar voren dat taakherschikking vaak een langdurig proces is voordat die ‘geïstitutioniseerd’ is, maar dat vaak al eerder ontstaat op de werkvloer wanneer zich capaciteits- of efficiëntieproblemen voordoen. Een patroon is dat taakherschikkingsafspraken binnen organisaties worden uitgewerkt en daarna worden ‘opgeschaald’ naar sector- of landelijk niveau. In enkele gevallen wordt taakherschikking meer ‘van bovenaf’ geïnitieerd waarbij juist vertraging zit in de praktijk en de werkvloer zich langzaam lijkt aan te willen passen aan nieuwe werkverdelingen. Deze verschillen zien we terug aan de hand van de vijf cases die we hebben onderzocht. Zo is taakherschikking tussen de Arts Verstandelijk Gehandicapten en Specialisten Ouderengeneeskunde aan de ene kant, en PA’s en VS-en aan de andere kant, typisch ontstaan naar aanleiding van tekorten en capaciteitsproblemen in instellingen. Binnen die instellingen wordt al volop gewerkt en geëxperimenteerd met taakherschikking, maar is dit nog niet uitgewerkt in sectorbrede of landelijke afspraken. Taakherschikking tussen oogartsen en optometristen kent ook capaciteitsproblemen als achtergrond, maar daar komt het initiatief voort vanuit samenwerkingsafspraken tussen beroepsverenigingen. Hier wordt eerst op ‘institutioneel niveau’ bepaald onder welke randvoorwaarden taakherschikking zou kunnen plaatsvinden en dienen ook nog eerst nieuwe bekostigingsafspraken te worden gemaakt. Taakherschikking tussen huisarts en POH kan ook gezien worden als een proces waarin beroepsverenigingen een cruciale initiërende rol hebben gespeeld, maar mede door de steun van overheid en zorgverzekeraars heeft hier wél in relatief snel tempo taakherschikking in bijna alle huisartsenpraktijken plaats gevonden. Het voorbeeld waarin apothekers een nieuwe en aparte rol innemen binnen huisartsenpraktijken tenslotte, kent weer een ‘bottum-up-patroon’ en komt voort uit de behoefte om de kwaliteit van farmaceutische zorg te verbeteren: dit is tot nu toe beperkt gebleven tot een lokaal experiment en zal tijd nodig hebben om opgeschaald te worden.

Experts die zijn geconsulteerd voor dit onderzoek, wijzen op de nadelen van het langdurige, onomkeerbare proces waarmee taakherschikking tot nu toe vaak verloopt. Juist in de huidige tijd van toenemende arbeidsmarktknelpunten, snelle technologische, economische en maatschappelijke ontwikkelingen, en disruptieve veranderingen zoals de corona-pandemie, is er behoefte aan een visie op taakherschikking die uitgaat van flexibiliteit en aanpassingsvermogen. Taakherschikking is dan geen doel op zich, maar een context-afhankelijk middel om aan de veranderende zorgvraag te kunnen voldoen. Taakherschikking zou een proces moeten zijn dat terug-draaibaar is en op verschillende manieren en momenten ingezet kan worden.

2b. Wat zijn de effecten van deze vorm van taakherschikking voor (1) de betrokken zorgprofessionals, (2) de in- en externe zorgorganisatie, en (3) de betrokken cliënten/patiënten?

Effecten van taakherschikking voor betrokken professionals zijn meervoudig. Dat zowel ‘het herschikkende’ als ‘ontvangende’ beroep klaar moeten zijn om over taakherschikking te spreken, en dit vervolgens vorm te geven, is duidelijk: *it takes two to tango*. In principe is het een win-win-

¹⁵⁵ <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2003/01/13/taakherschikking-in-de-gezondheidszorg> en overzichten over de definitie van taakherschikking zoals te vinden op <https://www.stichtingkoh.nl/taakherschikking/begrippen/>.

scenario waarin de zorgprofessionals van wie de (eenvoudige en geprotocolleerde) taken worden herschikt meer tijd krijgen voor overige en complexere taken, en zich zo verder kunnen specialiseren en toeleggen op bijvoorbeeld innovatie of andere patiëntgroepen. Het blijkt echter lastig om dit effect goed te kunnen kwantificeren, zo blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek naar de tijdsbesteding van huisartsen die in de praktijk met meer of minder POH's werken. Ten eerste wordt de tijdswinst van taakherschikking weer voor een deel teniet gedaan door een toename aan coördinatie- en afstemmingstijd. En dit zijn vaak inhoudelijk niet het type taken die aan de werkvreugde en motivatie van professionals bijdragen (men vreest een 'papieren dokter' te worden). Daarnaast is een (onbedoeld) gevolg dat herschikkende beroepen zich door taakherschikking inderdaad steeds verder specialiseren, maar er daardoor op organisatie- of sectorniveau een tekort aan generalistisch werkende professionals ontstaat¹⁵⁶. Dit is ook een onbedoeld gevolg dat lijkt te ontstaan aan de kant van de ontvangende beroepen, waar PA's, VS-en en POH's minder generalistisch inzetbaar worden naarmate deze zich meer specialiseren.

Ook kan het effect van taakherschikking op de interne zorgorganisatie verschillend uitpakken, en is dit nog relatief weinig onderzocht. In het positieve scenario worden door taakherschikking tekorten vermindert en werkdruk van zorgprofessionals verlaagd, en daarmee de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg verbeterd. Of taakherschikking uiteindelijk ook voor de organisatie kosteneffectief is, is echter moeilijk te bepalen en nog onbekend. Hier geldt een vergelijkbaar onbedoeld gevolg als hiervoor benoemd. Taakherschikking betekent, zeker in het begin, meer afstemming en extra organisatie. Ook kunnen door de combinatie van nieuwe taakverdelingen en verdere specialisatie de zorgketens (onnodig) lang en complex worden. De effecten op de externe zorgorganisatie, en dus het branche- of sectorniveau, is zo mogelijk nog lastiger te bepalen; hierover zijn dan ook nauwelijks studies te vinden. Wel is duidelijk dat taakherschikking verandering van bestaande financieringsstructuren vraagt, een complex proces waar bijvoorbeeld optometristen en farmacotherapieën in de beschreven cases mee werden geconfronteerd.

De effecten van taakherschikking op betrokken cliënten en patiënten tenslotte, zijn nog onderbelicht maar de algemene uitkomsten lijken positief. Een effect is dat de toegankelijk van zorg verbeterd: patiënten kunnen eerder terecht in de eerste lijn, dan wel bij een (nieuw ontstane) specialist, en doorverwijzing naar een tweedelijns specialist is op minder grote schaal nodig. Ook de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt neemt toe omdat er meer tijd en aandacht is voor de patiënt; zoals bijvoorbeeld in de taakherschikking tussen huisarts en POH te zien is. Ook is gunstig dat patiënten veel vertrouwen hebben in zorgpersoneel en hun bekwaamheidsniveau niet lijken te prevaleren boven het bevoegdheidsniveau. Feit blijft wel dat voor veel sectoren en vormen van taakherschikking de effecten op patiënten/cliënten niet (of nog niet) duidelijk zijn of weinig onderzocht.

3. Welke kansen voor taakherschikking zijn er binnen Nederland, en hoe zien die gewenste situaties eruit?

Bij kansen voor taakherschikking kan enerzijds worden gedacht aan bevorderende factoren, anderzijds aan randvoorwaarden. De literatuur, vijf cases en expertdiscussie leiden ten eerste tot een conclusie wat generieke bevorderende factoren zijn. Eén zo'n factor is de toenemende druk op het

¹⁵⁶ Een vergelijkbare constatering ligt ten grondslag aan het vorig jaar verschenen advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS), waarin gepleit wordt voor de Wet BIG om te vormen tot een 'Wet op de bekwaamheden in de gezondheidszorg'. Daarin zouden alleen basisberoepen, zoals arts of verpleegkundige – en dus niet de specialismen – moeten worden vastgelegd.

<https://www.raadvr.nl/documenten/publicaties/2019/10/10/de-b-van-bekwaam---naar-een-toekomstbestendige-wet-big>

zorgsysteem, zowel in termen van kosten als bemensing. Dit vergroot elk jaar weer de noodzaak voor het zoeken naar nieuwe innovatieve organisatievormen en processen; waarbij ruimte ontstaat voor taakherschikking. Ook de verdere ontwikkeling van medische technologie kan hierbij een ondersteunende of zelfs aanjagende rol spelen. Dit betekent echter ook dat taakherschikking gezien moet worden als een deel van een oplossingsstrategie en niet als doel op zich. Dit is een belangrijke basis voor de visie dat taakherschikking *bijdraagt* aan het op flexibele wijze ondersteunen van processen, om aan de veranderende zorgvraag te kunnen voldoen, in de context van een duurzaam zorgstelsel. Zo kunnen ook de randvoorwaarden voor taakherschikking worden gezien: de aanleiding en het doel moet duidelijk zijn, en zowel op macro-, meso- of micro-niveau moet draagvlak voor taakherschikking aanwezig zijn. Dan zijn er volop kansen voor taakherschikking en past het in de gewenste transformatie naar een meer lenige en flexibele zorgorganisatie. De onbedoelde gevolgen van taakherschikking spelen hierin ook een rol. Zo vragen experts zich af of de verregaande specialisatie van de beroepenstructuur gepaard gaande met taakherschikking de gewenste flexibiliteit van het zorgstelsel niet eerder tegenwerkt, door toenemende coördinatiekosten en complexiteit in het streven naar geïntegreerde zorg. De gewenste situatie is dat taakherschikking bijdraagt aan de juiste skill-mix op de juiste plek. Daarvoor is de juiste balans van competenties essentieel, die steeds afgewogen moet worden bij de inzet en verhouding tussen generalisten en specialisten op organisatie-, sector – en regioniveau.

4a. Wat zijn de succesfactoren en belemmeringen die hierbij spelen?

Kort samengevat komt dit onderzoek een aantal generieke succesfactoren voor het slagen van taakherschikkingsinitiatieven naar voren:

- Vertrouwen en samenwerking tussen beroepsgroepen op basis van gemeenschappelijk belangen en vroege ervaring met taakherschikking,
- Momentum en urgentie om taakherschikking in te zetten als bijdrage aan structurele capaciteits- en bezettingsproblemen,
- Gezamenlijk opleiden en/of bij- en nascholing van zorgprofessionals,
- Steun en draagvlak vanuit de interne organisatie, bereidheid en visie om taakherschikking in te zetten voor procesverbetering en organisatieverandering,
- Financiering en juridische randvoorwaarden, vanuit en door externe beleids- en toezichthoudende organisaties.

En ook een aantal generieke belemmeringen van taakherschikking:

- Twijfel bij de beroepsgroepen over competenties en capaciteiten van de beroepsgroep waar naar herschikt wordt, domeinafbakening (m.n. bij de taken die raken aan de ervaren essentie van een beroep)
- Onduidelijkheid voor patiënten en cliënten over de rol en taakherdeling van professionals als gevolg van taakherschikking,
- Beperkingen van de inhoud en organisatie van de (beroeps)opleiding in de training van multidisciplinaire samenwerking
- Ontbreken of conflicterende financieringsstructuren, verschillende vergoedingssystemen tussen de zorgsectoren waarin de betrokken beroepsgroepen werkzaam zijn.

Het verschilt echter per sector, domein en type beroepen welke mix van succesfactoren en belemmeringen welke rol spelen. Dit komt naar voren uit de diversiteit die aangetroffen kan worden in de literatuur en ook in de vijf taakherschikkings-cases die hier zijn opgenomen. De SWOT-analyses van elke casus illustreren dit duidelijk; waarbij verschillende sectoren, domeinen en beroepsgroepen uiteraard van elkaar kunnen leren. Zoals eerder aangegeven is taakherschikking context-gevoelig, maar contexten kunnen wel overeenkomen wat een basis vormt voor sector en beroepsgroep-

overstijgend leren. De inventarisaties in dit rapport kunnen hieraan bijdragen, maar actualisatie is noodzakelijk; taakherschikking is immers zélf ook een dynamisch proces.

4b. Hoe kan het ministerie van VWS een rol spelen in het bevorderen van deze kansen en het slechten van deze belemmeringen.

Vanuit de groepsdiscussie, de interviews met experts, de literatuur en de verdiepende cases kan een aantal aangrijpingspunten voor verdere visievorming van het ministerie van VWS geformuleerd worden.

Een visie van het ministerie op taakherschikking moet rekening houden met diversiteit aan problemen en doelen van taakherschikking in de betreffende sector, domeinen en beroepen. Centraal staat het ondersteunen van innovatie en organisatieverandering, waarbij taakherschikking geen doel op zich maar een context-afhankelijk hulpmiddel is. Het hoofddoel moet zijn dat de juiste skill-mix voor de juiste zorg op de juiste plek bereikt wordt. Het is essentieel dat deze visie door het veld gedeeld wordt, en het uitgangspunt vormt voor de huidige en toekomstige discussie over de wenselijkheid en haalbaarheid van taakherschikking – in welke zorgsector, zorgorganisatie of welk zorgproces dan ook.

Visievorming is gebaat bij onderzoek en beleidsinitiatieven die zich richten op taakherschikking als manier om een betere balans tussen specialisten en generalisten te bereiken, afhankelijk van de zorgvraag en de context die nodig is om tot lenige en flexibele zorgorganisaties te komen. Ook op het macroniveau van zorgsectoren en regio's is deze balans van belang, zodat ook taakherschikking tussen organisaties bijdraagt aan meer flexibiliteit en lenigheid van een duurzaam zorgstelsel.

Het ministerie zou voor haar visievorming nog meer de verscheidenheid aan taakherschikkingsinitiatieven bijeen kunnen brengen, in samenspraak met beleidsmakers, onderzoekers en veldpartijen in de zorg. Dit draagt ten eerste bij aan meer en betere economische evaluaties van taakherschikkingsinitiatieven, en empirisch onderzoek naar de effecten van taakherschikking. Ten tweede draagt dit bij aan een lerend netwerk of platform taakherschikking, samen met subsidiemogelijkheden voor ontwikkeling en implementatie van taakherschikking dat voortbouwt op de bestaande diversiteit die we in dit onderzoek hebben laten zien. Hiermee kan verder grip worden gekregen op de reeds bekende succesfactoren voor taakherschikking: draagvlak onder stakeholders, heldere afbakening van taken en verantwoordelijkheden, organisatie van opleiding en training, en aandacht voor financieringsstructuur. Anderzijds kan dit platform bijdragen aan het wegnemen van belemmeringen van taakherschikking, door beroepsgroepen samen te brengen waardoor deze op het gebied van competenties en capaciteiten, maar ook organisatie van opleiding en financieringsstructuur, van elkaar kunnen leren. Ook kan van hieruit geëxperimenteerd worden met andere, meer flexibele en tijdelijke vormen van taakherschikking.

Het ministerie kan, tenslotte en in lijn met het voorgaande, ook een rol spelen in het organiseren van bijeenkomsten waar naast professionals, ook patiënten, cliënten en burger meedenken over de manier waarop innovatie in de zorg door taakherschikking gestimuleerd kan worden. Het zijn immers de mensen die afhankelijk zijn van de zorg die baat moeten hebben bij taakherschikking – in welke vorm dan ook.

Bijlage A Methoden

A.1 Quickscan Nederlandse literatuur

Om grijze literatuur te inventariseren is eerst via enkele zoekmachines (Google Scholar, GLIN, Narcis) nagegaan hoeveel resultaten een aantal zoekopdrachten naar taakherschikking opleverde. Hierbij is telkens het selectie criterium gehanteerd dat publicaties vanaf 2010 zijn meegenomen.

Zoektermen google scholar:	Taakherschikking EN zorg 529 hits Taakdelegatie EN zorg 272 hits
Zoektermen Narcis:	taakherschikking EN zorg Aantal hits: 12 waarvan 6 na 2010 en 2 bruikbaar (de rest noemt taakherschikking slechts zijdelings)
Zoektermen GLIN:	Taakherschikking 0 hits Taakdelegatie 0 hits

Vervolgens is besloten via een sneeuwbal methode literatuur te inventariseren. Hierbij zijn de volgende selectiecriteria gebruikt:

- Gepubliceerd vanaf 2010;
- Geen krantenartikelen en kamerbrieven.

Startpunt waren bronnen die al bij de onderzoekers bekend waren. Dit waren deels studies die eerder door de onderzoekers zijn uitgevoerd en deels een aantal belangrijke rapporten/onderzoeken waarvan de onderzoekers al kennis hadden genomen. In elk artikel of rapport zijn in de literatuurlijst andere belangrijke bronnen verzameld. Vervolgens is bekeken of er bepaalde sectoren of beroepsgroepen misten in het literatuuroverzicht. Daarom is extra literatuur verzameld door specifiek te zoeken naar bronnen over taakherschikking binnen deze beroepsgroepen (het ging hier om fysiotherapie en de geboortezorg).

A.2 Quickscan wetenschappelijke literatuur

De volgende zoekstrategie is gebruikt voor het identificeren van systematic reviews over taakherschikking:

Database	Datum	Zoekstrategie	N hits
PubMed	27/03/2020	((((Prescribing[ti] AND (((((((non-medical*[ti] OR nonmedical*[ti] OR nurse*[ti] OR pharmacist*[ti] OR nurse practitioner*[ti] OR nurse specialist*[ti] OR physician assistant*[ti] OR medical assistant*[ti]))) OR (((((((("task substitution"[tw] OR "task shifting"[tw] OR "task reallocation" [tw] OR "task transfer*" [tw] OR "extended tasks"[tw] OR "skill* substitution"[tw] OR "skill* realloc*" [tw] OR "skill* shifting"[tw] OR "skill* transfer*" [tw] OR "*skill* extension"[tw] OR "*skill* transform*" [tw]))) AND (((systematic review[ti] OR "systematic review"[Publication Type])) OR (((((((("meta-analysis"[Publication Type]) OR meta analysis[ti] OR overview of reviews[ti] OR overview of systematic reviews[ti] OR overview of published reviews[ti] OR overview of Cochrane reviews[ti] OR overview of systematic literature reviews[ti]) OR overview of literature reviews[ti])))	94
Google Scholar	27/03/2020	allintitle: meta analysis "task shifting" OR "task substitution" OR "task reallocation" OR "task transfer" OR "extended tasks" OR "nonmedical prescribing" OR "non-medical prescribing" OR "nurse prescribing" OR "pharmacist prescribing" allintitle: meta "task shifting" OR "task substitution" OR "task reallocation" OR "task transfer" OR "extended tasks" OR "nonmedical prescribing" OR "non-medical prescribing" OR "nurse prescribing" OR "pharmacist prescribing" allintitle: systematic review "task shifting" OR "task substitution" OR "task reallocation" OR "task transfer" OR "extended tasks" OR "nonmedical prescribing" OR "non-medical prescribing" OR "nurse prescribing" OR "pharmacist prescribing" allintitle: overview of "task shifting" OR "task substitution" OR "task reallocation" OR "task transfer" OR "extended tasks" OR "nonmedical prescribing" OR "non-medical prescribing" OR "nurse prescribing" OR "pharmacist prescribing" allintitle: task shifting review	85
Cochrane Library	01/04/2020	(task substitution):ti,ab,kw (task shifting):ti,ab,kw	9
Total			188

A.3 Vragenlijst interviews

De interviews vinden, vanwege de uitbraak van COVID-19 in Nederland en de bijbehorende beheersingsmaatregelen, plaats via videoverbinding. Duur: ± 1 uur

Opening

Projectleider opent het gesprek en geeft een toelichting op de aanleiding en het doel van het onderzoeksproject.

Validatie quickscan

Vervolgens geeft inhoudelijk expert op geaggregeerd niveau inzicht in de opbrengst van de quickscan zoals uitgevoerd in fase 1. Ook het voorstel voor de 5 verdiepende cases wordt aan de wetenschappelijk experts gepresenteerd en gemotiveerd. Hen wordt het volgende gevraagd:

- *herkent u de diversiteit aan taakherschikkingsinitiatieven en het volume aan initiatieven per zorgsector? Of had u andere verhoudingen hadden verwacht?*
- *Heeft u nog aanvullingen of specifieke vragen/adviezen naar aanleiding van dit overzicht?*
- *Kunt u zich vinden in de keuze voor de 5 verdiepende cases?*

Ervaring

Wat is uw ervaring met taakherschikking?

Zo nodig doorvragen: wat was de aanleiding? Wat was het te bereiken doel? Werd dit doel in uw ogen bereikt? Wat vond u positief en minder positief aan de taakherschikking? Wat waren eventuele neveneffecten? Waar moet denkt u rekening mee worden gehouden in de toekomst?

Visie op kansen en belemmeringen van taakherschikking

Gegeven uw ervaring met taakherschikking zoals zojuist besproken, wat zijn volgens u de kansen die taakherschikking kan bieden voor de huidige arbeidsmarktproblematiek?

En wat zijn denkt u de belemmeringen voor het verdere gebruik van taakherschikking?

Wat zou u VWS willen adviseren op het gebied van beleid met betrekking tot taakherschikking?

Afronding

We gaan dit interview afronden. Heel hartelijk dank voor uw bijdrage. Is er nog iets dat u wilt toevoegen?

De experts worden uitgenodigd voor een groepsdiscussie (fase 3).

Ook wordt hen gevraagd of zij het rapport zoals het Nivel het eind juni zal opleveren zouden willen ontvangen. Het verslag van het interview wordt teruggekoppeld.

A.4 Geraadpleegde experts

De volgende experts hebben middels een semi-gestructureerd interview of deelname aan de groepsdiscussie bijgedragen aan de totstandkoming van deze rapportage. Zij zijn niet gevraagd zich te committeren aan de inhoud van dit rapport.

Antoinette de Bont	Erasmus Universiteit
Bert Vrijhoef	Universiteit Maastricht en Panaxea
Miranda Laurant	Hogeschool Arnhem Nijmegen
Sandra Goren	Arts Verstandelijk Gehandicapten, 's-Heerenloo Zorggroep
Ankie Hazen	Apotheker-farmacotherapeut en onderzoeker POINT onderzoek, UMCU
Dorien Zwart	Huisarts en projectleider POINT onderzoek, UMCU
Gabrielle Janssen	Optometrist en voorzitter Optometristen Vereniging Nederland

A.5 Presentatie groepsdiscussie

Slides zoals gepresenteerd tijdens de groepsdiscussie op 10 juli 2020.

➔ Dubbelklik om te openen



Bijlage B Resultaten

B.1 Kenmerken van geïnccludeerde Nederlandse literatuur

Referentie	Soort document	Methode	Horizontaal/ verticaal	Beroep	Sector	Soort THS	Welke lijn
Kleven, P., Leferink, N., van den Brink, G. & Kouwen, A. (2019). De financiële effecten van taakherschikking: Een hermeting gericht op de effecten van de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten in financieel-economisch perspectief. Radboudumc: Nijmegen.	Onderzoeks-rapport	data analyse ziekenhuisdata, interviews (HR experts), groepsdiscussies, enquête op congres taakherschikking	verticaal	VS, PA, medisch specialist	ziekenhuis	Herschikking	binnen 2e lijn
Struijs, J., Mohnen, S. M., Molema, C. C. M., De Jong-van Til, J. T., & Baan, C. A. (2012). Effect van integrale bekostiging op curatieve zorgkosten: Een analyse voor diabeteszorg en vasculair risicomangement op basis van registratiebestanden Vektis, 2007-2010.	Onderzoeks-rapport	data analyse vektis	(voornamelijk) horizontaal	medisch specialist, huisarts	ziekenhuis, huisartsenzorg	herschikking en delegatie	2e lijn naar 1e lijn
Raad van Volksgezondheid & Samenleving (2019). De B van Bekwaam: Naar een toekomstbestendige Wet BIG.	Beleidsrapport	literatuur onderzoek, interviews	-	-	-	-	-
Raad voor Volksgezondheid & Zorg (2011). Bekwaam is bevoegd: Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg.	Beleidsrapport	Analyse ontwikkelingen zorgvraag, wetenschap, technologie, beroepsuitoefening en opleidingen (d.m.v. drie achtergrondstudies, zes	-	-	-	-	-

		discussiebijeenkomsten , drie klankbordgroep bijeenkomsten een samenwerking met CBOG).					
Andersson Elffers Felix (2019). Zorgverplaatsing naar de paramedische sector: lokale kansen verzilveren op nationaal niveau.	Onderzoeks -rapport	interviews, beschrijving van initiatieven	verticaal	medisch specialist, huisarts, paramedische beroepen	ziekenhuis, huisarts, paramedisch	“zorgverplaatsing van zowel voorbehouden als niet voorberhouden handelingen”	2e lijn naar 1e lijn en binnen de 1e lijn
Nederlandse Zorgautoriteit (2019). Monitor Taakherschikking: Verpleegkundig specialisten en physician assistants in de medisch specialistische zorg.	Monitor/onderzoek	Gesprekken branchepartijen en beroepsverenigingen, data van NAPA en V&VN, interviews en vragenlijst	verticaal	medisch specialist, VS, PA	ziekenhuis	herschikking	binnen 2e lijn
Van Vught, A.J.A.H., van Erp, R.M.A., Laurant, M.G.H. & van den Brink, G. (2019). Ruimte voor Physician Assistants en verpleegkundig specialisten in anderhalvelijnszorg. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.	Onderzoeks -rapport	Systematische literatuurstudie, interviews, raadpleging relevante beleidsstukken, projectgroep en klankbordgroep	verticaal	medisch specialist, huisarts, PA, VS	ziekenhuis, huisartsenzorg	herschikking	anderhalve lijn
Lovink, M., Van Vught, A., Van den Brink, G., & Laurant, M. (2017). Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Nijmegen: Radboudumc, IQ Healthcare, HAN.	Onderzoeks -rapport	literatuur onderzoek (systematisch), focusgroepen, casestudies, documentanalyse	verticaal	huisarts, specialist ouderengeneeskunde, PA, VS, verpleegkundige ouderenzorg	langdurige zorg	Taakverschuiving (herschikking, delegatie, vernieuwing)	1e lijn/verpleeghuizen
Velden, L. van der, Batenburg, R. Schatting onvervulde vraag MDL-artsen. www.nivel.nl: NIVEL, 2015.	Onderzoeks -rapport	analyse DBC's	horizontaal	internist, MDL arts	ziekenhuis	Taakverschuiving zonder expliciet beleid tussen	binnen 2e lijn

						medisch specialismen	
Batenburg, R. S., Versteeg, S. E., & Dute, J. C. J. (2017). Kansen van taakdelegatie en taakherschikking in de bedrijfsgezondheidszorg.	Onderzoeks-rapport	juridisch (bureau)onderzoek, enquête, focusgroepen, 5 praktijkbeschrijvingen d.m.v. interviews	verticaal	bedrijfsarts en bijvoorbeeld casemanagers en verzuimconsulenten	preventieve zorg, publieke gezondheidszorg	herschikking en delegatie	-
Hassel, D. van, Coops, A., Batenburg, R., Heus, P. Een meting van het substitutiepotentieel binnen de oogzorg. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen: 2013, 91(8), 497-504	Wet. artikel	expertanalyse, data analyse	verticaal	oogarts, huisarts, optometrist	ziekenhuis, huisartsenzorg, paramedisch	herschikking	2e lijn naar 1e lijn en binnen 1e lijn
Heiligers, P.J.M., Noordman, J., Korevaar, J.C., Dorsman, S., Hingstman, L., Dulmen, A.M. van, Bakker, D.H. de. (2012) Kennisvraag: praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst? Utrecht: NIVEL.	Kennisynthese	Literatuuronderzoek, deskresearch, interviews, secundaire analyse van registraties van huisartsen en video-opnamen.	verticaal	huisarts, POH	huisartsenzorg	taakdelegatie	binnen 1e lijn
Dijk, C.E. van, Korevaar, J.C., Jong, J.D. de, Koopmans, B., Dijk, M. van, Bakker, D.H. de. (2013). Kennisvraag: ruimte voor substitutie? Verschuivingen van tweedelijns- naar eerstelijnszorg. Utrecht: NIVEL.	Kennisynthese	literatuur, discussiebijeenkomst zorgverleners, vragenlijst patiënten	horizontaal	medisch specialist, huisarts	ziekenhuis, huisartsenzorg	“substitutie”	2e lijn naar 1e lijn
Kouwen A.J., G.T.W.J. v.d. Brink, Taakherschikking & kostprijzen, een onderzoek naar de belemmeringen rondom substitutie, 2013	Onderzoeks-rapport	interviews en data analyse	verticaal	medisch specialist, PA, VS	ziekenhuis	herschikking en delegatie (en additionele zorg)	binnen 2e lijn
Laurant M., A. v. Vugt, Profielen Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist in de praktijk, Convergeren of divergeren?, 2018	notitie (wel over onderzoek)	interviews, groepsgesprek	verticaal	medisch specialist, PA, VS	ziekenhuis	niet expliciet genoemd maar waarschijnlijk vnl taakherschikking	binnen 2e lijn
ZonMw, Tweede evaluatie Wet op de beroepen	Onderzoeks	Juridisch onderzoek,	verticaal	-	-	-	-

in de individuele gezondheidszorg, Den Haag, 2013.	-rapport	interviews, vragenlijsten					
Bruijn de-Geraets, D.P., et al. (2016), 'VoorBIGhouden: Eindrapportage evaluatieonderzoek art.36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant', Maastricht: Maastricht University.	Onderzoeks -rapport	vragenlijst, interviews, focusgroep	verticaal	medisch specialist, huisarts, PA, VS	ziekenhuis, huisartsenzorg	(effectiviteit en doelmatigheid van de wetswijziging)	binnen 1e en binnen 2e lijn
Rol, M. van der en L.J. Schmit Jongbloed (2010). Zorgredistributie; sturen op kwaliteit en doelmatigheid in de zorg. Achtergrondstudie voor dit advies.	Rapport	-	-	-	-	taakherschikking, taakverzelfstandiging en taakevolutie (zorgredistributie)	-
Nederlandse Zorgautoriteit. (2012). Advies Taakherschikking in de tweedelijns somatische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg.	Adviesrapport	-	verticaal	medisch specialisten, VS, PA, verschillende beroepen in de cGGZ	ziekenhuis, GGZ	herschikking	Binnen 2 ^e lijns somatische zorg en curatieve GGZ
Biezen, M.G.M. van der, van der Burgt, M.R., Laurant, M.G.H. (2017a). Naar een optimale teamsamenstelling van huisartsen en verpleegkundig specialisten op de spoedpost. Nijmegen/Eindhoven: Radboudumc IQ Healthcare/KOH.	Onderzoeks -rapport	quasi-experimenteel en observationeel	verticaal	huisarts, VS	Spoedzorg	herschikking	
Biezen, M.G.M. van der, van der Burgt, M.R., Laurant, M.G.H. (2017b). De physician assistant op de spoedpost. Nijmegen/Eindhoven: Radboudumc IQ healthcare/KOH.	Onderzoeks -rapport	kennistoets PA's, video-opnames, patiëntvraenlijst en economische evaluatie	verticaal	huisarts, PA	Spoedzorg	herschikking	
Timmermans, M.J.C., Laurant, M.G., Vught, J.A.H. van. (2016). De Effecten van het inzetten van Physician Assistants in de functie van	Onderzoeks -rapport	gematchte en gecontroleerde studie, dossieranalyse en		zaalarts, PA	ziekenhuis		binnen 2e lijn

zaalarts. Nijmegen: Scientific Institute for quality of healthcare (IQ healthcare), Radboud universitair medisch centrum.		vragenlijsten					
Hasan, S., Krijnen, P. Van den Akker-van Marle, E., Schipper, I.B. en Bertlema, K.A. spreekuurassistenten op poli traumachirurgie. Korter, goedkoper consult en tevreden artsen. NTvG, Jaargang 162, nummer 37, p. 23 e.v. 15 september 2018.	Wet. artikel	Cross-sectioneel onderzoek	verticaal	traumachirurg, spreekuurassistent	ziekenhuis	samenwerking	binnen 2e lijn
Magnée, T., Beurs, D.P. de, Bakker, D.H. de, & Verhaak, P.F.M. (2017). Verlicht de POH-GGZ de werkdruk van de huisarts? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 161(11), 11-14	Wet. artikel	observatieel onderzoek o.b.v. NZR gegevens	verticaal	huisarts, POH-GGZ	huisartsenzorg		binnen 1e lijn
Ecorys, & SEOR Erasmus School of Economics (2016). Taakherschikking: een toepassing via de opleiding van Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants: Eindrapportage beleidsdoorlichting Artikel 4.2 thema 3B. Rotterdam: Auteurs	Onderzoeks -rapport		verticaal	medisch specialisten, huisarts, PA, VS	ziekenhuis, huisartsenzorg	herschikking (maar ook delegatie en additionele zorg benoemd)	binnen 1e en binnen 2e lijn
FMS (?). Taakherschikking als reactie op individualiseren van de opleiding.	rapport			Voorbeeld thoraxchirurgie (a(n)ios naar VS)	ziekenhuis		binnen 2e lijn
Van Klaveren, S. & Van der Meer, E. (2017). De verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Een verkenning van haar positie. BMC Advies. januari 2017	Onderzoeks -rapport	documentenstudie en vragenlijst onder VSen en werkgevers	verticaal	VS	huisartsenzorg, GGZ, thuiszorg		binnen 1e lijn
Wallenburg, I., Janssen, M. & De Bont, A. (2015). De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg. Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland. Erasmus UMC. Instituut Beleid & Management	Onderzoeks -rapport	casestudies en hierin etnografische onderzoeksopzet met observaties, interviews, focusgroepen en documentstudies	verticaal	medisch specialist, VS, PA	ziekenhuis	Delegatie en substitutie	2e lijn en 3e lijn

Gezondheidszorg							
Jansen, P., & Schutte, S. (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg: Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en. Totaalbeeld van vijf sectorale deelrapporten. Enschede: Bureau HHM.	Onderzoeks-rapport	Telefonische interviews, vragenlijsten	verticaal	verschillende artsberoepen, VS, PA	ziekenhuis, huisartsenzorg, langdurige zorg, gehandicaptenzorg, publieke gezondheidszorg (verschillende deelrapporten)		1e lijn en 2e lijn
Twynstra Gudde en SiRM. Eindrapportage Productafbakening ziekenhuiszorg. Den Haag, november 2016.	Onderzoeks-rapport	Analyse DBC's	horizontaal	medisch specialisten	ziekenhuis	“productafbakening”	binnen 2e lijn
Bloemendaal, I., Leemkolk, B. van de, & Noordzij, E.(2019). Werkcontext en tijdsbesteding van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2018.Utrecht: Prismant.	Onderzoeks-rapport	vragenlijsten	verticaal	AVG, VS, PA, (praktijk)verpleegkundige, doktersassistent, medisch secretariaat	gehandicaptenzorg	beiden (vnl. “ondersteuning”)	
Bloemendaal, I., & Leemkolk, B. van de (2019). Werkcontext en tijdsbesteding van de Specialist Ouderengeneeskunde: Her-haalmeting 2018.Utrecht: Prismant.	Onderzoeks-rapport	vragenlijsten	Verticaal	SO, VS, PA, (praktijk)verpleegkundige	ouderenzorg	beiden (vnl. “ondersteuning”)	
Batenburg, R., Lee, I., Wiegers, T., & Velden, L. (2013). De arbeidsmarkt voor verloskundigen in 2012 en 2022/2027: een capaciteitsraming op basis van beleidsrijke scenario's.	Onderzoeks-rapport	Expertbijeenkomst en interviews		gynaecoloog, huisarts, verloskundige, O&G verpleegkundige, kraamverzorgende	geboortezorg	Substitutie (m.n. horizontaal)	1e lijn, 2e lijn en 3e lijn
Roman, B., Wijngaart. M. van den (2011) Naar een nieuwe balans in de geboortezorg Strategische verkenning van optimalisatiemogelijkheden van de verloskundige zorg tijdens preconceptie,	Onderzoeks-rapport	Brainstormbijeenkomsten, groepsgesprekken met cliënten, telefonische interviews, gesprekken		verloskundige en verschillende andere beroepen in de geboortezorg	geboortezorg	substitutie en samenwerking	1e lijn en 2e lijn

zwangerschap, bevalling en kraamperiode Tilburg; IVA.		begeleidingscommissie, literatuuronderzoek, sterkte-zwakteanalyse, impactanalyse					
De Jonge, Jans S, Perdok H, Bosmans J: Leidt substitutie van zorg tijdens de baring tot minder kosten voor de gezondheidszorg? Tijdschrift voor Verloskundigen. 2014; 42(6), 42-44	artikel	analyse kosten		eerstelijns verloskundigen en beroepen in de 2e lijnsgeboortezorg	geboortezorg	substitutie	2e lijn naar 1e lijn
Aldenhoven, L., Bruin-Geraets de D., Eijk-Hustings van Y., Greef de B., Stallenberg, E., Vrijhoef, H. (2019). Inventarisatie verticale taakverdeling in de eerstelijns mondzorg. 2015-2018. Maastricht UMC+, Maastricht.	Onderzoeks -rapport	vragenlijsten tandartspraktijken	verticaal (en klein beetje horizontaal)	tandarts, mondhygiënist, preventie-assistent, implantoloog, tandprotheticus	eerstelijns mondzorg	taakverschuiving	binnen 1e lijn
de Haan, M., van Eijk-Hustings, Y., Bessems-Beks, M., Dirksen, C., & Vrijhoef, H. J. (2019). Facilitators and barriers to implementing task shifting: Expanding the scope of practice of clinical technologists in the Netherlands. Health Policy, 123(11), 1076-1082.	Wet. Artikel	interviews, focusgroepen, observaties	horizontaal en verticaal	klinisch technolog, medisch specialisten, PA VS	ziekenhuis		2e lijn
Kroezen, M., Dijk, L. van, Groenewegen, P.P., Rond, M. de, Veer, A.J.E. de, Francke, A.L. (2014). Neutral to positive views on the consequences of nurse prescribing: results of a national survey among registered nurses, nurse specialists and physicians. International Journal of Nursing Studies: 51(4), 539-548	Wet. artikel	enquête	verticaal	artsen, registered nurses en nurse specialists			
Heins, M., Schellevis, F., Schotman, M., Bezooijen, B. van, Tchaoussoglou, I., Waart, M. van der, Veldhuis, L., Dulmen, S. van, Donker, G., Korevaar, J. (2018) Feasibility and acceptability of follow-up for prostate cancer in primary care: a pilot study. BJGP Open: 2(4),	Wet. artikel	feasibility pilot study (in kaart brengen patiënttevredenheid dmv consumer quality index general practice care en interviews met	horizontaal	uroloog, huisarts	ziekenhuis, huisartsenzorg		2e lijn naar 1e lijn

bjgpopen18X101616		urologen, huisartsen en patiënten)					
van der Biezen M, Derckx E, Wensing M, Laurant M. Factors influencing decision of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2017 Feb 7;18(1):16. doi: 10.1186/s12875-017-0587-3	Wet. artikel	interviews	verticaal	huisarts, PA, VS	huisartsenzorg	Substitution/ supplementation	
Van Der Biezen M, Adang E, Van Der Burgt R, Wensing M, Laurant M. The impact of substituting general practitioners with nurse practitioners on resource use, production and health-care costs during out-of-hours: a quasi-experimental study. BMC Fam Pract. 2016 Sep 13;17(1):132. doi: 10.1186/s12875-016-0528-6.	Wet. artikel	analyse patiëntgegevens	verticaal	huisarts, VS	huisartsenzorg	substitution	
Dierick-van Daele, A. T. M., Spreeuwenberg, C., Derckx, E. W. C. C., Leeuwen, Y. van, Toemen, T., Legius, M., . . . Vrijhoef, H. J. M. (2010). The value of nurse practitioners in Dutch general practices. <i>Quality in Primary Care</i> , 18,231–241.	Wet. artikel	observational longitudinal design, using mixed methods	verticaal	huisarts, VS	huisartsenzorg		binnen 1e lijn
Timmermans, M. (2017). The impact of the involvement of physician assistants in inpatient care. Radboud Universiteit. Nijmegen.	Proefschrift		verticaal	medisch specialisten, PA	ziekenhuis	substitution	binnen 2e lijn
Perdok, H., Jans, S., Verhoeven, C., van Dillen, J., Batenburg, R., Mol, B. W., ... & de Jonge, A. (2016). Opinions of professionals about integrating midwife-and obstetrician-led care in The Netherlands. <i>Midwifery</i> , 37, 9-18.	Wet. artikel	enquête		obstetricians, primary care midwives, clinical midwives	geboortezorg		1e en 2e lijn
Kersbergen, M, Creugers, N.H.J, Hollaar, V.R.Y, Laurant, M.G.H (2019). Nijmegen. Perceptions of interprofessional collaboration in education of	Wet. artikel	questionnaire with open-ended questions	verticaal	tandartsen, mondhygiënist	eerstelijns mondzorg	samenwerking	binnen 1e lijn

dentists and dental hygienists and the impact on dental practice in The Netherlands. A qualitative study. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/eje.12478?af=R							
--	--	--	--	--	--	--	--

B.2 Samenvattingen van geïnccludeerde Nederlandse literatuur

Kleven, P., Leferink, N., van den Brink, G. & Kouwen, A. (2019).

In het kader van het betaalbaar houden van de gezondheidszorg worden in dit onderzoek de financiële effecten van de inzet van de PA's en VS-en onderzocht. Dat is een vervolg op twee eerdere onderzoeken. Het eerste onderzoek ging over de relatie tussen de praktijk van taakherschikking en kostprijzen. Het tweede onderzoek ging over de effecten op kwaliteit, patiëntervaringen, toegankelijkheid en kosten en opbrengsten van zorg. In het huidige onderzoek wordt dieper ingegaan op de effecten van de beleidsregelwijzigingen in 2015. Thema's die naar voren komen in dit onderzoek zijn: registratie, productie, formatie, (ziekenhuis)beleid, positionering, de financiële basis en de effecten op de totale zorgkosten. Dit onderzoek is een hermeting van het eerdere onderzoek. Het onderzoek is uitgevoerd in vijf ziekenhuizen. Formatie-en productiedata van de ziekenhuizen zijn geanalyseerd en er zijn circa vijftig (groeps)interviews uitgevoerd.

Resultaten: De resultaten van dit onderzoek zijn ingedeeld per thema: registratie, productie en formatie, en visie en positionering.

Registratie, productie en formatie: De formatie PA en VS is gestegen. In de onderzochte ziekenhuizen is de formatie PA en VS gestegen met gemiddeld 11% in 2017 ten opzichte van 2015. Het aandeel PA en VS in formatie is ten opzichte van artsen 16% in 2017. PA's en VS-en worden soms aangenomen om te voorkomen dat er extra medisch specialisten nodig zijn. In de meeste ziekenhuizen wordt onderzocht wat mogelijke oplossingen kunnen zijn voor de afname of andere inzet van AIOS de komende jaren. De inzet van PA of VS om de verwachte productiedaling op te vangen is een veelvoorkomende oplossingsrichting. De zichtbaarheid van PA en VS in registratie is vergroot. Het openen van DBC's door PA's of VS-en is gestegen met 64% in 2017 ten opzichte van 2015. In 2015 gaven respectievelijk 58% en 69% van de PA en VS aan dat men niet zelfstandig DBC's opent of uitvoert. In het huidige onderzoek geldt dat voor 23% van de PA's en 37% van de VS-en. Tevens was in 2015 al een forse stijging van de registratie van consulten zichtbaar, dit zet ook door in 2017. Het aandeel van de PA en VS in productie is vergroot. In 2017 staat van alle 'eerste polikliniekbezoeken' in de onderzochte ziekenhuizen 3% geregistreerd op naam van PA of VS. In 2015 was dit 2%. Voor de 'vervolgpolikliniekbezoeken' is dit aantal gestegen van 4% naar 5% in dezelfde periode. Het aandeel van DBC's geopend op naam van PA of VS is gestegen van 4% naar 6% (2015 t.o.v. 2017). De geïnterviewden verklaren dit door (1) betrouwbaardere registratie, (2) meer inzet op productie en/of (3) stijging in formatie. Op afdelingsniveau varieert het aandeel in openen van DBC's en registratie van zorgactiviteiten van nul tot 41%.

Visie en positionering: de functiegroepen zijn divers gepositioneerd in ziekenhuizen. De positionering van de functiegroepen PA en VS loopt sterk uiteen. Een VS kan meestal lid worden van de Verpleegkundige Adviesraad (VAR) en in twee ziekenhuizen is daarvoor een eigen tak. PA's zijn in mindere mate officieel gepositioneerd. Zij zijn in drie ziekenhuizen apart georganiseerd als onofficieel orgaan. Het is de wens van deze groepen om zich formeler te positioneren, waardoor zij een goede gesprekspartner zijn voor Raad van Bestuur (RvB) en medisch specialisten. De PA en VS zijn doorgaans nog een kleine groep in ziekenhuizen, waardoor positionering moeilijk is. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars bespreken de inzet van PA en VS niet. In de vorige onderzoeken gaven alle ziekenhuizen aan dat in onderhandelingen met zorgverzekeraars niet gesproken wordt over taakherschikking of inzet van PA en VS. Verkoopprijzen worden niet aangepast naar aanleiding van de inzet van PA en VS. Dit is niet veranderd in 2018. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars voeren wel het gesprek over doelmatigheid in het algemeen. Taakherschikking is hierbij geen belangrijk thema. Het is aan de ziekenhuizen zelf hoe ze doelmatigheid realiseren. Ziekenhuizen hebben weinig centraal beleid over de inzet van PA en VS. De onderzochte ziekenhuizen hebben een visie op de

inzet van de PA en VS, maar die is niet omgezet naar ziekenhuisbreed beleid. Wel is de behoefte daaraan steeds groter. Het aanstellen van een PA of VS wordt veelal decentraal geïnitieerd door medici. Medici en management besluiten uiteindelijk gezamenlijk of ze iemand aannemen. HR neemt hier geen of een kleine rol in. Alle onderzochte ziekenhuizen beschikken over algemene, ziekenhuisbrede functiebeschrijvingen voor PA en VS. Sommige geïnterviewden vinden het onduidelijk wat het onderscheid is tussen de functies PA en VS en andere beroepen. De functiebeschrijvingen worden niet altijd gebruikt om te bepalen welke functionaris het beste op een bepaalde plek past. Soms is gegroeid hoe de inzet van deze beroepsgroepen is, andere afdelingen maken een bewuste keuze voor een PA of VS. Bij sommige respondenten is niet exact bekend wat de (wettelijke) bevoegdheden zijn van de PA en VS. De communicatie hierover vanuit de RvB is minimaal. Er worden geen business cases gemaakt bij de aanname van een PA of VS. Het aanstellen van een functie PA of VS wordt veelal geïnitieerd op afdelingsniveau. Als de aanname van een nieuwe functionaris niet binnen de begroting past, wordt onderbouwd waarom de functionaris nodig is. Dit is vaak een inhoudelijke onderbouwing. Af en toe worden financiële motivaties naar voren gebracht. Door geen van de onderzochte afdelingen is bij de (overweging tot) aanname van een PA of VS een business case gemaakt waarin kosten en opbrengsten van de toekomstige functionaris worden vergeleken. Het maken van business cases bij het aannemen van nieuwe medewerkers is geen standaard werkwijze in ziekenhuizen. De geïnterviewden erkennen het belang van een goede business case wel. Kostprijzen worden niet gespecificeerd voor zorgactiviteiten uitgevoerd door de PA en VS. De betrokken ziekenhuizen hebben de interne kostprijsystematiek niet optimaal ingericht op taakherschikking. In de onderzochte ziekenhuizen wordt beperkt gebruik gemaakt van mogelijkheden in de kostprijsystematiek voor het specifiek toerekenen van kosten van PA's of VS-en naar verrichtingen. Er is op dit gebied geen verandering zichtbaar ten opzichte van het vorige onderzoek. Ook maken de onderzochte ziekenhuizen vrijwel geen onderscheid tussen kostprijzen voor zorgactiviteiten uitgevoerd door een PA of VS ten opzichte van zorgactiviteiten uitgevoerd door een medisch specialist. Uit het onderzoek blijkt dat medisch managers op afdelingen de kostprijzen weinig gebruiken bij het maken van keuzes. Geen van de geïnterviewden gebruikt de kostprijzen om beslissingen op het gebied van taakherschikking te maken. De verdeling van loonkosten is een actueel onderwerp en wordt wisselend ingericht. Op het gebied van verdeling van de loonkosten tussen het ziekenhuis en het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) is discussie en verandering zichtbaar. De afspraken over het percentage dat medisch specialisten betalen aan de loonkosten van de PA en VS zijn wisselend. Vaak is het percentage loonkosten dat MSB's betalen voor de PA hoger dan voor de VS. Hierdoor zijn bepaalde functionarissen aangesteld op basis van financiële motieven. De afspraken over verdeling van loonkosten variëren binnen het ziekenhuis per vakgroep. Drie ziekenhuizen hebben recent ziekenhuisbrede afspraken gemaakt over verdeling van loonkosten, of zijn bezig met het maken hiervan. Er wordt een vast percentage afgesproken wat MSB's bijdragen aan de loonkosten van de PA en VS. Een risico is dat deze afspraak niet overeenkomt met de daadwerkelijke inzet en bijdrage aan de productie door de PA en VS.

Conclusies en aanbevelingen: Er kan geconcludeerd worden dat de inzet van PA's en VS-en niet leidt tot extra productie en daarmee niet tot extra (maatschappelijke) kosten. De inzet van PA's en VS-en leidt echter wel tot extra formatie. De formatie PA en VS stijgt en de formatie artsen stijgt ook in geringe mate. Er worden meer DBC's en zorgactiviteiten op naam van PA en VS geopend en geregistreerd en daarmee is de inzet op productie beter zichtbaar. Het aandeel van PA en VS in de totale productie is vergroot sinds 2015. De totale productie van ziekenhuizen blijft stabiel en hiermee ook de totale opbrengsten van de ziekenhuizen. De aanbeveling aan de ziekenhuizen is om te zorgen voor een goede financiële onderbouwing van de inzet van PA en VS. Het maken van een business cases voor de inzet van een PA of VS gebeurt nog zeer beperkt. Dit wordt wel aanbevolen, zodat het potentieel van de PA of VS maximaal benut kan worden. De effecten op financiën zijn groter bij weldoordacht beleid dan bij een meer toevallige of organische introductie. Daarnaast kan aan de

hand van een business case gericht gestuurd worden op productie. Mogelijkheden om PA en VS een bijdrage te laten leveren aan het betaalbaar houden van de gezondheidszorg zijn aanwezig. Geconcludeerd kan worden dat de inzet van PA en VS op twee manieren hieraan bijdraagt. Enerzijds doordat een 'goedkopere' functionaris taken over neemt van een functionaris met een hoger uurtarief. Anderzijds kunnen de zorgkosten verlagen doordat PA en VS een bijdrage leveren aan het verbeteren van kwaliteit. Denk hierbij aan minder heropnames en een laagdrempelig aanspreekpunt voor patiënten.

Belemmeringen die naar voren komen in het onderzoek zijn de arbeidsmarktkrapte en de beperkte groeimogelijkheden in ziekenhuizen qua formatie en productie. Dat stimuleert echter ook om op een juiste manier met mensen en middelen om te gaan, wat taakherschikking kan bevorderen.

Veranderingen in de opleiding tot medisch specialist bevorderen taakherschikking. Hierdoor wordt kritisch gekeken naar productie en de inzet van een PA en VS is een veel genoemde oplossing. Een andere belemmering is dat de groepen PA en VS in de minderheid zijn binnen ziekenhuizen en geen formele gesprekspartner van de RvB en de medische staf. Ook de discussie over de verdeling van loonkosten tussen het ziekenhuis en het MSB belemmert de inzet. Tevens is er weinig ziekenhuisbreed beleid en centrale communicatie in ziekenhuizen over de functies PA en VS en de bijbehorende bevoegdheden, dat kan de inzet van de beroepsgroepen in de praktijk belemmeren. Dit geldt ook voor de onwetendheid en onduidelijkheid over registratie en weinig inzicht in data.

Daardoor is de meerwaarde van de PA en VS op het gebied van financiën niet helder.

De aanbeveling aan Raden van Bestuur is om ziekenhuisbreed beleid over de inzet van zowel PA als VS te maken en daar duidelijk over te communiceren. Daarnaast wordt aanbevolen om samen met MSB's heldere afspraken te maken over de inzet van PA en VS en de verdeling van loonkosten. Ook is het belangrijk dat de bijdrage van de PA en VS in productie voor alle partijen helder is. Om taakherschikking te stimuleren wordt aanbevolen aan de brancheorganisaties en beroepsverenigingen om goede voorbeelden te delen en handreikingen te bieden aan ziekenhuizen en zorgprofessionals.

Struijs, J., Mohnen, S. M., Molema, C. C. M., De Jong-van Til, J. T., & Baan, C. A. (2012).

In dit rapport wordt de invoering van zorgprogramma's diabetes en vasculair risicomangement (VRM) in kaart gebracht en de effecten van integrale bekostiging (IB) op de curatieve zorgkosten van diabetes beschreven. Bij de invoering van IB was de verwachting dat de kwaliteit van de zorg zou toenemen en dat er tegelijkertijd taakherschikking en taakdelegatie zou optreden. Hierdoor zouden de zorgkosten kunnen dalen en de chronische (diabetes)zorg doelmatiger worden.

De resultaten van dit onderzoek zijn gebaseerd op de zorgdeclaraties van alle Nederlandse zorgverzekeraars voor mensen met diabetes, verzameld en beheerd door Vektis. Deze declaratiegegevens bevatten de declaraties van de zorg die valt binnen het basispakket in het kader van de Zorgverzekeringswet inclusief de kosten van het eigen risico van de patiënt.

In 2010 werden vrijwel overal in Nederland zorgprogramma's diabetes via IB aangeboden; bijna 100 zorggroepen boden dit aan. Daarentegen werden zorgprogramma's VRM beperkt gecontracteerd in 2010; slechts zeven zorggroepen in het zuiden van het land boden dit aan. Curatieve zorgkosten van een diabetespatiënt bedroegen ongeveer €4800 in 2009. De kosten van ziekenhuiszorg (ongeveer €2500 per patiënt) en in mindere mate de medicatiekosten (ongeveer €1100 per patiënt) maakten hiervan het grootste onderdeel uit. Het aandeel van de kosten van huisartsenzorg was beperkt; ongeveer €400 per patiënt. De curatieve zorgkosten van mensen die participeerden in een zorgprogramma VRM hebben betrekking op declaratiegegevens uit het vierde kwartaal van 2010 en bedroegen ongeveer €1350 per patiënt voor het laatste kwartaal in 2010. De kosten van de curatieve zorg van patiënten in een zorgprogramma bekostigd via IB waren in 2009 €288 meer gestegen dan de kosten van de curatieve zorg van patiënten die reguliere zorg ontvingen. De kostenstijging van patiënten in een zorgprogramma bekostigd via koptarief verschilde niet significant van de patiënten

die reguliere zorg kregen.

Het onderzoek liet verder zien dat deelnemers aan een zorgprogramma diabetes, bekostigd via IB, in 2009 bijna 25% minder vaak gebruikmaakten van het ziekenhuis in vergelijking met diabetespatiënten die reguliere zorg ontvingen. Als alleen gekeken wordt naar diabetespecifieke dbc's dan is de invloed van deelname aan een zorgprogramma nog duidelijker te zien; bijna 40% minder diabetespatiënten in een zorgprogramma gingen naar het ziekenhuis ten opzichte van patiënten met reguliere diabeteszorg. De kosten per patiënt die ziekenhuizen maakten voor diabetesgerelateerde zorg namen licht af. Opmerkelijk genoeg namen de totale ziekenhuiskosten van deze patiënten juist toe en verklaarden bijna de helft van de toename van de totale curatieve zorgkosten. Bij koptarief werd deze stijging in totale ziekenhuiskosten niet gevonden.

Raad van Volksgezondheid & Samenleving (2019).

Samenvatting bij het advies 'De Bvan Bekwaam'De toekomst van de Wet BIG: hoe nu verder?

De wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG) is gemaakt om patiënten te behoeden voor slechte zorg. Daarom mogen alleen zorgverleners die BIG geregistreerd zijn, zoals artsen en verpleegkundigen, voorbehouden handelingen doen. We willen als samenleving immers niet dat ondeskundige mensen een infuus prikken of een patiënt onder narcose brengen. Routine is ook belangrijk in de Wet BIG. Iedere vijf jaar moeten geregistreerde zorgverleners laten zien over recente praktijkervaring te beschikken. De Wet BIG beschermt patiënten. De Wet BIG bestaat sinds 1993 en is succesvol. Tegelijkertijd is er in de afgelopen 25 jaar veel veranderd. Zorg is complexer geworden. Nieuwe technieken en behandelingen deden hun intrede. Zorgverleners pasten zich aan en ontwikkelden in de praktijk nieuwe deskundigheden. De Wet BIG registreert echter alleen de bevoegdheid die gekoppeld is aan de beroepsopleiding. De wet dreigt nu ten onder te gaan aan zijn eigen succes. Veel nieuwe beroepen of specificaties van beroepen willen erin opgenomen worden omdat ze daarmee kunnen laten zien dat zij ertoe doen. Wie onder de wet valt heeft aanzien en gezag, dus deze wens is begrijpelijk. Dat is een probleem omdat de zorgpraktijk snel verandert door bijvoorbeeld de toename van technologie. Ook zijn er steeds meer patiënten met complexe problemen. Dit vraagt om een meer flexibele inzet van zorgverleners en werken in teamverband. Opname in de Wet BIG van allerlei nieuwe beroepen of specificaties van bestaande beroepen maakt dit onmogelijk omdat het bevoegdheden van zorgverleners als het ware vastzet. Dit is ook een probleem omdat we al met arbeidstekorten in de zorg te maken hebben. Daarnaast is een probleem dat de wet BIG uitsluitend bevoegdheden regelt en niet de bekwaamheden of competenties van zorgverleners. Daardoor zijn patiënten minder goed beschermd tegen ondeskundig handelen. Bovendien miskent de huidige opzet het feit dat zorgverleners niet alleen in hun opleiding maar vooral ook in de praktijk vaardigheden onder de knie krijgen. Ons advies: de patiënt centraal. Een advies over de toekomst van de wet BIG is om bovenstaande redenen op zijn plaats volgens de minister van Medische Zorg en Sport. Hij vroeg de Raad daarom advies. Hoe zou een herziene Wet BIG er volgens ons uit moeten zien? En op basis van welke argumenten? De Raad is van mening dat het oorspronkelijke doel van de wet BIG het uitgangspunt moet blijven bij een herziening: de patiënt beschermen tegen ondeskundige zorg en houvast bieden bij de keuze van een zorgverlener. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving stelt voor de Wet BIG te beperken tot opname van basisberoepen (zoals arts, verpleegkundige). Terug naar de basis: persoonlijk portfolio. Wij begrijpen dat daarmee niet alles opgelost is. Zorgverleners ontwikkelen zich in de praktijk, volgen cursussen, opleidingen en raken bekwaam in nieuwe vaardigheden. De persoonlijke groei die zorgverleners doormaken moet wel worden vastgelegd en inzichtelijk zijn voor patiënten en werkgevers. Daarom stellen wij voor een persoonlijke portfolio in het leven te roepen. Een officieel document waarin de individuele groei van zorgverleners wordt vastgelegd. Een persoonlijke portfeuille maakt een gepaste inzet van individuele zorgverleners in de praktijk mogelijk. Tegelijkertijd geeft het meer bescherming aan patiënten omdat inzichtelijk is wat iemand kan. Zorgverleners die zich verder ontwikkelen krijgen zo de erkenning die zij verdienen. Wij adviseren minister Bruins dit idee verder

uit te werken, in overleg met werkgevers, beroepsorganisaties en patiëntenverenigingen.

Raad voor Volksgezondheid & Zorg (2011).

De inhoud van opleidingen en beroepen in de zorg verschuift. Door de veranderende vraag wordt een beroep gedaan op andere competenties en een grotere diversiteit aan beroepen. De vaste beroependomeinen verdwijnen en een afgeslankte beroepenstructuur blijft over.

Welk probleem lost dit advies op? Zorgverleners zullen in de toekomst beter zijn toegerust voor preventie van ziekte en het langdurig ondersteunen van chronisch zieken.

Wat zijn de gevolgen voor de patiënt? De patiënt krijgt zorg op maat van een zorgverlener die de kennis en kunde heeft die nodig zijn voor zijn behandeling. De zorgverlener is continue bijgeschoold in kennis en vaardigheden die patiënten nodig hebben.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener? De zorgverlener heeft een opleiding genoten die meer is toegesneden op het uit te voeren beroep en hij/zij beschikt over de juiste competenties voor de taken. Als de zorgverlener aantoonbaar bekwaam is, is hij ook bevoegd om te handelen. De organisatie van de zorg kent een grotere verscheidenheid dan nu, aangepast aan de aard van het werk (complex, routinematig, diagnostisch).

Wat kost het? Er zijn zowel besparingen mogelijk, als intensiveringen noodzakelijk. Een berekening is niet gemaakt.

Wat is nieuw? Bekwaam is bevoegd. Meer integrale bekostiging en zorgstandaarden. Verplichte bij- en nascholing. Meer diversiteit in opleidingstrajecten, met kortere basisopleidingen. Meer mogelijkheden voor taakherschikking.

Andersson Elffers Felix (2019).

Aanleiding en hoofdvraag: Zorg op de Juiste plek biedt kansen voor de paramedische sector. De vraag is wat de kansen zijn en hoe we die nationaal kunnen benutten. In opdracht van het ministerie van VWS, directie MEVA en CZ, onderzocht AEF de mogelijkheden van zorgverplaatsing van zowel voorbehouden als niet-voorbehouden handelingen van medisch specialistische zorg (MSZ) en huisartsenzorg (HZ) naar paramedische zorg (PZ). De hoofdvraag luidde: Hoe kan de potentie t.a.v. ZJOPJP van huisartsen en medisch specialisten naar paramedische zorgverleners het beste nationaal worden benut?

Aanpak: We hebben ca. 30 interviews gehouden met beroepsgroepen, brancheorganisaties en -verenigingen om randvoorwaarden in kaart te brengen. Ook zijn 24 initiatieven bezocht die op verschillende schaal zorg verplaatsen. Deze zijn gekozen o.b.v. 5 selectiecriteria (o.a. gelijke verdeling en spreiding). De initiatieven zijn beoordeeld vanuit het perspectief van opschaalbaarheid: in hoeverre slagen zij erin om op te schalen en is er vraag naar hun aanbod. Er is geen afgewogen waarde toegekend aan de initiatieven. Het onderzoek is begeleid door een klankbordgroep met relevante vertegenwoordiging vanuit beroepsgroepen en brancheorganisaties.

Conclusies: Er zijn 5 factoren die de groei bepalen en 4 elementen die bepalend zijn voor het starten van zorgverplaatsingen. Het starten van initiatief voor zorgverplaatsing hangt af van een viertal elementen: 1) omvang patiëntengroep, 2) organisatiegraad (para)medici, 3) noodzaak en urgentie en 4) draagvlak. Het daadwerkelijk groot worden van een gestart initiatief is afhankelijk van een vijftal succesbepalende factoren: 1) aanwezigheid bewijs, 2) financiële afspraken, 3) verbinding tussen domeinen, 4) level playingfield ofwel een 'gelijkwaardig partnerschap' en 5) ambassadeurs.

Bewijsvoering vereenvoudigt alle andere succesfactoren, met name in gesprekken met zorgverzekeraars en overtuigen van medici en patiënten. In nagenoeg alle initiatieven realiseerde men een zorgverplaatsing m.b.t. een niet-voorbehouden handeling. Er zijn vanuit de aangedragen initiatieven verschillen te zien in ontwikkelkansen bij medici en paramedici. De meeste initiatieven realiseren een verplaatsing van MSZ naar PZ. Dit komt doordat de omvang van MSZ

verhoudingsgewijs groter is dan van HZ, er meer urgentie is door MSZ-HLA afspraken, de afbakening van MSZ op aandoening eenvoudiger is in vergelijking met HZ en de patiëntomvang op aandoening substantiëler is. Toch zijn er ook bij huisartsenzorg goed ontwikkelde initiatieven. Initiatieven m.b.t.

het bewegingsapparaat én de ogen voldoen het meest aan de vijf factoren. Bij de overige beroepsgroepen bestaan waardevolle initiatieven met potentiële impact, maar is de omvang van de patiëntengroep klein, is er een lage organisatiegraad, onvoldoende urgentie en/of onvoldoende landelijk draagvlak voor opschaling. Het huidige proces gaat traag, actie is nodig om opschaling te realiseren. Dit is wenselijk omdat de verwachte effecten positief zijn. Opgroeien van initiatieven is een lastig proces, slechts een minderheid wordt écht groot vanwege de hobbels in bewijsvoering, financiële mogelijkheden en aansluiting tussen medici en paramedici. Het ontstaan van nieuwe initiatieven is nu een toevalstreffer, voornamelijk gedragen door gepassioneerde professionals die erin slagen een initiatief van de grond te krijgen. Zonder ingrijpen blijft opschaling een langdurig proces. Op organisatieniveau zijn er immers blokkades die impact tegenhouden, zoals een matig level playingfield door onvoldoende vertrouwen over geleverde kwaliteit en deskundigheid van paramedici; en slechte financiële prikkels om zorg anders te leveren. Aanbevelingen: Actie is nodig om initiatieven groter te maken en nieuwe initiatieven te vinden, uiteindelijk is het noodzakelijk om structurele veranderingen door te voeren om zo in de toekomst sneller op te schalen. De eerste winst is versnelling van de huidige initiatieven op de vijf succesfactoren met actie van medici, paramedici en financiers. Op korte termijn is winst te behalen wanneer partijen de huidige initiatieven versnellen. Dit begint bij kennisnemen van de mogelijkheden én het prioriteren van de initiatieven die versneld gaan worden. Het is o.a. belangrijk dat middelen beschikbaar worden gesteld om samen met onderzoeksinstituten onderzoek te doen naar de kosteneffectiviteit. Ook moeten toetsbare kwaliteitseisen worden opgesteld en geïmplementeerd. Daarnaast is vervolfinanciering nodig voor nog niet-bewezen initiatieven. Het in stelling brengen van patiënten kan de urgentie vergroten. De huidige initiatieven zijn vaak toevalstreffers, gezamenlijke actie van partijen is van belang om sneller nieuwe initiatieven van de grond te krijgen. Het is van belang te starten met gestructureerd zoeken naar plekken voor nieuwe initiatieven zodat deze sneller van de grond kunnen komen. Geld is essentieel voor succes. De zoektocht start bij de medische en paramedische beroepsgroepen die met elkaar in gesprek moeten gaan. Zorgverzekeraars kunnen ondersteunen door het beschikbaar stellen van kennis, informatie en financiering voor de opzet van het initiatief. De overheid kan een rol spelen in het stimuleren van de ontwikkeling van initiatieven waar veel impact te behalen valt, maar nog weerstand heerst. Veranderingen zijn nodig om de 5 succesfactoren structureel te verbeteren om sneller op te schalen én het potentieel te vergroten. Het versnellen van een permanent level playingfield vraagt actie van meerdere partijen. Versnelling op de verbinding tussen medici en paramedici vraagt om de inrichting van (regionale) netwerken van medici en paramedici, inclusief een goed functionerende loketfunctie. Daarnaast moeten lokale paramedici –geen onderscheid naar beroepsgroep –actief inzetten op een vorm van samenwerking, ongeacht of enkele éénpittersniet mee willen werken. Harmonisatie van een goede IT-netwerkstructuur is gewenst. Vergevoerde initiatieven hanteren een netwerkstructuur met een passende ICT-inrichting. Er ontstaan nu veel losse ICT-netwerken die goed op elkaar aangesloten kunnen worden. Ten slotte is het wenselijk meer in te zetten op waardegericht inkopen van kwaliteitsproducten om de productieprikkel te laten verdwijnen en meer kwaliteit te laten leveren.

Nederlandse Zorgautoriteit (2019).

Aanleiding In deze monitor onderzoekt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de effecten van taakherschikking binnen de medisch-specialistische zorg (msz). Hierbij richten wij ons specifiek op de inzet van de verpleegkundig specialist en physician assistant.

Methode Voor deze monitor zijn vragenlijsten ingevuld door zorgaanbieders en zorgprofessionals. Daarnaast zijn interviews gehouden met meerdere partijen, waaronder zorgverzekeraars.

Resultaten Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken, inclusief verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen. Het doel van taakherschikking is om doelmatige, kwalitatief goede en toegankelijke zorg te blijven leveren zonder extra kosten. Dit staat

benoemd in het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg en het rapport van de Taskforce 'Zorg op de juiste plek'. Taakherschikking kan knelpunten binnen de medisch-specialistische zorg verminderen, zoals arbeids-problematiek. Ook biedt dit verpleegkundigen en andere paramedici een aantrekkelijke doorgroeimogelijkheid. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven aan dat zij taakherschikking zullen ondersteunen en bevorderen. Om taakherschikking te faciliteren en te bevorderen zijn in de afgelopen jaren binnen de landelijke wet-en regelgeving diverse wijzigingen doorgevoerd. In 2015 hebben de verpleegkundig specialist en physician assistant registratie-en declaratierechten gekregen. Sinds 1 september 2018 hebben beide beroepsgroepen, na een experimenteerfase, permanente zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van voorbehouden behandelingen op grond van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). In 2018 waren er 3655 verpleegkundig specialisten werkzaam in Nederland. Hiervan werkt ongeveer de helft in de medisch-specialistische zorg. Van de 1200 physician assistants in 2018, was 90% werkzaam in de medisch-specialistische zorg. Het aantal werkzame verpleegkundig specialisten en physician assistants groeit. Dit is een positieve ontwikkeling gezien de stijgende zorgvraag en zorgbehoefte. De verruiming van de wet-en regelgeving heeft positief bijgedragen aan de inzet van de verpleegkundig specialisten en physicianassistants. Dit biedt extra onderbouwing om een dergelijke aanpassing ook te overwegen voor andere beroepsgroepen die zorgtaken van de medisch specialist kunnen overnemen. We zien dat taakherschikking positieve effecten heeft op de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. De effecten van taakherschikking op betaalbaarheid blijven achter. De volgende acties dienen doorgevoerd te worden om dit bewerkstelligen;

- Zorgaanbieders moeten registratie op naam toestaan. Hoewel de registratie is verbeterd, blijkt volgens onze resultaten 30% nog steeds niet op eigen naam te registreren. Zolang de inzet onvoldoende transparant is, kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders geen onderbouwde (contract) afspraken maken over taakherschikking. Dit beperkt de aanjaagfunctie die zorgverzekeraars moeten vervullen.
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten taakherschikking inzetten als middel voor het verbeteren van de betaalbaarheid van zorg. Volgens zorgverzekeraars blijkt in de praktijk dat de inzet van taakherschikkers niet zorgt voor lagere kosten. Onderzoek bevestigt dit. Zorgaanbieders nemen de inzet van taakherschikkers weinig tot niet mee in de kostprijs. Ook maakt men geen financiële businesscases om de inzet te onderbouwen. En waarom inzetten op taakherschikking als we naast kwaliteit en toegankelijkheid ons niet richten op de betaalbaarheid van zorg? Ook hiervoor moet inzet transparant zijn.
- Taakherschikking moet een structureel onderdeel worden van zorginkoop. Taakherschikking speelt nauwelijks een rol bij het inkoopproces. Dit moet anders. Wij verwachten van zorgverzekeraars en zorgaanbieders dat zij tijdens de contracteringafspraken maken over taakherschikking. Hier zullen wij op toezien via onze jaarlijkse monitor.
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten organisatie-breed beleid maken ten aanzien van taakherschikking. Het beleid en de cultuur binnen een organisatie is essentieel voor de inzet van de verpleegkundig specialist en physicianassistant. Men moet openstaan voor taakherschikkers. Dit lijkt nog niet bij iedereen het geval te zijn. Daarnaast ontbreekt bij zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars vaak een organisatie-breed beleid. Beiden moeten op centraal niveau meer aandacht voor taakherschikking hebben. Hierbij helpt het delen van goede voorbeelden. Uit eerder onderzoek naar de effecten van integrale tarieven blijkt dat er meer nodig is dan integrale bekostiging voor het doelmatiger inrichten van de zorg, dichtbij of rondom de patiënt en met de inzet van de juiste mensen. Taakherschikking kan een kansrijk middel zijn voor een meer doelmatige inzet van mensen en middelen, waardoor de juiste zorg op de juiste plek wordt geleverd. Dit is ook expliciet als doelstelling opgenomen in de strategische agenda 2018-2020 van de NZa en in het huidige Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg. De eerder genoemde bevindingen zijn echter niet nieuw en werden in eerdere onderzoeken ook al geconstateerd. Commitment en inzet

van alle partijen is noodzakelijk om veranderingen teweeg te kunnen brengen. Evenals verder onderzoek naar (potentiële) taakherschikkende beroepsgroepen, de effecten (betaalbaarheid, toegankelijkheid, kwaliteit) en risico's (versnippering en fragmentatie) van taakherschikking. In het bijzonder dient er nu aandacht te komen voor de betaalbaarheid. Dit mag niet belemmerd worden door mogelijke productieprikkelers of inkomenspolitiek. De NZa ziet voor zichzelf een faciliterende en verbindende rol weggelegd. Deze rol gaan we vervullen door partijen met elkaar in gesprek te brengen en waar nodig belemmeringen in de regelgeving weg te nemen. Vanuit een gezamenlijke motivatie willen wij samen met alle partijen de aanbevolen acties nader uitwerken en deze in de praktijk brengen.

Van Vught, A.J.A.H., van Erp, R.M.A., Laurant, M.G.H. & van den Brink, G. (2019).

Achtergrond: De juiste zorg op de juiste plek is een ontwikkeling in het anders organiseren van de zorg met als doel (duurdere) zorgvoorkomen, zorg vervangen en zorg verplaatsen. Het verplaatsen van zorg die voorheen door een medisch specialist in het ziekenhuis verleend werd, naar de patiënt thuis of in een gezondheidscentrum/ (wijk)kliniek/huisartsenpraktijk wordt in dit rapport aangeduid als anderhalvelijnszorg. In de afgelopen jaren zijn verschillende initiatieven gestart om anderhalvelijnszorg vorm te geven en te evalueren. Deze beperkt complexe medisch-specialistische zorg wordt momenteel vooral verleend door medisch specialiteiten en/of huisartsen. Hoewel de eerste ervaringen van anderhalvelijnszorg positief zijn, is de vraag of medisch specialisten en huisartsen wel de juiste professionals zijn om deze beperkt complexe medische zorg buiten het ziekenhuis te verlenen. De introductie van physician assistants en verpleegkundig specialisten voor anderhalvelijnszorg is een mogelijk alternatief. Doelstelling Voorliggend onderzoek heeft tot doel om inzicht te krijgen in het potentieel van anderhalvelijnszorg waarbij physician assistants en verpleegkundig specialisten betrokken zijn. Onderzocht is op welke wijze physician assistants en verpleegkundig specialisten werkzaam zijn in anderhalvelijnszorg, wat de haalbaarheid is (inclusief belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie) en wat de (ervaren) effecten zijn. Methode: De bevindingen uit de systematische literatuurstudie (bijlage 1), verdiepende interviews en raadpleging van relevante (beleids)documenten (bijlage 2 en 3) zijn uitgebreid bediscussieerd binnen de projectgroep en de klankbordgroep. Deze combinatie van methoden, inclusief discussieën reflecties op een bezoek aan een nurse-led clinician primary-care centrum in Birmingham, heeft geleid tot onderstaande conclusies.

Conclusies: Door de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten worden medisch specialisten en huisartsen ontlast. Medisch specialisten kunnen zich dan blijven focussen op de complexere medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis en huisartsen op de generalistische zorg in de huisartsenpraktijk. Medisch specialisten en huisartsen hebben vertrouwen in de deskundigheid van physician assistants en verpleegkundig specialisten in anderhalvelijnszorg. Patiënten waardeerden de zorg dichtbij, de korte wachttijd, persoonsgerichte benadering en het gelijkwaardig contact door de physician assistant of verpleegkundig specialist. Aan het begin van de ontwikkeling. Het aantal initiatieven (nationaal en internationaal) waarbij een physician assistant of verpleegkundig specialist werkzaam is in anderhalvelijnszorg is beperkt. Veel initiatieven staan aan het begin van hun ontwikkelingen hebben het voor elkaar gekregen om over bestaande structuren en tradities heen nieuwe zorgconcepten te organiseren. Physician assistants of verpleegkundig specialisten zijn vaak initiators van deze initiatieven. Door de ontwikkelingen in én de druk op de gezondheidszorg zijn er volop kansen voor physician assistants en verpleegkundig specialisten in anderhalvelijnszorg. De inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten draagt bij aan een betaalbare, kwalitatief hoogwaardige en toegankelijke gezondheidszorg. Anderhalvelijnszorg biedt physician assistants en verpleegkundig specialisten mogelijkheden om zich te ontwikkelen en hun expertise in te zetten.

Belemmeringen: Om doorontwikkeling en opschaling van de initiatieven mogelijk te maken en te versnellen is het nodig om belemmerende factoren weg te nemen. Deze belemmeringen hebben

betrekking op:-deorganisatie van anderhalvelijnszorg an sich, zoals structurele financiering en (veilige) gegevensuitwisseling, en-de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten in anderhalvelijnszorg, zoals onbekendheid met deze zorgprofessionals en het ontbreken van samenwerkingsovereenkomsten.

Aanbevelingen: Een aanbeveling die voor alle partijen geldt, betreft het ondersteunen van physician assistants en verpleegkundig specialisten in het initiëren, opzetten en uitvoeren van anderhalvelijnszorg. Daarnaast zorgdragen voor de bekendheid met de mogelijkheden van physician assistants en verpleegkundig specialisten in anderhalvelijnszorg en het evalueren van initiatieven.

Lovink, M., Van Vught, A., Van den Brink, G., & Laurant, M. (2017).

De ontwikkelingen ten aanzien van taakherschikking in de ouderenzorg staan nog in de kinderschoenen. Het is onduidelijk op welke wijze taakherschikking in de ouderenzorg wordt vormgegeven, welke (medische) taken PA's en VS-en en andere zorgprofessionals uitvoeren en wat de (ervaren) effecten van taakherschikking in de ouderenzorg zijn. De huidige stand van zaken, (inter)nationaal, is in kaart gebracht en er worden aanbevelingen gedaan om de positie van taakherschikking in de ouderenzorg te verbeteren. Het onderzoek kent drie vraagstellingen:

1. Op welke wijze wordt taakherschikking in de ouderenzorg vormgegeven (stand van zaken)?

2. Welke factoren beïnvloeden taakherschikking in de ouderenzorg? Wat zijn kansen, uitdagingen/bedreigingen?

3. Wat zijn de (ervaren) effecten van taakherschikking in de ouderenzorg?

Methode: De gekozen methoden zijn gericht op het verkrijgen van een brede oriëntatie en steeds meer een specifiek beeld op taakherschikking binnen de ouderenzorg in Nederlandse gezondheidszorg (trechtermodel) om vervolgens ook uitspraken te kunnen doen over de toekomstige ontwikkelingen en de ruimte die taakherschikking hierbinnen kan innemen. Het eerste deel van dit onderzoek betrof een systematische literatuurstudie (van de internationale literatuur) naar taakherschikking in de eerstelijnsouderenzorg en in de verpleeghuiszorg. In de literatuurstudie zijn studies ingesloten waarbij zorgprofessionals structureel (medische) taken van artsen overnamen met bijbehorende verantwoordelijkheden.

In het tweede deel van dit onderzoek zijn deze gegevens besproken in focusgroepen met zorgprofessionals in de eerstelijnszorg en in de verpleeghuizen. Omdat uit (inter)nationale literatuur is gebleken dat naast PA's en VS-en, ook andere verpleegkundige beroepen taken overnamen is gekozen om in de focusgroepen ook wijkverpleegkundigen, praktijkverpleegkundigen/praktijk-ondersteuners en gespecialiseerd (geriatrische) verpleegkundigen te betrekken. De verkregen gegevens uit de literatuur zijn in de focusgroepen aangevuld met specifieke vragen voor de Nederlandse setting. In het derde deel van dit onderzoek zijn we in de in-depth casestudies specifiek ingezoomd op de huidige positie van taakherschikking in de verpleeghuizen. Aan deze casestudies namen zeven verpleeghuizen deel. Ook hierin zijn, naar aanleiding van de bevindingen in de focusgroepen als ook een nationale survey, niet alleen PA's en VS-en gevolgd, maar zijn ook praktijkverpleegkundigen (PVK'en) ingesloten om inzicht te krijgen in de wijze waarop taakherschikking in Nederlandse verpleeghuizen wordt vormgegeven. In het vierde en laatste deel van dit onderzoek is een documentanalyse verricht ten aanzien van de toekomstige ontwikkelingen in de zorg voor de ouderen in Nederland. In de vorm van een reflectie op deze ontwikkelingen hebben de auteurs van dit rapport, met input van de project- en klankbordgroep, vervolgens een vertaling gemaakt naar de ruimte die deze ontwikkelingen aan taakherschikking biedt. Elke stap in dit onderzoek (deel 1 t/m deel 4) is besproken met de project- en klankbordgroep en waar nodig zijn accenten gelegd in de uitvoering van de vier deelstudies en in de vertaling van onderzoeksbevindingen naar conclusies en aanbevelingen.

Conclusies: De ouderenzorg staat voor een aantal maatschappelijke uitdagingen, waar de inzet van PA's, VS-en en verpleegkundige-ouderenzorg goed op aan sluiten. Taakherschikking kan als middel ingezet worden om de kwaliteit van leven van ouderen en de toegankelijkheid, kwaliteit en

doelmatigheid van de ouderenzorg te verbeteren. Uit voorliggend onderzoek blijkt dat zowel internationaal als in Nederland taakherschikking in de ouderenzorg nog in de kinderschoenen staat. Het ontbreekt in de eerstelijns ouderenzorg als ook in de verpleeghuizen aan een gedragen eenduidige visie op de inrichting van het functiehuis binnen de ouderenzorg en in het bijzonder de taakherschikking binnen de ouderenzorg. De visie op taakherschikking is noodzakelijk om bij te kunnen dragen aan verbetering van de ouderenzorg in Nederland. Bij het inrichten van het functiehuis gaat het binnen de verpleeghuizen ook om het komen tot een juiste 'skill mix' van verzorgenden, verpleegkundigen (mbo/hbo) en verpleegkundigen-ouderenzorg, PA's en VS-en. Doordat een visie en doelen ten aanzien van taakherschikking veelal ontbreken, zijn ook de effecten van de inzet van PA's, VS-en en verpleegkundigen-ouderenzorg moeilijk kwantificeerbaar. Uit de in-depth casesstudies bleek dat de participanten, die relatief korte periode in de verpleeghuizen werkzaam waren, een kwaliteitsimpuls ervoeren, maar dit is niet objectief via objectieve meetinstrumenten vastgesteld. De effecten en/of het behalen van doelen wordt op basis van inschatting en ervaringen van cliënten, professionals en managers geëvalueerd. Ook ontbreekt het aan businesscases en is op grond van voorliggend onderzoek geen conclusie mogelijk ten aanzien van in welke mate taakherschikking in de ouderenzorg bijdraagt aan doelmatige zorg. Op basis van de literatuurstudie wordt geconcludeerd dat taakherschikking in de ouderenzorg effectief is op uitkomsten op cliëntniveau en op de kwaliteit van de verleende zorg, deze zijn minimaal van hetzelfde niveau in vergelijking met de zorg die enkel verleend wordt door (huis)artsen of SO's. Een andere belangrijke conclusie die we op grond van dit onderzoek trekken is dat taakherschikking zeer divers wordt vormgegeven. De onbekendheid met de inhoud en bevoegdheden van de betreffende professionals (PA, VS, verpleegkundige-ouderenzorg) (i.e. opleiding en juridische kaders) draagt bij aan grote verschillen in mate van zelfstandigheid van deze professies. De inzet van de professionals varieert van nadruk op taakherschikking (PA's), op taakvernieuwing (VS-en) of op taakdelegatie (verpleegkundigen-ouderenzorg). Deze onbekendheid brengt mogelijk ook risico's met zich mee doordat de verpleegkundige-ouderenzorg taken uitvoert buiten haar wettelijke bevoegdheden, zoals bijvoorbeeld het voorschrijven van medicatie (overvraagd). Anderzijds belemmert de onbekendheid van bevoegdheden van de PA's en de VS-en hun inzet. Het potentieel van de PA en de VS wordt onderbenut. Ook lijken juridische kaders te beperkt om PA's en VS-en in te zetten in de medische bereikbaarheidsdienst van verpleeghuizen omdat schouwen niet tot de zelfstandige bevoegdheid van deze professionals behoort. Een andere belemmering bij het inzetten van PA's en VS-en is de angst van SO'som taken en verantwoordelijkheden bij een andere professional neer te leggen, waardoor potentieel van de professionals nog niet volledig bereikt lijkt te zijn. De veelal solo-functie in organisaties belemmert de institutionalisering van PA's, VS-en en verpleegkundigen-ouderenzorg daardoor dient eenieder de juiste invulling van de functie in relatie tot andere functiesuit te zoeken.

Aanbevelingen: Hieronder staan de belangrijkste aanbevelingen beschreven voor het beleid, de beroepspraktijk, het onderwijs en vervolgonderzoek.

-Het stimuleren van landelijke bekendheid met de PA's, de VS-en, de verpleegkundigen-ouderenzorg –op gebied van de opleiding en de juridische en de financiële kaders -en formuleer beleid gericht op het verbeteren van de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de eerstelijns ouderenzorg en verpleeghuiszorg. Het gericht inzetten van deze professionals kan hieraan een belangrijke impuls geven.

- Overweeg een zelfstandige bevoegdheid voor de PA en de VS om te schouwen, hiermee wordt een belangrijke belemmering om deze professionals in medische bereikbaarheidsdiensten in te plannen weggenomen (specifiek ministerie VWS).

-Overweeg een verruiming van de bevoegdheden van hbo-verpleegkundigen, waardoor potentieel een kwaliteitsimpuls kan worden gerealiseerd in de ouderenzorg (specifiek ministerie VWS).

-Het inrichten van een functiehuis, zowel kwalitatief als kwantitatief, waarbij naast PA's, VS-en en

verpleegkundigen-ouderenzorg ook aandacht is voor de andere professionals werkzaam binnen de ouderenzorg. Het gaat om de juiste mix aan skills. Mogelijk dat er vergelijkbaar met de eerstelijnszorg een 'skill mix instrument' kan worden ontwikkeld dat hieraan ondersteunend is.

-Het ontwikkelen van een breed gedragen en eenduidige visie op taakherschikking door alle shareholders in de ouderenzorg.

-Draag zorg voor goede inbedding van de functies PA, VS en verpleegkundige-ouderenzorg binnen de organisaties in de eerstelijns ouderenzorg en verpleeghuiszorg. Draag ook zorg voor de implementatie en betrek ervaren professionals en beleidsmakers, die dit proces kunnen ondersteunen/begeleiden.

-Naast het meten van ervaringen, maak effecten objectief inzichtelijk en heb hierbij ook aandacht voor businessmodellen. Voor een toelichting verwijzen wij naar het betreffende hoofdstuk van dit rapport.

Velden, L. van der, Batenburg, R. (2015).

Inleiding: Het aantal werkzame MDL-artsen is in de afgelopen jaren sterk gegroeid. De groei in de vraag naar zorg door MDL-artsen is daarmee veel groter geweest dan voorspeld was door het Capaciteitsorgaan. Dat had kunnen worden voorkomen door het beter inschatten van de onvervulde vraag. Voor 2013 is daarom geprobeerd om de onvervulde vraag alsnog zo zuiver mogelijk te schatten. Daarna is nog een vertaling gemaakt van deze schatting naar de onvervulde vraag in 2015. Waarom wordt ingegaan op de onvervulde vraag? Voor het schatten van de toekomstige behoefte aan MDL-artsen wordt door het Capaciteitsorgaan een model gehanteerd waarin een aantal parameters een rol spelen. Dat zijn onder andere de "huidige onvervulde vraag" en de "toekomstige ontwikkeling van de vraag" op basis van demografische ontwikkelingen, epidemiologische/vakinhoudelijke ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen, efficiency/werkproces ontwikkelingen (inclusief horizontale taakherschikking), arbeidstijdontwikkelingen en verticale substitutie. Voor wat betreft de onvervulde vraag geldt dat daarvoor standaard gekeken kan worden naar indicatoren zoals het aantal vacatures en wachttijden. Het kan echter ook gebruikt worden om meer in het algemeen aan te geven hoeveel meer zorgverleners "op dit moment" reeds gewenst zijn. Alle andere parameters zijn daarentegen bedoeld om in termen van een groei per jaar aan te geven hoe sterk de vraag naar zorgverleners "vanaf nu" zal gaan groeien. Op welke wijze wordt de onvervulde vraag geoperationaliseerd? In dit rapport is nagegaan wat het aandeel is van MDL-artsen in de behandeling van patiënten met maag-darm-lever-aandoeningen. Dit wordt afgezet tegen het aandeel van dergelijke behandelingen dat door internisten wordt behandeld. Gelet op de trend die hierin te zien is, wordt vervolgens uitgerekend wat dit voor effect heeft op de onvervulde vraag naar MDL-artsen. Ook is nog nagegaan welke invloed het bevolkingsonderzoek heeft op de vraag naar MDL-artsen. Ook dit kan uitgedrukt worden als een aandeel onvervulde vraag. Omdat deze onafhankelijk is van de trends in de taakverdeling, kunnen deze opgeteld worden. Omdat zowel de verschuiving in het aandeel patiënten dat door MDL-artsen behandeld wordt als de inzet van MDL-artsen voor het bevolkingsonderzoek een "eindig karakter" hebben, is operationalisering van deze effecten via de onvervulde vraag logischer dan via een van de andere vraagparameters. Onvervulde vraag in 2013: Onvervulde vraag in 2013 op basis van gegevens over DBC's in 2011. Van alle typische MDL-DBC's die door MDL-artsen of internisten in 2011 werden geopend, werd 73% door MDL-artsen geopend en dus 27% door Internisten. Als alle typische MDL-DBC's in 2011 door MDL-artsen zouden moeten worden geopend, dan zou dat een onvervulde vraag van $27\%/73\% = 37\%$ betekenen voor 2011. Omdat het aandeel in 2013 waarschijnlijk op 75% zal zijn gekomen, gaat het voor 2013 om $25\%/75\% = 33\%$ onvervulde vraag.¹ De "onvervulde vraag" is overigens een parameter waarmee in het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan aangegeven wordt hoeveel meer beroepsbeoefenaren nodig zijn in het zogeheten basisjaar. Een onvervulde vraag betekent niet per se dat patiënten niet geholpen worden. Zij kunnen bij een tekort in die ene beroepsgroep bijvoorbeeld door een andere beroepsgroep geholpen

worden. Het gaat in dit rapport daarom in feite over een “latente” en niet een “manifeste” onvervulde vraag.

Het is de vraag of werkelijk 100% van alle typische MDL-DBC's door MDL-artsen gedaan zal gaan worden. Bij oudere patiënten met co-morbiditeit van niet MDL aard ligt het niet altijd voor de hand dat de MDL-arts de hoofdbehandelaar zal zijn. Maar er is in de jaren 2009-2011 een duidelijke toename te zien in het aandeel dat door MDL-artsen wordt gedaan, van 69% naar 73%. Dat dit aandeel stijgt, kan gezien worden als een indicatie dat er daarvoor sprake was van een onvervulde vraag naar MDL-artsen. De endoscopie wordt steeds meer en volledig het werkterrein van MDL-artsen. Een verdergaande verschuiving ligt daarom voor de hand. Als uitgegaan wordt van uiteindelijk een aandeel van ongeveer 10% van de MDL-DBC's die door internisten behandeld blijven worden, dan gaat het niet om 33% onvervulde vraag, maar om ongeveer 20,0%. Het aandeel van de MDL-artsen zal dan namelijk niet 75% maar 90% moeten zijn, dus 15% hoger, en $15\%/75\% = 20\%$. Onvervulde vraag op basis van gegevens over het bevolkingsonderzoek: Bovenop de onvervulde vraag in verband met een verschuivende taakverdeling tussen specialisten, is er ook nog een onvervulde vraag in verband met nieuwe taken door het bevolkingsonderzoek (BVO) naar darmkanker. Door het RIVM is geschat dat er uiteindelijk ruim 75.000-80.000 coloscopieën per jaar door medisch specialisten gedaan moeten gaan worden. In de praktijk zullen deze uitgevoerd worden door MDL-artsen. Bij een aantal van ongeveer 950-1.000 coloscopieën per FTE, betekent dit een behoefte aan 80 FTE van MDL-artsen. Het bevolkingsonderzoek is in 2014 stapsgewijze gestart met een zeer gefaseerde uitrol. De wens is om in 2020 op volledige sterkte te zijn qua endoscopie capaciteit. Voor de situatie op 1-1-2013 zou onmiddellijke en volledige implementatie van het BVO betekenen dat er een additionele onvervulde vraag is van ongeveer 22,5%. Onvervulde vraag op basis van gegevens over DBC's én BVO: De schatting van ongeveer 20% onvervulde vraag naar MDL-artsen in verband met het voor 90% behandelen van alle patiënten met een typische MDL-diagnose, plus de schatting van 22,5% onvervulde vraag in verband met het bevolkingsonderzoek, leidt tot een schatting van in totaal 42,5% onvervulde vraag in 2013. Impact van de onvervulde vraag in 2013 op de raming 2013-2031 Impact op de benodigde capaciteit van MDL-artsen in 2031 Het Capaciteitsorgaan heeft in haar raming van 2013 voor het evenwichtsjaar 2031 een behoefte aan 707-761 FTE van MDL-artsen voorzien. Zou van 42,5% onvervulde vraag zijn uitgegaan voor 2013, dan zou de benodigde capaciteit in 2031 876 tot 944 zijn geweest. Impact op de benodigde opleidingscapaciteit vanaf 2015 voor evenwicht in 2031. Het Capaciteitsorgaan heeft in haar raming van 2013 een instroom geadviseerd van 22 tot 29 aios voor MDL-ziekten per jaar om het aantal MDL-artsen in 2031 in evenwicht te brengen met de vraag die door hen was voorzien. Zou van 42,5% onvervulde vraag zijn uitgegaan voor 2013, dan zou de benodigde instroom 42 tot 50 per jaar zijn geweest. Onvervulde vraag in 2015: Hierboven is geschetst waarom de onvervulde vraag in 2013 door het Capaciteitsorgaan zeker niet op 15%, maar minimaal op 42,5% ingeschat had moeten worden. De vraag is nu nog: hoe hoog moet de onvervulde vraag anno 2015 worden ingeschat. Als uitgegaan wordt van 42,5% onvervulde vraag in 2013, dan kan met de in- en uitstroom die tussen 2013 en 2015 waarschijnlijk heeft plaatsgevonden, plus de ontwikkeling van de zorgvraag op basis van de verwachtingen zoals geformuleerd door het Capaciteitsorgaan, uitgerekend worden dat er dan anno 2015 nog sprake is van ongeveer 33% onvervulde vraag. Dit percentage is overigens afhankelijk van de feitelijke ontwikkeling tot aan 2015 in het aantal MDL-artsen en het aantal FTE dat zij werken.

Batenburg, R. S., Versteeg, S. E., & Dute, J. C. J. (2017).

De arbeidsmarkt van de bedrijfsgezondheidszorg staat al jaren onder druk. Er dreigt een tekort aan bedrijfsartsen door een aanzienlijke uitstroom als gevolg van pensionering waar te weinig instroom tegenover staat. Een oplossing hiervoor zou kunnen worden gevonden in taakdelegatie- en taakherschikking, maar onder welke voorwaarden zijn deze vormen van taakverschuiving verantwoord en efficiënt? In deze juridisch-empirische verkenning is naar een antwoord op deze vraag gezocht.

Het onderzoek kent verschillende onderdelen. Deze volgen elkaar op en bieden steeds ook input voor het volgende onderdeel. Voor de verschillende onderdelen is gebruik gemaakt van uiteenlopende onderzoeksmethoden. Eerst is het juridische kader in kaart gebracht door middel van juridisch (bureau)onderzoek. Vervolgens is een online peiling uitgezet onder bedrijfsartsen die lid zijn van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Hierna heeft een drietal focusgroepen plaatsgevonden met bedrijfsartsen en vertegenwoordigers van de bedrijfsgezondheidszorg. Tot slot zijn er vijf (actuele) praktijken beschreven, waarin wordt gewerkt met taakdelegatie en/of taakherschikking. De uitkomsten van de verschillende onderdelen zijn dooreen synthese samengebracht om tot conclusie(s) en aanbevelingen te komen. Het juridische kader omvat verschillende aspecten. Centraal staande Arbowet en de Regeling procesgang eerste en tweede ziektejaar. De Arbowet is recentelijk uitgebreid met een aantal preventieve taken. De taken en de verantwoordelijkheden van bedrijfsartsen worden ook bepaald door andere wetgeving, waaronder de Wet BIG en de WGBO. De door de beroepsvereniging NVAB opgestelde richtlijnen en leidraden voor taakdelegatie bieden de nodige houvast om de wettelijke bepalingen praktisch vorm te geven. Uit het juridische kader wordt duidelijk dat veel van de taken en handelingen van de bedrijfsarts kunnen worden overgedragen aan anderen. Bij taakdelegatie blijft de eindverantwoordelijkheid bij de bedrijfsarts; bij taakherschikking dient de wetgeving te worden aangepast om bij andere functionarissen de eindverantwoordelijkheid te beleggen voor taken die momenteel aan de bedrijfsarts zijn voorbehouden. Op grond van wetgeving en (tuchtrechtelijke) jurisprudentie kunnen bedrijfsartsen taken delegeren, mits aan de volgende vijf kernvoorwaarden wordt voldaan: 1. De bedrijfsarts moet een opdracht aan de gedelegeerde verstrekken; 2. De bedrijfsarts moet daarbij zo nodig voldoende aanwijzingen geven; 3. De bedrijfsarts moet de bekwaamheid van de gedelegeerde hebben beoordeeld, waarbij deze laatste de eigen bekwaamheid als opdrachtnemer moet hebben beoordeeld; 4. De bedrijfsarts moet voorzien in adequaat toezicht en/of de mogelijkheid van tussenkomst; 5. De werknemer moet over de delegatie en de daarbij behorende verantwoordelijkheidsverdeling zijn geïnformeerd (met inbegrip van de mogelijkheid de bedrijfsarts (persoonlijk) te consulteren).

De online peiling laat zien dat bedrijfsartsen vooral mogelijkheden zien voor taakdelegatie en/of taakherschikking ten aanzien van informatieverwerking, preventie, eenvoudige ziekteverzuimbegeleiding en procesbegeleiding. In datzelfde verband worden verschillende functionarissen genoemd aan wie taken in de toekomst (mogelijk) gedelegeerd en/of herschikt kan worden. Voor het welslagen van taakdelegatie en/of taakherschikking zijn juridische, maar ook praktische randvoorwaarden bepalend. Deze bevinding wordt bevestigd door de resultaten van de focusgroepen. Zo spelen de marktwerking en het huidige politieke klimaat een grote rol. Uit de groepsdiscussies kwam naar voren dat het juridische kader en de randvoorwaarden voor taakdelegatie leidend zijn, maar dat de praktijk varieert. Zo wordt verschillend gedacht over de vraag of taken alleen kunnen worden gedelegeerd aan BIG-geregistreerden. Gelet op deze diversiteit is er behoefte aan eenduidigheid, met name waar het gaat om functiebenamingen en competenties. Taakherschikking werd in de focusgroepen vrijwel niet genoemd. Na de drie focusgroepen zijn vijf actuele praktijkbeschrijvingen gerealiseerd. Door middel van interviews met bedrijfsartsen, gedelegeerden en werkgevers is meer inzicht verkregen in de aanleiding, de inrichting en de potentie van taakdelegatie. Van taakherschikking is ook in de onderzochte praktijken geen sprake. Het tekort aan bedrijfsartsen, kostenbesparing en de medicalisering werden het vaakst genoemd als drivers van taakdelegatie. In alle gevallen wordt gewerkt met schriftelijke afspraken, zijn er een ontwikkelingstrajecten voor de gedelegeerden en vindt frequent contact plaats tussen bedrijfsartsen en andere functionarissen. De kernvoorwaarden voor delegatie zoals die uit het juridische kader voortvloeien worden in alle bestudeerde praktijken met procedures, documenten en systemen geborgd. Opmerking verdient dat er in de onderzochte praktijken al langer met taakdelegatie wordt gewerkt en dat daarmee ook positieve ervaringen zijn opgedaan. Mede hierom kunnen de resultaten

niet worden gegeneraliseerd naar de gehele bedrijfsgezondheidszorg. De praktijk van de bedrijfsgezondheidszorg die hier in kaart is gebracht, geeft aan dat taakdelegatie voorkomt, en wel in verschillende uitvoeringsmodaliteiten. Ook komt naar voren dat nog niet duidelijk is in hoeverre taakdelegatie dé oplossing is voor het tekort aan bedrijfsartsen in Nederland. Nader onderzoek is nodig om vast te stellen dat taakdelegatie de aantrekkelijkheid van het beroep van de bedrijfsarts verhoogt en daarmee ook de (zij)instroom in het vak. Ook is nader onderzoek nodig om te bepalen of taakdelegatie voor alle typen werkgevers en werknemers even geschikt is. Voordat tot taakherschikking wordt overgegaan verdient het aanbeveling eerst taakdelegatie als instrument verder te exploreren, de huidige richtlijnen daarvoor aan te scherpen en lering te trekken uit de variatie in de huidige praktijk van taakdelegatie. Hier ligt bij uitstek een taak voor het veld.

Hassel, D. van, Coops, A., Batenburg, R., Heus, P. (2013).

De resultaten laten zien dat een jaarlijkse verschuiving van maximaal 207.000 huisartspatiënten naar de optometrist mogelijk is, en tot 21.000 oogartspatiënten kunnen worden voorkomen als huisartsen patiënten met oogproblemen doorverwijzen naar de optometrist in plaats van naar de oogarts. Onze analyse schatte het potentiële volume dat optometristen kunnen innemen door substitutie binnen de Nederlandse oogzorg. Resultaten moeten echter zorgvuldig worden geïnterpreteerd. Er moet rekening worden gehouden met een aantal beperkingen: (1) de lijst van mogelijke substitueerbare oogziekten werd beoordeeld door slechts zes experts, en (2) er waren slechts een beperkt aantal oogziekten in statistieken beschikbaar of vergelijkbaar in datasets van de huisartspraktijk en optometristpraktijken. Deze studie biedt in de eerste plaats een conceptuele methode om te onderzoeken welke volumes optometristen kunnen toeschrijven aan taakvervanging binnen het Nederlandse oogzorgsysteem.

Heiligers, P.J.M., Noordman, J., Korevaar, J.C., Dorsman, S., Hingstman, L., Dulmen, A.M. van, Bakker, D.H. de. (2012)

Praktijkondersteuners op HBO niveau (POH) zijn in een periode van 10 jaar een vertrouwde verschijning geworden in de huisartspraktijk. Het grootste deel (circa 80%) heeft een verpleegkundige achtergrond, de anderen hebben een achtergrond als doktersassistente met bijscholing op HBO-niveau. De praktijkondersteuner voor somatiek heeft in 1999 haar intrede gedaan in de huisartspraktijk. Haar belangrijkste taak was het conform de NHG-standaard uitvoeren van controles van diabetestype 2 patiënten en astma/COPD-patiënten. Sinds 2008 heeft ook de praktijkondersteuner GGZ haar intrede gedaan. In dit rapport wordt een antwoord op de vraag gegeven in hoeverre praktijkondersteuners in de huisartspraktijk voorbereid zijn op de toekomst. Daartoe is onderzoek gedaan naar huidige aantallen POH's, naar hun opleidingsniveau, hun competenties nu en de in de toekomst benodigde competenties. Na een reflectie op de resultaten worden aanbevelingen gedaan voor partijen in het veld, de overheid en voor verder onderzoek. Beleidsachtergrond: Huisartsen zagen zich in de tweede helft van de jaren '90 van de vorige eeuw geconfronteerd met een toenemende werkdruk. De grenzen waren bereikt in het delegeren van taken naar de praktijkassistente. Daarnaast was als gevolg van de schaalvergroting in de thuiszorg het persoonlijk contact met de wijkverpleegkundige verloren gegaan. Dit leidde tot een roep om meer praktijkondersteuning. Die roep paste binnen het overheidsbeleid dat in taakherschikking en substitutie een antwoord zag op de groeiende zorgvraag gecombineerd met een voorzienhuisartsentekort. De opkomst van praktijkondersteuners kwam in een periode van toenemende aandacht voor diseasemanagement van chronisch zieken. De praktijkondersteuners zouden zich dan ook vooral moeten richten op het volgens de NHG-standaard uitvoeren van de zorg voor chronisch zieken, met name controle van diabetes2 patiënten en patiënten met astma en COPD. Hierbij gaat het niet om substitutie maar om suppletie, want het betreft hier taken die voorheen niet of maar deels werden uitgevoerd.

Aantallen en spreiding In 2011 is in 75% van de huisartspraktijken in Nederland een praktijk - ondersteuner somatiek werkzaam. In die huisartspraktijken gaat het gemiddeld om 0,4 fte. De

verhouding in praktijken met een POH is ruim 1 POH op 4 huisartsen. Van alle groepspraktijken heeft 87% een POH, maar ook twee derde van de solisten heeft een POH in dienst. Juist bij solisten is het percentage met een POH toegenomen. Er zijn aanzienlijke regionale verschillen in werkzame POH's die samen lijken te hangen met regionale verschillen in praktijkvorm en financiering van zorgprogramma's voor chronisch zieken.

Wat doen POH's bij welke patiënten? Het aantal contacten met een POH per bij de praktijk ingeschreven patiënt per jaar bedraagt 0,4. Patiënten hebben 8 keer vaker contact met de huisarts dan met de POH. De contacten van de POH zijn echter wel ruim twee keer zo lang (gemiddeld 22 tegen 10 minuten). Diabetestype 2, hypertensie, astma/COPd zijn in die volgorde de meest voorkomende aandoeningen waarvoor patiënten contact met de POH hebben. Samen nemen deze aandoeningen meer dan 70% van de consulten van de POH voor hun rekening. Met 38% van het totaal aantal consulten van de POH is diabetes type 2 de aandoening waar praktijkondersteuners het meest mee in aanraking komen. Voor deze aandoening hebben praktijkondersteuners ruim 3 keer meer contacten dan de huisarts. Ook bij stoppen met roken consulten zien we dat de praktijkondersteuner meer contacten voor haar rekening neemt dan de huisarts. Bij alle andere aandoeningen doet de huisarts nog zelf de meerderheid van de contacten.

Aandacht voor leefstijl: Kenmerkend voor het werk van de POH is de aandacht voor leefstijl in het consult. In 43% van hun consulten wordt over roken gesproken, in 31% van de consulten over alcoholgebruik, in 74% van de consulten over bewegen of sport en in 73% over voeding. Meestal is het in deze consulten de POH zelf die leefstijlaspecten ter sprake brengt. De aandacht voor leefstijl in de huisartspraktijk op deze schaal is nieuw. Onderzoek onder huisartsen uit 2001 laat zien dat slechts in 3% van de consulten met hypertensiepatiënten roken ter sprake werd gebracht.

Patiënten tevredener: In de periode 1997 tot 2008 (de periode waarin het aantal POH's sterk is toegenomen) zijn patiënten met een chronische aandoening over het algemeen tevredener geworden over de verleende zorg. De toegankelijkheid is beter, de samenwerking is verbeterd en de snelheid waarmee zijn a een verwijzing bij andere zorgverleners terecht kunnen. is verbeterd. Over de ondersteuning die patiënten krijgen bij het omgaan met hun ziekte zijn vooral diabetes en astma/COPdpatiënten tevreden. De opkomst van de POH heeft hieraan in belangrijke mate bijgedragen naast ook de opkomst van diabetesverpleegkundigen in het ziekenhuis.

Competenties: nu POH's worden opgeleid om patiënten met diabetes, astma en chronische longziekten en (de risicogroep voor) hart en vaatziekten te begeleiden. Dat sluit dus aan bij het werk dat zij gaan doen. Ook worden zij opgeleid in gespreks en methodische vaardigheden. Zij voeren hun taken, waaronder de al eerder genoemde leefstijladviezen, goed conform protocol uit. Zij beschikken ook over goede communicatievaardigheden in zijn algemeenheid. Op het terrein van motiverende gespreksvoering is nog winst mogelijk. Patiënten die ervaring hebben met de POH zien hun taken als aanvullend op de taken van de huisarts. In meerderheid vinden zij dat de POH periodieke controles kan uitvoeren, voorlichting kan geven, eenvoudige handelingen kan verrichten, leefstijladviezen kan geven, herhaalrecepten kan uitschrijven, instructie kan geven bij het gebruik van genees en hulpmiddelen, met de thuiszorg of het ziekenhuis contacten kan onderhouden en lab uitslagen kan bespreken. Meer aarzelingen hebben patiënten over de vraag of POH's hulp kunnen bieden bij psychische en sociale problemen, diagnoses kunnen stellen, medicijnen voorschrijven of kunnen doorverwijzen.

Visies op competenties: De belangrijkste stakeholders (opleidingen, werkgevers en beroepsverenigingen) verschillen in de visie op de competenties van POH's. Niettemin is op een aantal hoofdpunten overeenstemming. De POH is een generalistische functie in de huisartsenvoorziening, die in de ketenzorg met andere disciplines samenwerkt voor mensen met een chronische aandoening, die op HBO-niveau is opgeleid, die protocol overstijgend kan denken en die een duidelijk herkenbaar profiel voor patiënten heeft. Verder was er overeenstemming over de constatering dat er in de huidige praktijk grote verschillen zijn in opleiding, competenties en wijze waarop zij ingezet

worden. Opleidingen willen eenduidiger uitstroomen. In de praktijk worden verschillen geconstateerd tussen praktijkondersteuners met een mBO en een HBO achtergrond. Differentiatie tussen POH's is er ook in grotere praktijken, waar een deelde geprotocolleerde zorg doet en een ander deel zich doorontwikkelt op bijvoorbeeld ouderenzorg. Discussie is er over het gewenste opleidingsniveau: huisartsen willen een HBO verpleegkundige opleiding, verpleegkundigen willen een duidelijker onderscheid tussen mBO en HBO niveau, verenigingen van doktersassistenten en praktijkondersteuners willen geen differentiatie in niveaus.

Discussie: Gesteld kan worden dat de praktijkondersteuners de inhoudelijke doelen die oorspronkelijk waren gesteld hebben waargemaakt, zeker ten aanzien van diabetes type 2 en in iets mindere mate ten aanzien van astma/COPd. Werklastverlichting voor de huisarts is slechts in beperkte mate opgetreden, wat geen wonder is gezien het feit dat de huisarts voorheen slechts gedeeltelijk aan de nu door de POH uitgevoerde taken toekwam. Het gaat met andere woorden niet alleen om substitutie maar ook om suppletie. Breder gezien heeft de POH eraan bijgedragen dat de huisartsen voorziening taken op een hoger niveau conform de eisen van de tijd is gaan uitvoeren nadat de mogelijkheden om taken door te delegeren naar de praktijkassistente waren uitgeput. Smaakt succes naar meer? Zit er rek in de taken en competenties van de POH? Die rek zit in de eerste plaats in de taken die praktijkondersteuners nu al uitvoeren. Er zijn aanzienlijke verschillen tussen huisartspraktijken in de mate waarin praktijkondersteuners worden ingezet, zowel in kwantitatieve zin als in de aard van de taken. Alle POH's voeren controles van diabetespatiënten uit maar er zijn verschillen in de mate waarin zij worden ingezet voor andere chronische aandoeningen zoals bijvoorbeeld astma/COPd en vasculair risicomanagement. Onderzoek naar pilots met het preventieconsult en naar preventie bij prediabetes laat zien dat praktijkondersteuners ook hier belangrijke diensten kunnen bewijzen. Gezien het belang dat wordt gehecht aan preventie in de zorg is doorontwikkeling op het terrein van motivational interviewing en ondersteuning van zelfmanagement een logische en goede ontwikkeling. POH's richten zich op patiënten met specifieke chronische aandoeningen als diabetes en astma/COPd. Patiënten met deze aandoeningen hebben vaak meerdere aandoeningen tegelijkertijd. Sterker nog: zij komen vaker bij de huisarts voor andere aandoeningen dan enkel diabetes of astma/COPd. Het ligt verder in de lijn der verwachtingen dat steeds meer zorgprogramma's voor chronisch zieken door zorgverzekeraars zullen worden gecontracteerd, waarin praktijkondersteuners een belangrijke rol spelen. Zij krijgen dus steeds meer te maken met meerdere zorgprogramma's. Ook zal het aantal mensen met multimorbiditeit toenemen. Dit betekent dat de behoefte aan een generieke aanpak van vooral ouderen met meerdere chronische aandoeningen zal groeien. Doorontwikkeling van de functie van praktijkondersteuners in deze richting ligt dan ook voor de hand. Competenties op het terrein van casemanagement dienen daartoe ontwikkeld te worden. Omdat dit heel andere competenties vergt, zal dit niet voor alle praktijkondersteuners zijn weggelegd. Er zal met andere woorden meer functiedifferentiatie ontstaan. We spreken dan over doorontwikkeling op masterniveau. De functie van praktijkondersteuners heeft een generalistisch karakter. Zo omvatten de leefstijladviezen van praktijkondersteuning zowel stoppen met roken als beweegadviezen en voedingsvoorlichting. Daarbij doet de vraag zich voor waar de grens ligt tussen de generalistische aanpak van de POH en waar specifieke deskundigheid vereist is van bijvoorbeeld een fysiotherapeut of een diëtiste. Zo is als gevolg van de introductie van integrale bekostiging een verschuiving waarneembaar van voedingsvoorlichting gegeven door diëtistes naar praktijkondersteuners. De vraag of hier sprake is van efficiencywinst of kwaliteitsverlies kan op dit moment niet worden beantwoord. Overigens worden in het kader van diezelfde integrale bekostiging diëtistes ook gesubcontracteerd voor coaching van praktijkondersteuners. Een gelijksoortige discussie speelt overigens ook in de relatie tussen POHggZ en eerstelijns psychologen.

Praktijkondersteuners worden tot dusver in zijn algemeenheid niet ingezet voor patiënten met alledaagse aandoeningen. Experimenten met inzet van verpleegkundig specialisten en physician

assistenten laten zien dat in dit opzicht op masterniveau opgeleide verpleegkundigen welmogelijkheden hebben. Gezien het feit dat dit geheel andere competenties vraagt en gezien de opgaven die er liggen ten aanzien van doorontwikkeling op het terrein van preventie in de zorg en casemanagement lijkt het niet verstandig hier bij praktijkondersteuners ook op in te zetten. Met de komst van de POH somatiek en ggZ in veel huisartspraktijken is meer differentiatie ontstaan in de personeelsopbouw van huisartspraktijken, die voordien werd gedomineerd door de tandem huisarts/praktijkassistente. Ook de schaalvergroting in huisartspraktijken, toename van de aantallen waarnemers en HidHa's, mogelijke inzet van verpleegkundig specialisten en/of physician assistants vergroten de mogelijkheden tot taakdifferentiatie voor huisartspraktijken. De keuze voor een specifieke skill mix wordt daarmee een steeds complexere opgave voor praktijkhouders. De vraag wat een optimale skill mix is, wordt beïnvloed door tal van factoren zoals de zorgvraag in de wijk of de plaats waarin de praktijk is gevestigd, de huidige zorgvraag van de praktijk, van de ambities van de praktijk, het contractbeleid van de dominante zorgverzekeraar en de arbeidsmarkt in de regio waar de praktijk is gevestigd. Onderzoek naar wat in welke omstandigheden een optimale skill mix is, kan beslissingen van huisartsen in deze ondersteunen.

Specifiek in dunbevolkte gebieden die ook nog te maken hebben met bevolkingskrimp zien wij mogelijkheden voor praktijkondersteuners. In een aantal platteland regio's treedt bevolkingskrimp op terwijl het door de feminisering lastiger wordt om in meer afgelegen regio's huisartsen te werven. Innovatieve oplossingen kunnen hier nodig zijn om ook op het platteland het adagium 'zorg in de buurt' te kunnen blijven waarborgen. Te denken valt aan door praktijkondersteuners bemenste spreekuurpunten voor ouderen in kleine dorpen, die in samenwerking met de gemeente kunnen gerealiseerd worden in leegstaande bedrijfspanden en gecombineerd met andere voorzieningen voor ouderen, zoals bijvoorbeeld een WmOloket. Ook verpleegkundig specialisten of physician assistants kunnen hierin een rol spelen.

Aanbevelingen voor veld en overheid: Aanbevelingen over de inzet van praktijkondersteuners hebben betrekking op zowel de beroepsgroep, de opleidingen, de werkgevers en de overheid. Voor allen geldt dat expliciete aandacht voor de ontwikkeling van het beroep van praktijkondersteuner nodig is. Dit gezien het belang van praktijkondersteuners als gestaltegever van preventie in de zorg en het management van specifieke chronische aandoeningen in de huisartsenzorg. Wij bevelen daarbij aan om te komen tot een gezamenlijke toekomstvisie, die richting geeft aan een op te stellen competentieprofiel, nieuwe eindtermen voor de opleidingen, een plan voor bij en nascholing en randvoorwaarden voor het beroep. Het initiatief van partijen om ondanks verschillen van mening te komen tot een gezamenlijk convenant moet daarom worden toegejuicht. Specifiek gericht op de opleidingen en nascholing bevelen wij aan de POH meer voor te bereiden op de complexiteit van de ouderenzorg. De ouderenzorg vraagt een generalistische blik die buiten de geprotocolleerde zorg naar de combinatie van klachten en problemen kan kijken. Specifieke behoeften en zorgvragen van oudere patiënten vragen bovendien om extra kennis op het gebied van voeding en bewegen. Tevens bevelen wij aan in de opleiding en in de nascholing de communicatieve vaardigheden ten aanzien van leefstijlverandering en zelfmanagement verder te versterken (met name motiverende gespreksvoering). Voor wat betreft de POHGGZ bevelen wij aan de kennis op het terrein van ehealth in aansluiting op de zorg verder te versterken. Gericht op de beroepsgroep zelf achten wij visieontwikkeling ten aanzien van de toekomst van het beroep van belang. De wenselijkheid van functiedifferentiatie is daar een aspect van, dat overwogen dient te worden bij een POH opleiding met landelijke afspraken over in- en uitstroom. Eenheid of tenminste een gezamenlijk optrekken van leden van deze toch niet zo grote beroepsgroep versterkt hun positie ten opzichte van werkgevers, opleidingen en financiers. Dat bevelen wij dan ook aan. Voor de werkgevers bevelen wij aan in te zetten op verdere organisatieontwikkeling in de eerste lijn in huisartspraktijken, gezondheidscentra en zorggroepen. Belangrijk onderdeel daarin is het ontwikkelen van de vaardigheden om gegeven de omstandigheden waar de praktijk in verkeert invulling te geven aan de

personele samenstelling van huisartsen/eerstelijnsvoorzieningen. Een ander punt is het goed werkgeverschap waarin ruimte is voor de professionele ontwikkeling van praktijkondersteuners in lijn met de visie op de ontwikkeling van de praktijk.

Verzekeraars spelen een belangrijke rol in de bekostiging van praktijkondersteuners. Die financiering verloopt voor een groot deel via de integrale bekostiging. Een aantal verzekeraars stelt inzet van praktijkondersteuners als voorwaarde voor het integraal bekostigen van zorg, kennelijk omdat zij het als een garantie zien dat bepaalde taken volgens protocol worden uitgevoerd. Dat is een veronderstelling die wordt ondersteund door de resultaten van dit onderzoek. Aanbevolen wordt voort te bouwen op deze ervaring bij het contracteren van zorgprogramma's voor meerdere aandoeningen en in de gedachtevorming rond de inzet van populatiegerichte bekostiging. Voor de overheid bevelen wij in de eerste plaats aan haar invloed aan te wenden om bovengenoemde processen te ondersteunen. Dat kan door daar actief in te participeren en ook door op onderdelen ondersteuning te bieden door het (mee)financieren van experimenten, instrumenten en onderzoek. Waar verschil van mening is, bijvoorbeeld over het bestaan van een of meerdere opleidingsniveaus (mBO of HBO) kan de overheid een knoopdoorhakken al dan niet geschraagd door onderzoek dat dat ondersteunt. De inzet van praktijkondersteuners in huisartspraktijken vraagt investeringen van praktijken, zowel in het aanstellen van personeel als het daar ruimtelijk op inrichten van praktijken. Dergelijke investeringen zullen praktijkhouders zich alleen getroosten als zij het vertrouwen hebben dat die zich uitbetalen zowel in verbeterde kwaliteit van zorg als financieel gezien. Dat vertrouwen ontlenen zij aan consistent overheidsbeleid ook in tijden van financiële krapte. Die consistentie zit erin dat investeren in preventie in de zorg in zijn algemeenheid en in samenhangende zorg voor chronisch zieken en ouderen in de buurt onze gezondheidszorg als geheel op termijn betaalbaar en toegankelijk houdt. Het uitstralen dat dat de hoofdrichting van beleid is en het daarop afstemmen van korte termijnmaatregelen geeft de beste garantie dat de ingezette ontwikkeling zich voortzet.

Dijk, C.E. van, Korevaar, J.C., Jong, J.D. de, Koopmans, B., Dijk, M. van, Bakker, D.H. de. (2013).

De kosten van de gezondheidszorg dreigen onbetaalbaar te worden indien de toename van deze kosten met de huidige snelheid blijft doorgaan. Eén van de meest genoemde methoden om deze kosten in de hand te houden is substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Maar, niet alle zorg komt in aanmerking voor substitutie, en niet alle zorg die geschikt is voor substitutie kan zonder voorbereiding of scholing verplaatst worden naar de eerste lijn. Dit rapport schetst de huidige stand van zaken op dit gebied. Er is ruimte voor substitutie. Op basis van de literatuur, een discussiebijeenkomst onder zorgverleners en de mening van patiënten blijkt dat er ruimte is voor substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn voor meerdere aandoeningen. Dit wordt ondersteund door de grote verschillen tussen huisartsenpraktijken in het aantal nieuwe verwijzingen naar medisch specialisten. Dit varieert van 94 per 1.000 patiënten tot 254 per 1.000 patiënten: bijna een factor 3. Deze variatie wordt niet of nauwelijks verklaard door verschillen in patiëntkenmerken tussen huisartsenpraktijken. Op basis van de literatuur kwam naar voren dat er ruimte is voor substitutie van de zorg voor chronisch zieke patiënten, voor lichte psychische of emotionele klachten, kleine chirurgische ingrepen en dermatologie. Daarnaast kan de introductie van nieuwe technieken, zoals telezorg, of nieuwe professionals die tussen de eerste en tweede lijn in staan, bijdragen aan substitutie. Substitutie kan volgens zorgverleners, mits er aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Tijdens een discussiebijeenkomst onder zorgverleners kwam naar voren dat er ruimte is voor substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn voor meerdere aandoeningen, op voorwaarde dat aan een aantal randvoorwaarden is voldaan. Belangrijke randvoorwaarden om substitutie van de grond te krijgen, aldus de zorgverleners, zijn goede afspraken maken tussen tweede en eerstelijns zorgverleners, meer vertrouwen krijgen in elkaar en elkaar durven aanspreken op de gemaakte afspraken. Daarnaast moeten ze elkaar aanvullen, en moet de kennis van de huisartsen (en de PoH) voldoende zijn om een deel van de zorg vanuit de tweede lijn over te nemen.

Bovendien moet de bekostiging duidelijk zijn is een consistent beleid tussen eerste en tweedelijnszorg een voorwaarde. Tot slot moet substitutie afgestemd worden op de lokale situatie. Substitutie kan niet worden geïmplementeerd volgens een landelijke blauwdruk. Substitutie kan volgens patiënten, zolang het om niet complexe verrichtingen gaat Volgens patiënten kan een aantal handelingen dat nu nog vaak door een medisch specialist wordt gedaan ook door een huisarts worden verricht. Het gaat dan om handelingen zoals controles bij diabetes, osteoporose en CoPD, nazorg en niet complexe ingrepen. Substitutie kan mogelijk gestimuleerd worden door middel van meer inzicht in eigen handelen en meer ondersteuning In praktijken waar de richtlijnen rondom verwijzingen vaker werden gevolgd, en in duopraktijken ten opzichte van solopraktijken, kregen minder patiënten een nieuwe verwijzing voor een medisch specialist. Dit kan erop wijzen dat overleg en meer inzicht in het eigen verwijsgedrag voor specifieke patiëntengroepen ten opzichte van de beroepsgroepen meer ondersteuning bij het verwijzen kan bijdragen aan een terughoudend verwijsgedrag.

(Beleids)aanbevelingen

- Biedt (financiële) ruimte om de overlegstructuur tussen medisch specialisten en huisartsen te verbeteren en creëer daardoor ruimte voor substitutie.
- Bevorder de ontwikkeling van samenwerkingsstructuren die (eerder)terugverwijzen naar de eerste lijn stimuleren.
- Geef huisartsen en medisch specialisten meer ondersteuning en inzicht in het eigen handelen met betrekking tot (terug)verwijzingen.
- Richt het beleid gelijktijdig op de eerste en tweede lijn, opdat er een consistent beleid is.
- Bevorder de informatieoverdracht tussen de twee lijnen door het opstellen van een richtlijn voor het eenduidig uitwisselen van gegevens tussen huisarts en medisch specialist.

Kouwen A.J., G.T.W.J. v.d. Brink (2013).

In juni 2013 startte het Radboudumc in opdracht van het Ministerie van VWS het onderzoek 'taakherschikking en kostprijzen'. Het doel was tweeledig: ten eerste de relatie tussen de taakherschikkingspraktijk en de kostprijsvaststelling van DBC-Zorgproducten in kaart te brengen en ten tweede in het verlengde daarvan de hieruit voortkomende belemmeringen voor de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants te inventariseren.

Het onderzoek: Er is een praktijkgericht onderzoek uitgevoerd waarbij zowel kwalitatieve als kwantitatieve informatie is verzameld. Er zijn 108 interviews afgenomen bij verpleegkundig specialisten, physician assistants, medisch specialisten en bedrijfsleiders in de 4 deelnemende ziekenhuizen. Het gaat om 3 topklinische ziekenhuizen en 1 academisch ziekenhuis. Daarnaast zijn kostprijsgegevens opgevraagd op verrichtingenniveau om de relatie te leggen tussen de taakherschikkingspraktijk en de kostprijsvaststelling. In totaal waren bij het onderzoek 32 verpleegkundig specialisten en 19 physician assistants betrokken die bij 15 verschillende specialismen werkzaam zijn.

Resultaten onderzoek: Voor de analyse is een toolbox ontwikkeld, die het aandeel taakherschikking in de kostprijzen zichtbaar maakt. Geconstateerd is dat zowel de VS als PA zeer gevarieerd worden ingezet. Deze variatie wordt niet zozeer verklaard door het aantal jaren dat men is afgestudeerd, als wel door de eigen professionele ontwikkeling, het zelfvertrouwen, het specialisme waarin men is opgeleid en het vertrouwen van de medisch specialist in de kwaliteit van de zorg die VS en/of PA levert. Beide groepen voeren veel taken uit die niet geregistreerd worden of buiten de registreerbare verrichtingen vallen (57%). De physician assistant voert meer harschikte taken uit en wordt op grond van de bredere kennisbasis meer algemeen ingezet (in de functie van zaalarts). De verpleegkundig specialist wordt vaker binnen een specialisme in een keten ingezet en verleent daar meer additionele zorg. Veel additionele zorg kenmerkt zich door de informatie-voorziening naar patiënten en het voldoen aan de groeiende informatiebehoefte van wetenschappelijke beroepsverenigingen.

Conclusies onderzoek: Dit onderzoek toont aan dat de inzet van PA en VS in het gehanteerde systeem

van verrichtingenstelsel en kostprijsmethodieken zeer gebrekkig zichtbaar is. Daardoor is het vrijwel onmogelijk om betrouwbare business cases voor de doelmatigheid van die inzet te maken. Er is bovendien vastgesteld dat het financiële systeem¹ en landelijke wetgeving in ziekenhuizen diverse belemmeringen voor taakherschikking opwerpt. De belangrijkste zijn: het face-to-face criterium bij het registreren van een eerste consult, het gebrek aan transparantie in de kostprijs en verrichtingensystematiek en het feit dat VS/PA niet zelfstandig DBC's kunnen openen. Tenslotte is door middel van een sensitiviteitsanalyse vastgesteld dat de effecten van taakherschikking beperkt zichtbaar zijn in de momenteel gehanteerde kostprijsystematieken. Integrale prijsvorming 2015 zal een aantal belemmeringen wegnemen. Tegelijkertijd creëert deze ook een nieuwe belemmering omdat zij binnen ziekenhuizen onzekerheid oproept over de financiering. Sentimenten rondom honorariuminkomsten en overheidsmaatregelen kunnen het enthousiasme voor taakherschikking temperen. Ondanks al deze belemmeringen worden VS en PA veelvuldig ingezet. Als we vragen naar de motivatie voor deze inzet, luidt het meest gehoorde argument: de kwaliteit van (keten-) zorg.

Aanbevelingen onderzoek: Op basis van de conclusies zijn de volgende aanbevelingen door het onderzoeksteam benoemd:

1. Verbeter de informatievoorziening binnen ziekenhuis en betrokken partijen rondom taakherschikking zodat de effecten ervan zichtbaar worden. Dit zou de inzet van VS en PA kunnen stimuleren;
2. Draag zorg voor het differentiëren van verrichtingen zodat het (interne) registratiesysteem het (financiële) effect van die inzet zichtbaar maakt;
3. Bied goede ondersteuning bij de doelmatigheidsanalyse rondom taakherschikking: daarvoor kan de toolbox gebruikt worden;
4. Verricht nader onderzoek naar de 'overige activiteiten' en betrek hier ook de activiteiten van de medisch specialist bij zodat een compleet (en vergelijkbaar) beeld gevormd wordt van de niet geregistreerde activiteiten;
5. Werk een aantal businesscases uit om de toolbox verder te ontwikkelen en valideren;
6. De effecten van taakherschikking opnieuw gemeten moeten worden na de invoering van 'integrale prijsvorming' in 2015.

Laurant M., A. v. Vugt, 2018.

Inleiding Omdat de inzet van PA's en VS-en vaak op toeval is gebaseerd, en het voor artsen en managers niet altijd duidelijk is welke professional het beste kan worden ingezet is het belangrijk aandacht te besteden aan de positionering van deze beroepsgroepen. Eerdere pogingen door de beroepsverenigingen om tot een helder onderscheid te komen zijn niet succesvol geweest. Ook binnen de opleidingen bestaat geen consensus over een helder onderscheid. Daarom wordt met behulp van stakeholders (buiten het platform PA/VS) een notitie geschreven over het profiel van de PA en de VS in de praktijk waarmee binnen het platform PA/VS met de betrokken stakeholders de discussie verder kan worden gevoerd.

Methode Zeven interviews met stakeholders vanuit beleid, onderwijs en onderzoek waarop een eerste versie van de profielen is gemaakt. Daarna een groepsgesprek met de geïnterviewde stakeholders om de profielen aan te scherpen.

Aanbevelingen Om beide beroependuidelijker te positioneren is het allereerst nodig dat door alle betrokkenen geaccepteerd wordt dat er overeenkomsten in taken en verantwoordelijkheden bestaan binnen de beroepen van de PA, de VS en ook andere professionals. Voor de positionering is het van belang dat vanuit een gemeenschappelijk kader geredeneerd wordt. De zorgvraag/-behoefte van de patiënt zou centraal gesteld moeten worden, om op basis daarvan de best passende professionals in te zetten.¹⁶ De best passende professional wordt vastgesteld op basis van de kerntaken passend bij het profiel van de PA en de VS. Hierbij dient opgemerkt te worden dat het niet alleen gaat om de PA en de VS, maar om het volledige interprofessionele (zorg)team dat verantwoordelijk is voor de zorg, dus ook de kerntaken van de artsen en andere professionals binnen het interprofessionele (zorg)team. Een zo scherp mogelijk profiel voor de PA en de VS is

ondersteunend aan het effectief opleiden en is belangrijk voor de zichtbaarheid én het benoemen van de toegevoegde waarde van beide professionals in de brede context van de gezondheidszorg en de ontwikkelingen hierbinnen.

ZonMw (2013).

Inleiding: Deze evaluatie betreft de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). De Wet BIG, in werking getreden op 1 december 1997, is gericht op het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en het beschermen van de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen in de gezondheidszorg. Overeenkomstig artikel 95 is de wet binnen vijf jaar na inwerkingtreding geëvalueerd. Uit deze eerste evaluatie blijkt dat de wet daadwerkelijk wordt gezien als een instrument ter bescherming van de patiënt en als een potentieel belangrijk kwaliteitsinstrument, maar dat de bescherming die de wet biedt beperkt is. Aanbevolen is om de instrumenten van de Wet BIG intensiever in te zetten, de handhaving te intensiveren en kennis over de Wet BIG onder burgers en professionals te vergroten. Daarnaast zijn praktische voorstellen gedaan om het tuchtrecht te verbeteren. Deze tweede evaluatie richt zich op de doelbereiking en de toekomstbestendigheid van de Wet BIG. De Wet BIG is inmiddels 15 jaar in werking, waardoor de vraag kan worden gesteld of de wet nog voldoende ruimte biedt aan bescherming van de patiënt/burger. De achtergrond van deze tweede wetsevaluatie wordt mede bepaald door enkele ernstige incidenten rond disfunctionerende beroepsbeoefenaren die de afgelopen jaren naar buiten zijn gekomen.

Hoofdvraag en onderzoeksaanpak: De centrale onderzoeksvraagstelling is of de Wet BIG zijn doelen bereikt, en zo nee, hoe dat kan worden verklaard, en of de wet, mede tegen die achtergrond, voldoende toekomstbestendig is. Deze centrale onderzoeksvraag valt uiteen in twee series van deelvragen, over de doelbereiking en over de toekomstbestendigheid. Het onderzoek bestaat uit een combinatie van juridische en empirische onderzoeksmethoden, die na een verkennende fase gelijktijdig en in nauwe samenhang zijn toegepast. Omdat de Wet BIG voor de tweede keer geëvalueerd is, heeft een beperkte juridische analyse plaatsgevonden waarbij het accent ligt op de ontwikkelingen die zich sindsdien in de wet en de uitvoeringsregelingen hebben voorgedaan. In het empirisch onderzoek zijn naast interviews met verschillende stakeholders

10 vragenlijsten uitgezet onder beroepsgroepen, zorginstellingen, consumenten, leden van de tuchtcolleges, advocaten, organisaties en verzekeraars. Doelbereiking Doelstelling van de Wet BIG is het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de bescherming van het publiek tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen. In het evaluatierapport is voor de thema's registratie en titelbescherming, opleidingseisen en deskundigheidsgebieden, voorbehouden handelingen, tuchtrecht en strafrecht besproken hoe de wet op die onderdelen functioneert en in hoeverre dat bijdraagt aan het realiseren van de doelstellingen van de Wet BIG. Van belang voor de doelbereiking is dat de registratie van beroepen op zichzelf goed functioneert, zij het dat er aanleiding is de invoering van beroepen beter te organiseren, hetgeen onder meer betekent dat wordt voorgesteld de daarbij te hanteren maatstaven vast te leggen. Het BIG-register ontmoet veel kritiek op praktische zaken als vindbaarheid, met name bij burgers/consumenten. De kwaliteitsregulering via het BIG-register is de afgelopen tien jaar aangevuld en vervangen door andere vormen van kwaliteitszorg, onder meer langs private weg georganiseerd. Dat het BIG-register voor burgers onvoldoende zijn functie als kwaliteitswaarborg waarmaakt, wordt derhalve op andere wijze gecompenseerd. Over de regeling van de voorbehouden handelingen blijkt uit de evaluatie dat die in de praktijk een beperkte rol speelt, hetgeen mede wordt veroorzaakt door de beperkte kennis onder beroepsbeoefenaren van voorbehouden handelingen. Zorginstellingen blijken sinds de vorige evaluatie echter veel vaker protocollen en richtlijnen opgesteld hebben rond voorbehouden handelingen. Een knelpunt bij de regeling van voorbehouden handelingen vormt de reikwijdte van de regeling. Een restrictieve interpretatie van het begrip voorbehouden handeling zorgt ervoor dat niet alle handelingen die mogelijk risicovol zijn voor de burger (en de samenhang van weefsels verstoren)

onder de regeling vallen. De bescherming van het publiek tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen wordt pas bereikt als ook voorbehouden handelingen die buiten het terrein van de individuele gezondheidszorg vallen onder de reikwijdte van de regeling vallen. Uit het onderzoek blijkt dat de normontwikkende en corrigerende werking van het tuchtrecht onvoldoende tot zijn recht komt. Enerzijds komen te veel te lichte zaken voor de tuchtrechter, anderzijds moet meer gestimuleerd worden dat de relatief zwaardere zaken aan de tuchtcolleges worden voorgelegd. Met name de terughoudendheid van de IGZ om het tuchtrecht in te zetten speelt daarbij een belangrijke rol. De onderzoekers constateren dat er aanleiding is voor een grondige herziening van het tuchtrecht in de Wet BIG. Ook van strafvervolging blijkt slechts bij hoge uitzondering sprake, hetgeen onder meer wordt verklaard door het geringe aantal aangiften en de delictsomschrijving in artikel 96 waarmee het OM niet goed uit de voeten kan. Door het verbeteren van de toegankelijkheid en gebruiksvriendelijkheid van het BIG-register en door aanpassingen in de registratie van beroepen, de flexibilisering en de verbreding van de regeling van voorbehouden handelingen en de regeling van het tuchtrecht kan de doelbereiking worden vergroot.

Op het punt van de regulering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening heeft de Wet BIG systematisch een beperktere betekenis gekregen en dient vooral een coördinatensysteem tot stand te komen voor de beroepsregulering die op zorgoperationeel niveau wordt uitgewerkt in overige regelgeving, waarbij herschikking van de kwaliteitsparagraaf past. Toekomstbestendigheid De Wet BIG is te zien als een combinatie van een kwaliteitswet, een regulering van beroepen en regeling van het tuchtrecht. Deze drie elementen zijn met elkaar verbonden, in die zin dat alleen geregistreerde beroepen zijn onderworpen aan het tuchtrecht en tuchtrechtelijke maatregelen kunnen leiden tot ontzetting uit die beroepen. Het feit dat schorsing of doorhaling van de inschrijving de meest vergaande sancties vormen is vooralsnog een argument voor handhaving van tuchtrecht in de Wet BIG. De verbinding tussen de regeling van de kwaliteit van de beroepsbeoefening en de registratie van beroepen is veel minder sterk in de wet terecht gekomen. De directe regulering van de kwaliteit komt daardoor in de wet niet tot haar recht. De kwaliteitsbepalingen zullen dan ook uit de Wet BIG verdwijnen als gevolg van de inwerkingtreding van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Dat is een logische ontwikkeling die het gevolg is van het besef dat de zorgaanbieders in belangrijke mate verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg. Besturen van zorgorganisaties dragen niet alleen formele eindverantwoordelijkheid, maar van hen mag ook actieve bewaking van kwaliteit worden verwacht. Daarmee is de vraag aan de orde of niet nog systematischer de consequenties daarvan voor de Wet BIG moeten worden doordacht. Dat zou kunnen door de wet te splitsen in twee gedeelten: een regeling van beroepen en een regeling van het tuchtrecht. Een zelfstandige regeling van het tuchtrecht, samen met het tuchtrecht voor andere beroepsgroepen in een algemene regeling is op dit moment niet opportuun. De Wet BIG biedt naar het oordeel van de onderzoekers nog steeds een stevige basis voor de regulering van beroepen, opleidingen en titelbescherming. Als 'registratiewet' vervult de wet een belangrijke functie, die de wet ook dient te blijven vervullen. Er is wel aanleiding de invoering van beroepen beter te faciliteren. De registratie en de toegankelijkheid daarvan kan op onderdelen worden verbeterd. Aan de toekomstbestendigheid van de registratie van beroepen hoeft niet te worden getwijfeld. De Wet BIG vormt het 'binnenwerk' van een meer omvattende structuur van kwaliteitsborging, waarvan het eindniveau niet meer door deze wet, maar door de overige kwaliteitsregulering en concurrentie om kwaliteit op de markt wordt bepaald. In dat licht beschouwd, kan de ambitie van de Wet BIG om een prominent kader voor de kwaliteit af te geven voor de burger worden gerelativeerd. Het systeem van de voorbehouden handelingen in de Wet BIG is een weinig bekend referentiekader, zo komt uit het evaluatieonderzoek naar voren. Het juridisch systeem van voorbehouden handelingen is zelfs bij zorgprofessionals minder bekend, maar sluit wel aan op de organisatie van de zorg en biedt daarvoor wezenlijke oriëntatiepunten. De Wet BIG draagt ook hier bij aan de basale lijnen die zowel bij de inrichting van de zorg als bij de functie- en taakverdelingen leidend behoren te zijn en die ook bij de zorginkoop en de vergoeding van de

zorg het zorgaanbod bepalen. Bovendien is er een belangrijke relatie tussen de bevoegdheids- en bekwaamheidsvragen en het tuchtrecht en het civiele aansprakelijkheidsrecht. Dat de structuur van de beroepenwetgeving en de voorbehouden handelingen voor de patiënt niet altijd bekend is, doet niet af aan de betekenis daarvan voor het waarborgen van voldoende deskundigheid in de zorg. In de organisatie van de zorg en het toezicht op de kwaliteit is de basis van de beroepenregulering tot en met de regeling van voorbehouden handelingen van grote betekenis. Zowel in het tuchtrecht als in het civiele aansprakelijkheidsrecht biedt deze regulering de noodzakelijke oriëntatiepunten voor een oordeel over professionaliteit en deskundigheid. De ontwikkeling van voorbehouden handelingen is beperkt tot een enkele aanpassing van de lijst. Rondom de regeling is uitbreiding gezocht via de functionele zelfstandigheid en een experimenteerbepaling. In de kern lossen deze wijzigingen het gebrek aan dynamiek van de lijst van voorbehouden handelingen niet op. In deze evaluatie wordt daarom onder meer bepleit een alternatief spoor te onderzoeken door het beroepsmatige karakter van 'competenties' daarvoor nader te bezien. Zoals hiervoor genoemd onder de noemer van de doelbereiking is het tuchtrecht in zijn huidige vorm naar het oordeel van de onderzoekers niet toekomstbestendig. Wij zien de betekenis van het tuchtrecht op een grotere tijdschaal afnemen. Enerzijds doordat bij de normontwikkeling andere instanties een belangrijker rol krijgen toebedeeld, de 'verkeerde' zaken veel aandacht van de tuchtcolleges vragen en de meer geëigende zaken de colleges niet bereiken. Anderzijds heeft de IGZ zijn rol als klager te beperkt opgevat, mede in het licht van andere handhavingsmogelijkheden via het bestuursrecht. Een herziening van het tuchtrecht achten de onderzoekers nodig om de effectiviteit van het tuchtrecht te herstellen en te voorkomen, dat in de komende decennia de centrale rol die het tuchtrecht in de 20ste eeuw had, verder verloren gaat.

Bruijn de-Geraets, D.P., et al. (2016).

Evaluatieonderzoek Art.36a Wet BIG: VS en PA

Analyses van kwantitatieve data zijn voor de beide beroepsgroepen VS en PA apart uitgevoerd. Daar waar mogelijk zijn resultaten opgesplitst voor de specialismen binnen de beroepsgroep van VSen. De analyses zijn zowel voor de totale groep respondenten verricht, als voor respondenten die zowel aan de nulmeting als de 2e nameting hebben deelgenomen (subgroep analyse). Naast het bepalen van beschrijvende statistische maten is op groepsniveau getoetst of waargenomen verschillen tussen nulmeting en de 2e nameting significant verschillen. Voor de analyse van de kwalitatieve data is gebruik gemaakt van de 'editing analysis style', waarbij de verschillende data schriftelijk zijn vastgelegd en betekenisvolle onderdelen zijn gecategoriseerd.

Resultaten: Het evaluatieonderzoek heeft in twee fases plaatsgevonden: de eerste fase, de nulmeting van het onderzoek, is gestart in maart 2011 en is geëindigd met het in werking treden van de AMvBs per 1 januari 2012. Aan de nulmeting hebben in totaal 1.144 respondenten deelgenomen. De tweede fase heeft plaatsgevonden van januari 2012 tot juli 2015. In deze fase hebben de 1e nameting (medio 2013, 890 respondenten), de 2e en tevens laatste nameting (eind 2014, 1.200 respondenten), vijf focusgroep interviews en 102 interviews met casestudies, stakeholders en patiënten plaatsgevonden. De impact van de wetwijziging is afhankelijk van de mate van implementatie van de zelfstandige bevoegdheid. Tijdens de nulmeting geven één op de vijf VSen en één op de acht Pas aan geen voorbehouden handelingen te verrichten. Na de wetwijziging komt de implementatie langzaam op gang. Tijdens de eerste nameting is de zelfstandige bevoegdheid nog niet overal ingevoerd. Voor een klein gedeelte geldt dit voor de zorgverlener persoonlijk, maar overwegend geldt dit voor de gehele organisatie waarin VSen of PAs werkzaam zijn. Als belangrijkste reden voor het nog niet invoeren van de zelfstandige bevoegdheid wordt terughoudendheid van artsen of van de medische raad gegeven. De invoering van de zelfstandige bevoegdheid heeft er wel toe geleid dat protocollen zijn geschreven, dat afspraken zijn gemaakt met artsen, apothekers en management, dat de protocollen en afspraken zijn goedgekeurd door het management en dat VSen/PAs extra bijscholing hebben gevolgd. Tijdens de laatste nameting geven 83% van de VSen en

86% van de PAs aan dat de zelfstandige bevoegdheid is ingevoerd; 7% van de VSen en 4% van de PAs geven aan dat het uitvoeren van voorbehouden handelingen niet noodzakelijk is voor hun functie. Bij de VSen blijft de implementatie vooral achter bij de VS GGZ: één vijfde van de VSen GGZ geeft aan dat de uitvoering van voorbehouden handelingen in hun organisatie niet goed geregeld is. Uit interviews blijkt tevens dat VSen preventieve zorg in de jeugdgezondheidszorg geen gebruik maken van hun voorschrijfbevoegdheid.

Effectiviteit van de wetwijziging: Tijdens de nulmeting, dus vóór de wetwijziging, worden niet alleen voorbehouden handelingen door de meerderheid van de VSen en PAs verricht, maar gebeurt dit ook met grote frequentie alsook veelal

14 Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG: VS en PA op eigen indicatie. Tijdens de nametingen is het percentage VSen en PAs dat voorbehouden handelingen uitvoert nog verder toegenomen. De meest uitgevoerde voorbehouden handelingen zijn het voor-schrijven van geneesmiddelen en injecteren. De minst uitgevoerde voorbehouden handelingen zijn electieve cardioversies/defibrillaties en endoscopieën. Van deze laatste voorbehouden handelingen is de respons te laag om betekenisvolle uitspraken te kunnen doen. Niet alleen zijn meer VSen en PAs voorbehouden handelingen gaan uitvoeren, de frequentie waarmee ze dit doen is ook voor de meeste voorbehouden handelingen toegenomen. De frequentie is het hoogst voor het voorschrijven van geneesmiddelen en injecties en het laagst voor puncties. Ook de zelfstandigheid bij het indiceren van de voorbehouden handelingen is na de wetwijziging toegenomen. Voor de VSen geldt dat het percentage handelingen dat uitgevoerd wordt op eigen indicatie is toegenomen voor alle voorbehouden handelingen, evenals het percentage voorbehouden handelingen dat uitgevoerd wordt op eigen indicatie zonder overleg met een arts en het percentage voorbehouden handelingen dat wordt gedelegeerd na eigen indicatiestelling. Voor PAs geldt dat het percentage handelingen dat uitgevoerd wordt op eigenindicatie alleen is toegenomen voor injecties. Daarentegen is het percentage handelingen dat uitgevoerd wordt zonder overleg met een arts na eigen indicatiestelling wel toegenomen voor alle voorbehouden handelingen, met uitzondering van puncties. Binnen de verpleegkundig specialismen worden de meeste voorbehouden handelingen uitgevoerd door de VS acute zorg, alsook met de grootste zelfstandigheid bij het indiceren; de minste voorbehouden handelingen met de minste zelfstandigheid bij het indiceren, door de VS GGZ en VS preventieve zorg. Het voorschrijven van medicatie op eigen indicatie beperkt zich niet tot herhaalrecepten of recepten waarbij de dosering wordt aangepast. In vergelijking met deze twee type recepten wordt het voorschrijven van nieuwe recepten zelfs meer op eigen indicatie zonder overleg met een arts verricht. Wel worden recepten, indien op eigen indicatie UR-geneesmiddelen worden voorgeschreven, in één vijfde van de gevallen achteraf inhoudelijk getoetst door een arts. Voor bepaalde groepen geneesmiddelen is de zelfstandige bevoegdheid minder ver doorgevoerd, zoals voor geneesmiddelen die aangrijpen op het bloed en bloedvormende organen, geneesmiddelen die aangrijpen op het hartvaatstelsel (met name antithrombotica en middelen bij anemie), oncolytica en immunomodulantia, en immunosuppressiva: deze geneesmiddelen worden minder vaak op eigen indicatie voorgeschreven of is hierbij vaker overleg nodig na indicatiestelling door de VS/PA. Op de vraag voor welke voorbehouden handelingen de zelfstandige bevoegdheid voor VSen/PAs niet verantwoord is, worden door een gedeelte van de VSen en PAs, als ook door artsen geneesmiddelen genoemd die aangrijpen op het zenuwstelsel, zoals psycholeptica en psychoanaleptica. VSen en PAs noemen daarnaast ook oncolytica en immunomodulantia. Als geneesmiddelen waarvoor een zelfstandige voor-schrijfbevoegdheid kan, maar waarover altijd overlegd moet worden, worden door een ander gedeelte van de VSen, PAs en artsen bovengenoemde geneesmiddelen genoemd. Dit is tevens het geval bij geneesmiddelen die aangrijpen op het hartvaatstelsel, zoals antihypertensiva, cardiaca en diuretica, als ook bij antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik (antibiotica). De terughoudendheid voor een zelfstandige bevoegdheid geldt ook voor lumbaalpuncties en in mindere mate pleurapuncties, bioteren/excideren en handelingen met betrekking tot pacemakers/ICD's. Vóór de wetwijziging

wordt slechts een klein percentage van de voorbehouden handelingen door de VS/PA gedelegeerd naar andere zorgverleners, zoals verpleegkundigen, arts-assistenten of doktersassistenten. Na de wetwijziging wordt ruim één tiende van alle voorbehouden handelingen gedelegeerd. Het vaakst worden voorbehouden handelingen waarvoor verpleegkundigen een functionele zelfstandigheid hebben en katheterisaties gedelegeerd. De aanpassing van de Wet BIG wordt door VSen, PAs en artsen als een verbetering ten opzichte van eerdere regelgeving gezien, echter de lijst van beschreven voorbehouden handelingen wordt door één tiende van de VSen en één vijfde van de PAs niet toereikend voor de werksituatie genoemd. Een zelfstandige bevoegdheid zou volgens hen ook wenselijk zijn voor schouwen, radiotherapeutisch handelen en het toedienen van anesthesie.

Doelmatigheid van de wetwijziging: De tijd die VSen en PAs voor het uitvoeren van een handeling nodig hebben, inclusief overlegtijd of tijd om een opdracht van een arts te verwerken, is voor bijna alle voorbehouden handelingen na de wetwijziging afgenomen behalve voor het voorschrijven van UR-geneesmiddelen verricht door VSen en voor puncties verricht door PAs. Het aantal contactmomenten per maand tussen artsen en VSen/PAs over voorbehouden handelingen is na de wetwijziging ongeveer gehalveerd. Deze daling van het aantal contactmomenten per maand is te zien bij bijna alle voorbehouden handelingen. Tijdens de laatste nameting hebben de meeste contactmomenten betrekking op het voorschrijven van geneesmiddelen, het minst op puncties. Vóór de wetwijziging bestaan de contactmomenten tussen arts en VS voornamelijk uit opdrachtverstrekkingen door de arts, na de wetwijziging voornamelijk uit overleg na indicatiestelling door de VS. Bij de PA bestaan de contactmomenten vóór en na de wetwijziging voor iets meer dan de helft uit opdrachtverstrekkingen. Na de wetwijziging betreft dit in toenemende mate opdrachten tot het volgen van een protocol. Het aantal contactmomenten is dus gedaald na de wetwijziging, de gemiddelde duur van het contact is echter toegenomen voor bijna alle voorbehouden handelingen. Dit kan het gevolg zijn van groeiende taakherschikking in zijn algemeenheid: één kwart van de artsen ziet een kleiner aantal patiënten, als ook relatief meer patiënten met complexe problematiek. Opdrachtverstrekking aan een VS/PA om een voorbehouden handeling uit te voeren vereist dan meer uitleg. Daarnaast behandelt de VS/PA de meeste patiënten zelfstandig en overlegt alleen bij twijfel, vanuit VS/PA perspectief, over complexe situaties, hetgeen ook resulteert in een langere overlegtijd. Een andere indicator voor een doelmatige zorg is de toename van het aantal delegaties van laagcomplexere handelingen van VSen/PAs naar andere zorgverleners met lagere salariskosten. Vanwege de groeiende taakherschikking is voor het bepalen van kosten in het kader van doelmatigheid van de wetwijziging, het koppelen van tijdsbestedingen aan salariskosten niet afdoende. Hiervoor is inzicht in patiëntenstromen en verrichtingen op macro niveau noodzakelijk. In dit onderzoek is gebleken dat niet adequaat wordt geregistreerd wie welke verrichtingen daadwerkelijk uitvoert.

Contextanalyse: Het door patiënten en zorgverleners toegekende relatieve belang van de randvoorwaarden waarin de zorg wordt geleverd (i.e. effectiviteit van het zorgproces, inzet van beroepsbeoefenaren, patiëntgerichtheid van zorg), is bepalend geweest voor de volgorde waarin de resultaten uit de contextanalyse zijn gepresenteerd. Belangrijkste randvoorwaarde voor het zelfstandig kunnen uitvoeren van voorbehouden handelingen is dat de VS/PA hiertoe bekwaam is. VSen/PAs zijn zich bewust van de grenzen van hun bekwaamheid. Bekwaamheid wordt door VSen en PAs voornamelijk bepaald op grond van de concrete situatie, de combinatie van de individuele patiënt en de specifieke handeling. Artsen laten na de wetwijziging het bepalen van de bekwaamheid steeds meer over aan de VSen/PAs. Daarnaast is er een lichte tendens waar te nemen naar het opstellen van bekwaamheidsverklaringen en het periodiek toetsen van bekwaamheid. Kennis en kunde zijn de belangrijkste aspecten van bekwaamheid. Een ruime meerderheid van de VSen, PAs en artsen vinden de kennis van de VS/PA om zelfstandig UR-geneesmiddelen voor te schrijven voldoende en de vaardigheden om voorbehouden handelingen binnen het deskundigheidsgebied uit te voeren uitstekend. Kennis wordt op peil gehouden via bijscholing. De mogelijkheid om intern bij te scholen, is sterk setting afhankelijk. Voor bijscholing is men afhankelijk

van congresbezoeken, cursussen en farmacotherapeutisch overleg(FTO). Het niet hebben van een toereikend eigen scholingsbudget kan een knelpunt zijn voor het op peil houden van kennis en dus bekwaamheid, waardoor onvoldoende accreditatiepunten aan het kwaliteitsregister overlegd kunnen worden. Daarnaast zijn te veel bijscholingen niet, of uitsluitend voor artsen geaccrediteerd en bestaat behoefte aan meer vakinhoudelijke scholing. Patiënten zijn uiterst tevreden over de door de VS/PAontvangen (be)handeling, de informatieverstrekking hierover, de patiëntgerichtheid en toegankelijkheid. Daarnaast waarderen patiënten de deskundigheid van de VS/PA zeer hoog. Na het ondergaan van een voorbehouden handeling door de VS/PA worden sporadisch complicaties gemeld en na het ondergaan van een kleine medische ingreep ervaart het merendeel van de patiënten een verbetering van hun klachten. Bij het voorschrijven van UR-geneesmiddelen door de VS/PA rapporteren patiënten slechts incidenteel bijwerkingen te hebben gekregen die niet beschreven of verteld waren. De informatieverstrekking aan patiënten met betrekking tot een voorgeschreven geneesmiddel blijkt volgens hen echter niet optimaal. Patiënten vinden het belangrijk dat de VS/PA bij twijfel kan terugvallen op een arts en dat overleg plaatsvindt tussen arts en VS/PA. Artsen zijn goed beschikbaar voor overleg als VSen/PAs voorbehouden handelingen verrichten. Ten aanzien van de werkbelasting geldt dat artsen een hogere werkdruk ervaren dan VSen/PAs. Vóór de wetswijziging verwacht drie kwart van de artsen dat de werkdruk voor hen afneemt door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid, na de wetswijziging is deze proportie tot de helft gedaald voor artsen die samenwerken met VSen en gelijk gebleven voor artsen die samenwerken met PAs. Geïnterviewde artsen geven aan dat hun werkdruk door de komst van de VS/PA, ondersteund door een zelfstandige bevoegdheid en een andere zorgindeling, is afgenomen. Objectief gemeten zijn VSen PAs meer gaan overwerken en artsen minder. Het aantal patiëntencontacten per week van VSen en PAs en de duur van een patiëntencontact zijn na de wetswijziging nagenoeg onveranderd gebleven. VSen, PAs en artsen besteden in een werkweek de meeste tijd aan consulten, gevolgd door niet patiënt gebonden activiteiten. Bij artsen is na de wetswijziging een lichte toename in het percentage overleggen over individuele patiënten waargenomen. Medisch handelen (bijvoorbeeld endoscopieën, puncties, injecties) is slechts een klein onderdeel van de werkweek bij zowel VSen/PAs als artsen. Bij artsen die samenwerken met PAs is sprake van een daling in het percentage 'medisch handelen' na de wetswijziging. Op de items gerelateerd aan autonomie scores VSen/PAs en artsen/supervisors gelijkwaardig. Aspecten waar VSen, PAs en artsen het meeste autonomie bij ervaren, zijn: de ruimte in hun werk om zelf beslissingen te kunnen nemen, het zelf bedenken van oplossingen om bepaalde dingen te doen, de vrijheid om te beslissen hoe ze hun werk doen en het niet voortdurend hoeven uit te voeren wat anderen hen opdragen. Jurisprudentie van tuchtrechtsuitspraken over de laatste 5 jaren met betrekking tot voorbehouden handelingen verricht door VSen en PAs bestaat nog nauwelijks. Slechts één VS is aangeklaagd voor het foutief uitvoeren van een voorbehouden handeling. Door de zelfstandige bevoegdheid van VSen/PAs is sprake van uitbreiding van verantwoordelijkheden waarvoor VSen/PAs aangeklaagd kunnen worden. Een risicoanalyse van alle uitspraken met een voorbehouden handeling(ongeacht welke categorie zorgverlener) laat zien dat klachten zijn in te delen in vier categorieën: indicatie, uitvoering, informatie en rapportage. Bijna de helft van de klachten heeft betrekking op de indicatiestelling, één derde op de uitvoering, een klein gedeelte over de informatie en de rapportage. Binnen de indicatiestelling gaan de meeste klachten over de diagnostiek voorafgaand aan de indicatiestelling gevolgd door de keuze voor een bepaalde handeling/geneesmiddel. VSen en PAs geven aan voorbehouden handelingen uit te voeren volgens (landelijke) richtlijnen. Het vastleggen van lokale (samenwerkings-)afspraken als onderdeel van protocollair werken is een aandachtspunt. In bestaande protocollen bestaan lacunes in de verantwoordelijkheidsverdeling en taakverdeling. Voor het verrichten van voorbehouden handelingen op eigen indicatie zijn voor ruim de helft van de VSen en ruim één derde van de PAs persoonlijke schriftelijke regels vastgelegd en blijkt vaak sprake van ongeschreven regels en gewoontevorming. In de persoonlijke regels zijn opgenomen welke

voorbehouden handelingen op eigen indicatie mogen worden verricht, welke specifieke patiëntengroepen mogen worden behandeld en welke specifieke UR-geneesmiddelen mogen worden voorgeschreven, maar worden de verantwoordelijkheidsverdeling en de manier waarop bekwaamheid wordt vastgesteld nauwelijks vastgelegd. Het draagvlak voor (de zelfstandige bevoegdheid van) VSen en PAs is groot bij artsen, waarmee nauw wordt samengewerkt, bij verpleegkundigen en bij patiënten, maar wisselend bij andere specialisten. Hierbij geldt: hoe onbekender met de functie, hoe minder het draagvlak. Dit geldt ook voor de hogere managementlagen in de organisaties, wat tot uiting komt in het al dan niet aanwezig zijn van een specifiek beleid ten aanzien van VSen/PAs. De VS GGZ wordt door zorgverzekeraars niet als hoofdbehandelaar erkend. In het verlengde van draagvlak staat de positionering en zichtbaarheid van de VS en PA binnen de organisatie. Positionering en de invoering van de zelfstandige bevoegdheid zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Een goede positionering van de VS/PA is noodzakelijk voor de invoering van de zelfstandige bevoegdheid, maar de zelfstandige bevoegdheid wordt ook gebruikt om een betere positionering te bereiken. Hogere managementlagen en externe stakeholders zijn zich vaak (nog) niet bewust van alle mogelijkheden van VSen en PAs.

Conclusies: Het onderzoek maakt duidelijk dat de ingevoerde wetswijziging voor een deel van de VSen en PAs een legalisering is van werkwijzen in de dagelijkse praktijk en voor anderen perspectief heeft geboden hun functie verder te ontwikkelen. Demogelijkheden die de wetswijziging heeft geschapen om katheterisaties, heelkundige handelingen, injecties en puncties te kunnen indiceren, uitvoeren en delegeren en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen te kunnen indiceren en uitvoeren, zijn door VSen en PAs in hoge mate benut, waardoor de maatregel effectief is gebleken. Endoscopieën en electieve cardiover-sies/defibrillaties worden reeds in de praktijk uitgevoerd, maar nog niet in dezelfde omvang als boven-genoemde voorbehouden handelingen om op basis van dit onderzoek hieraan conclusies te verbinden. Zorgprocessen met voorbehouden handelingen zijn efficiënter ingericht en de zorg wordt door de hier-toe geschikte professional uitgevoerd, hetgeen indicatoren zijn voor doelmatige zorg. Kostenbepaling in het kader van doelmatigheid is niet mogelijk, omdat ten tijde van het onderzoek de kostenregistratie en het declaratieverkeer voor VSen en PAs niet inzichtelijk waren. Uit het onderzoek is verder gebleken dat aan alle in de wet vastgelegde randvoorwaarden is voldaan en geen negatieve bijeffecten zijn op-getreden als gevolg van de wetswijziging.

Aanbevelingen: Op basis van bevindingen in dit onderzoek worden de volgende aanbevelingen gedaan:

1. Creëer voor de VS een specialisme afhankelijke definitieve wettelijke zelfstandige bevoegdheid voor de voorbehouden handelingen: katheterisaties, heelkundige handelingen, injecties, puncties en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.
2. Creëer voor de PA een definitieve wettelijke zelfstandige bevoegdheid voor de voorbehouden handelingen: katheterisaties, heelkundige handelingen, injecties, puncties en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.
3. De Wet BIG dient primair ter bescherming van de patiënt. Het vastleggen van handelingen die onaanvaardbare risico's met zich mee brengen bij ondeskundige uitvoering en daardoor voorbehouden zijn aan bepaalde zorgverleners is een onderdeel. De zelfstandige bevoegdheid dient toegekend te zijn aan een in de Wet BIG verankerd beroep, waardoor handhaving van veiligheid via verplichte BIG registratie en het vallen onder het complete tuchtrecht mogelijk is. Het beroep van physician assistant dient als artikel 3 beroep in de wet BIG in aanmerking te worden genomen.
4. Indien de tijdelijke zelfstandige bevoegdheid omgezet wordt in een definitieve bevoegdheid, dient periodiek getoetst te worden of de aangewezen voorbehouden handelingen nog steeds voldoen aan de behoefte in de dagelijkse praktijk.
5. Door de wetswijziging is de grootste belemmering om zelfstandig voorbehouden handelingen uit te voeren, weggenomen. Op lokaal niveau werpen zich nog belemmeringen op, die op termijn verdere taakherschikking in de weg kunnen staan. Deze kunnen worden aangepakt indien betrokken partijen

gezamenlijk besluiten om afspraken een landelijk karakter te geven, waarbij de wetgeving leidend dient te zijn.

6. In wet- en regelgeving dient meer aandacht te worden besteed aan het begrip "indiceren" met inbegrip van een duidelijke definitie en reikwijdte.

7. Aanwezigheid van protocollen is een cruciaal onderdeel in de begrenzing van de zelfstandige bevoegdheid van de VS/PA voor het verrichten van voorbehouden handelingen. De AMvB stelt dat landelijke richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen dienen te worden gevolgd. Daarbij moet een protocol niet alleen als een werkinstructie gezien worden, maar ook als een weerslag van de samenwerking tussen VS/PA en andere disciplines. Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden dienen hierbij opgetekend te worden. De samenwerkingsafspraken in de huidige protocollen zijn onderbelichten laten te veel ruimte voor onduidelijkheden. Het vastleggen van samenwerkingsafspraken dient als aandachtspunt gezien te worden, waarbij invulling wordt gegeven aan de Handreiking Taakherschikking.

8. In de loop der jaren is de lijst van voorbehouden handelingen meermaals onderwerp van discussie geweest. De huidige lijst is alleen op hoofdgroep gedefinieerd. Binnen een hoofdgroep kan een variëteit van handelingen schuilgaan. Onder sommige VSen en PAs heerst onbekendheid met de precieze invulling van de lijst. Het verdient daarom aanbeveling om reeds tijdens de opleiding hier aandacht aan te besteden.

9. Niet in alle gevallen is een toereikend scholingsbudget aanwezig om kennis en dus bekwaamheid van VSen/PAs op peil te houden. De Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht zorginstellingen verantwoorde zorg te verlenen, door zorgprofessionals regelmatig te laten bijscholen. Werkgevers dienen op grond van deze wet hun verantwoording te nemen en een toereikend scholingsbudget vast te stellen.

10. Positionering en zichtbaarheid is van belang voor de inbedding van de beroepsgroepen. Dit is niet alleen een taak van de VS en PA, maar dient als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van werkgevers en beroepsverenigingen, maar ook van zorgverzekeraars gezien te worden.

11. Patiënten hebben behoefte aan duidelijkheid in de verantwoordelijkheidsverdeling binnen de door hen ontvangen zorg. Voor patiënten is niet in alle situaties duidelijk welke zorgprofessional bepaalde onderdelen van de zorg heeft geleverd. Voor "nieuwe" beroepen, zoals die van VS en PA, is het noodzakelijk om hun functie en positie aan patiënten duidelijk te maken.

12. Patiënten willen graag goed geïnformeerd worden over hun aandoening, de (medicamenteuze) behandeling en de consequenties van de behandeling. Het verdient aanbeveling dat de behandelaar voldoende informatie verstrekt, waardoor de patiënt in staat is mee te beslissen over de behandeling, met als gevolg een grotere patiënttevredenheid en therapietrouw.

13. De in dit onderzoek bepaalde indicatoren voor doelmatigheid van de wetswijziging dienen gekoppeld te worden aan monetaire eenheden op het niveau van de behandeling, zodra het veranderde beleid inzake registratie- en declaratieverkeer verder geïmplementeerd is.

14. Het is niet mogelijke gebleken effectiviteit en doelmatigheid van de zelfstandige bevoegdheid voor endoscopieën en electieve cardioversies/defibrillaties te evalueren. Vervolgonderzoek dient hierover uitsluitsel te geven.

Rol, M. van der en L.J. Schmit Jongbloed (2010).

De RVZ noemde in 2002 vijf belemmerende factoren voor taakherschikking: (on)zekerheid over de effecten, (on)zekerheid over acceptatie bij patiënten, (on)zekerheid over acceptatie bij beroepsgroepen, juridische (on)toegankelijkheid en financiële impulsen (barrières). In deze notitie is nagegaan hoe deze factoren zich hebben ontwikkeld. Onderzoek naar effecten: kwaliteit en doelmatigheid. Er is weinig onderzoek gedaan naar de effecten van taakherschikking op kwaliteit van zorg. Instanties en organisaties zien tegenwoordig wel het belang van kwantificeren van de kwaliteitswinst. De hoeveelheid onderzoek neemt daardoor de laatste jaren toe. Uit dit onderzoek, en uit beleidsvisies van verschillende beroepsgroepen, concluderen we dat de toebedeling van taken

of de toetreding van een nieuw type professional vanaf het begin goed moet worden geregisseerd om taakherschikking goed te verankeren en hoge kwaliteit zeker te stellen. De komende jaren zal, met name onder invloed van consumenten, in toenemende mate gestuurd worden op kwaliteit. De consument wil transparante kwaliteitsinformatie. Verzekeraars zullen hier op inspelen door het delen van subjectieve en objectieve kwaliteitsinformatie. Voor beide valt nog een grote slag te maken. Naar doelmatigheid van taakherschikking bestaat nauwelijks onderzoek. Dit heeft te maken met de rangorde: indien een herschikking kwalitatief niets toevoegt (of minimaal gelijke kwaliteit biedt) is de doelmatigheid niet belangrijk meer. Mogelijk is er meer doelmatigheidsonderzoek gedaan dan bekend. Instellingen hebben namelijk wel een financiële prikkel om doelmatiger te werken, maar juist niet om er openheid over te geven als ze daarin slagen. Het doel is immers de gerealiseerde winst te behouden voor de instelling zelf en deze niet te laten afkomen door de financiers. Om de financiële- en arbeidsmarkttekorten op te lossen is het belangrijk dat op macroniveau impulsen worden gegeven tot doelmatig werken. Door op macroniveau onderzoek te doen kunnen resultaten gedeeld worden met bijvoorbeeld zorgverzekeraars. Deze kunnen de uitkomsten verwerken in hun vergoedingenpakket en daarmee (premie)besparingen realiseren. Omdat taakevolving en taakverzelfstandiging nog niet als zodanig herkend worden, is hier nog geen onderzoek naar gedaan. Hetzelfde geldt voor de neveneffecten van taakherschikking. Het onderzoek dat er is beperkt zich tot onderzoek achteraf, terwijl het juist voorafgaand aan een zorgredistributie zou moeten plaatsvinden.

Zekerheid over acceptatie bij patiënten: Patiënten zijn gewoonlijk positief over taakherschikking. Uit zichzelf zoeken zij echter nog niet naar mogelijkheden tot taakherschikking. Daarnaast is het voor de acceptatie bij patiënten nodig meer transparantie te realiseren over de competenties, werkzaamheden en verantwoordelijkheden van de verschillende hulpverleners. De komende jaren kan deze transparantie verbeteren door het opzetten van richtlijnen en het aangaan van overeenkomsten tussen zorgaanbieders. Deze ontwikkelingen moeten worden gestimuleerd. Naast acceptatie van taakherschikking, speelt acceptatie van taakverzelfstandiging een steeds grotere rol. De vraag of patiënten (en mantelzorgers) in staat zijn om bepaalde taken zelf uit te voeren en of ze verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid willen nemen staat hierbij centraal. Het blijkt dat taakverzelfstandiging in opkomst is en er zijn veel succesvolle voorbeelden gerealiseerd. Het betreft echter vaak lokale of regionale initiatieven. Het daadwerkelijk op brede schaal doorvoeren van taakverzelfstandiging is mede daardoor nog sterk afhankelijk van professionals en zorgverzekeraars. Om taakverzelfstandiging door zorgconsumenten te bevorderen is het belangrijk dat zij goed geïnformeerd worden, gestimuleerd worden de taken op te pakken en dat gewaarborgd wordt dat de zorg (snel) beschikbaar is en blijft als 'zelf doen' niet meer lukt.

Acceptatie bij beroepsgroepen: Acceptatie van taakherschikking onder beroepsgroepen is lastig. Beroepsgroepen zijn eindverantwoordelijk, terwijl zij geen directe controle hebben over de uitvoering. Daarnaast speelt domein denken een rol. Ook blijkt taakherschikking lang niet altijd een verbetering en werken regels, formele hiërarchieën en informele communicatiesystemen niet altijd mee. Hierdoor duurt het soms tien jaar of langer om tot een vruchtbare samenwerking te komen. Door de nieuwe focus op kwaliteit en doelmatigheid zal de komende jaren de druk op beroepsgroepen om bewust te kiezen voor taakherschikking toenemen. Het is belangrijk de beroepsgroepen te ondersteunen bij deze 'gedwongen' aanpassing. Dit kan door duidelijkheid te scheppen over verantwoordelijkheden, inzicht te geven in competenties van beroepsgroepen en cultuurproblemen te adresseren. Taakverzelfstandiging vraagt net als taakherschikking aanpassing van beroepsgroepen. Omdat er meer duidelijkheid bestaat over de competenties en verantwoordelijkheidsverdeling tussen consument en zorgverlener is de acceptatie makkelijker. Ook is de acceptatie van nieuwe taakverzelfstandigingen makkelijker dan verzelfstandiging van taken die tot dat moment onder verantwoordelijkheid vallen van de zorgverlener. De acceptatie van taakverzelfstandiging kan verbeterd worden door de kwaliteit en doelmatigheid te bewijzen (door

middel van onderzoek) en de verzelfstandiging op te nemen in het vergoedingenpakket van zorgverzekeraars. Er moet overigens ook opgepast worden dat taakverzelfstandiging niet te snel verloopt. De succesfactor kan overschat worden en/of een structurele financieringsvorm kan ontbreken. Juridische toegankelijkheid In 2002 werd geconstateerd dat er verschillende juridische obstakels waren. In 2010 zijn deze obstakels deels weggenomen door de voorgenomen aanpassing in de wet BIG namelijk een experimenteerartikel (36a) waarmee tijdelijk voorbehouden handelingen kunnen worden toegekend aan een (nieuwe) beroepsgroep. Deze wetsaanpassing laat echter op zich wachten, waardoor enkele beroepsgroepen zich in een vervelende situatie bevinden. De beroepsgroepen die (tijdelijk) worden opgenomen in de wet BIG vallen ook onder het tuchtrecht. Hiermee kan de betreffende zorgverleners een berisping, waarschuwing of boete worden opgelegd. Wanneer het experimenteerartikel in 2011 in werking treedt betekent dit een stimulans voor zowel beroepsgroepen die op de shortlist staan voor een tijdelijke bevoegdheid (nurse practitioner, physician assistant, gz-psycholoog) als voor mogelijke nieuwe beroepsgroepen (klinisch technoloog, medisch hulpverlener). De betreffende opleidingen zullen meer studenten trekken en het aantal beroepsbeoefenaren zal toenemen. Om grip te houden op deze ontwikkelingen is het belangrijk een overzichtelijk opleidingscontinuüm te creëren, te zorgen voor draagvlak bij beroepsgroepen (afstemming en acceptatie) en toekenningen te doen op het moment dat het nodig is. In 2010 heeft de ministerraad het wetsvoorstel Cliëntenrechten zorg (WCZ) ingediend bij de Tweede Kamer. In 2011 treedt de wet in werking om de rechtspositie van de cliënt te versterken. De transparantie in de zorg wordt bevorderd en cliënten krijgen recht op keuze-informatie. Op deze manier draagt de wet bij aan zorgredistributie. In 2010 is een wetsvoorstel ingediend tot wijziging van de Geneesmiddelenwet. Hierdoor kan de minister ook verpleegkundigen een voorschrijvingsbevoegdheid toekennen. Dit is een grote stimulans voor taakherschikking aangezien het daarmee voor artsen mogelijk wordt om de verantwoordelijkheid voor de patiënt, ook op dit onderdeel, over te dragen aan de verpleegkundige. Financiële impulsen De invoering van Diagnose Behandel Combinaties (dbc's, die vanaf 2011/2012 worden vervangen door dot's) heeft er toe geleid dat de angst van artsen voor negatieve inkomenseffecten gerelateerd aan taakherschikking grotendeels is weggenomen. Het risico dat ziekenhuizen liepen door niet-artsen handelingen uit te laten voeren die zij niet konden declareren is hiermee ook kleiner geworden. Er bestaat nog wel een financieringsprobleem wanneer het handelingen betreft waar geen arts aan te pas komt. Oplossing daarvan is voor een aantal vormen van taakherschikking zeer gewenst. Verder heeft deze inflexibiliteit in het financieringssysteem ook financiële gevolgen. Er wordt gewerkt met vaste tarieven, waardoor geen rekening wordt gehouden met het uitvoeren van taken door andere beroepsgroepen dan gedefinieerd in de dbc. Indien hier wel rekening mee wordt gehouden kan kostenbesparing het gevolg zijn. Om taakherschikking te stimuleren is het belangrijk de dbc-systematiek flexibeler (zowel in bevoegdheden als tarieven) en transparanter te maken. Een andere belemmering is de beperkte opname van de zorgredistributies in het vergoedingenpakket van de verzekeraars. Dit gebeurt alleen wanneer het een bewezen verbetering betreft en effectuering duurt vaak lang. Het is van belang onderzoek naar de kwaliteit en doelmatigheid van zorg-redistributies te bevorderen evenals snellere opname in het vergoedingenpakket. Ook na opname in het vergoedingenpakket is implementatie niet verzekerd. Er bestaat een grote drempel bij zorguitvoerders vanwege de bijkomende administratieve en uitvoerende verplichtingen. Werkgevers hebben daarom (financiële) stimulansen nodig om zorgredistributies te implementeren. Conclusie: Sinds 2002 is er veel veranderd. Naast taakherschikking spelen inmiddels ook taakevolutie en taakverzelfstandiging een belangrijke rol. Met betrekking tot de vijf factoren zijn diverse wijzigingen en verbeteringen gerealiseerd maar er blijven veel aandachtspunten over. De eindscore op basis van de bevindingen in dit rapport ziet er als volgt uit. Doordat er weinig onderzoek wordt gedaan bestaat er nog weinig helderheid over de effecten van taakherschikking en zorgredistributie op kwaliteit en doelmatigheid. De acceptatie bij patiënten is goed, zolang er duidelijkheid bestaat

over competenties en verantwoordelijkheden. De acceptatie bij beroepsgroepen ligt ingewikkeld vanwege het domein denken en remmende financiële prikkels. De acceptatie van taakverzelfstandigingen is hoger. De juridische toegankelijkheid is verbeterd maar is nog geen stimulerende factor. De financiële impulsen zijn niet optimaal en werken zorgredistributies vaak tegen.

Nederlandse Zorgautoriteit. (2012).

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) maakt in dit advies voor zowel de tweedelijns somatische zorg als de curatieve geestelijke gezondheidszorg een inventarisatie van de financiële belemmeringen voor taakherschikking binnen de tweedelijns zorg. Zij doet daarbij tevens voorstellen voor verbetering. In haar inventarisatie constateert de NZa één mogelijk financiële belemmering in de bekostiging en twee mogelijke financiële belemmeringen in de regelgeving voor de tweedelijns somatische zorg. Er zijn geen financiële belemmeringen voor taakherschikking aanwezig binnen de curatieve geestelijke gezondheidszorg. In een consultatiebijeenkomst deelden de aanwezige partijen deze inventarisatie. De eerste belemmering voor de totstandkoming van taakherschikking is het onderscheid dat gemaakt wordt tussen een kostendeel en een honorariumdeel binnen de tarieven, waarbij het kostendeel gemaximeerd is voor zorgproducten vallende in het gereguleerde segment. Hierdoor is het niet mogelijk om bij taakherschikking de kosten van het honorariumdeel naar het kostendeel te verschuiven als voor het kostendeel het maximumtarief is afgesproken. De tweede financiële belemmering komt voort uit de DBC-regelgeving. Momenteel draagt een poortspecialist de verantwoordelijkheid voor het zorgtraject. Hiermee heeft de poortspecialist de verantwoordelijkheid voor de juiste typering van de zorg en de registratie hiervan. Het is dus niet mogelijk voor niet-poortspecialisten om een initieel subtraject te openen (het starten van een behandeling). Ook de derde financiële belemmering komt voort uit de DBC-regelgeving. Deze beperkt het aantal zorgverleners dat een polikliniekbezoek mag registreren, vanwege de verplichting tot een face-to-face contact met een poortspecialist. Binnen de tweedelijns somatische zorg is een traject in gang gezet om tot integrale tarieven te komen per 2015. Door de invoering van integrale tarieven zal de eerste belemmering wegvallen. De NZa acht het niet opportuun om in de tussentijd versneld actie te ondernemen om deze belemmering weg te nemen. Voor de tweede en derde financiële belemmering ziet de NZa elk twee oplossingsrichtingen. Ten eerste kan de lijst met zorgverleners die een zorgtraject mogen openen en een face-to-face contact moeten hebben bij een polikliniekbezoek worden uitgebreid. Ten tweede kan deze lijst in zijn geheel worden afgeschaft, zodat iedere zorgverlener de bevoegdheid krijgt om een zorgtraject te openen en/of een face-to-face contact bij een polikliniekbezoek te hebben. De NZa adviseert om de verantwoordelijkheid voor het zorgtraject bij de poortspecialist te laten en indien gewenst de lijst van zorgverleners die een zorgtraject mogen openen uit te breiden. De NZa adviseert tevens om de verplichting tot een face-to-face contact met een poortspecialist bij een polikliniekbezoek los te laten en te vervangen door een face-to-face contact met iedere BIG-geregistreerde zorgverlener.

Biezen, M.G.M. van der, van der Burgt, M.R., Laurant, M.G.H. (2017).

Aanleiding De huisartsenzorg staat onder druk. Niet alle zorgvragen zijn even complex en moeten per se door de huisarts worden gezien.

Methode Verschillende interventies waarbij afwisselende samenstellingen van huisartsen en VS-en op de spoedpost werden ingezet (quasi-experimenteel en observationeel onderzoeksdesign).

Conclusie Dit onderzoek laat zien dat het in het weekend overdag mogelijk is om met een team van drie huisartsen en één verpleegkundig specialisten een team van twee huisartsen en twee verpleegkundig specialisten te werken. Ondanks dat verpleegkundig specialisten een aantal klachten niet behandelen, kunnen beide teams alle zorgvragen beantwoorden waarmee patiënten naar de spoedpost komen. In een team met drie huisartsen en één verpleegkundig specialist hoeven zorgverleners hun werkwijzen niet aan te passen. Dat geldt niet voor een team met twee huisartsen en twee verpleegkundig specialisten. In deze teamsamenstelling moeten huisartsen zich meer

focussen op klachten die de verpleegkundig specialist niet kan behandelen. Hierdoor ervaren zij een zwaardere caseload. Het is moeilijk om conclusies te trekken over de invloed van de teamsamenstelling op de zorgkosten. Meer economisch onderzoek is nodig om inzicht te krijgen in de effecten van de inzet van meerdere verpleegkundig specialisten in een team voor de totale kosten in de gezondheidszorg. Er zijn vijf aandachtspunten bij het inzetten van teams met verpleegkundig specialisten ten opzichte van een team met alleen huisartsen. Ten eerste, het aantal consulten per uur daalt licht als er verpleegkundig specialisten in een team zitten. Dat komt omdat de verpleegkundig specialist gemiddeld minder consulten per uur doet dan een huisarts. Ten tweede, laten de resultaten zien dat in teams met meer verpleegkundig specialisten en minder huisartsen meer patiënten geen hulp kregen binnen de tijd die de richtlijn voorschrijft. Ten derde is het van belang dat huisartsen en verpleegkundig specialisten op de hoogte zijn van elkaars deskundigheidsgebieden en bevoegdheden. Ten vierde verandert de caseload van huisartsen in het team met twee huisartsen en twee verpleegkundig specialisten. En als laatste zien we dat in het team met twee huisartsen en twee verpleegkundig specialisten het maken van samenwerkingsafspraken belangrijker is. Op de twee onderzoeksdagen bleek het team met één huisarts en drie verpleegkundig specialisten niet in staat om aan alle patiënten tijdig zorg te verlenen. Dit had een aantal oorzaken. Zo dienden zich te veel patiënten tegelijkertijd aan, waren er teveel U2 zorgvragen en teveel klachten in een kort tijdsbestek die ongeschikt waren voor de verpleegkundig specialist. Meer onderzoek is nodig om uitsluitsel te geven over een team met één huisarts en drie verpleegkundig specialisten mogelijk is.

Biezen, M.G.M. van der, van der Burgt, M.R., Laurant, M.G.H. (2017)

Aanleiding Er is sprake van een groeiende en veranderende zorgvraag waardoor o.a. de werkdruk tijdens diensten toeneemt. Het is van belang dit beheersbaar te houden om deze zorg te kunnen blijven borgen. Mogelijk kan inzet van een PA hieraan bijdragen.

Methode Praktijkgericht observationeel onderzoek, waarbij gekozen is om de normale inzet van de physician assistants te evalueren en niet te interveniëren. Het onderzoek vond plaats van 1 april 2014 tot 1 januari 2016, afwisselend op zaterdag en zondag tussen 9.00 en 17.00 uur. Tijdens het onderzoek werd de zorg verleend door een team van vier huisartsen plus één physician assistant. De huisartsen deden naast consulten ook visites bij patiënten thuis. Er bleven altijd minimaal twee huisartsen op de post aanwezig. De physician assistant deed enkel consulten.

Kernboodschappen Het toevoegen van een physician assistant aan een team van huisartsen in het weekend overdag is haalbaar met behoud van kwaliteit van zorg, veiligheid en doelmatigheid. Patiënten zijn tevreden over de zorg die de physician assistant verleent. Verleende zorg: De top drie van ICPC-groepende physician assistant en huisarts behandelen zijn klachten van bewegingsapparaat, huid en luchtwegen. De physician assistant behandelt minder kinderen onder één jaar en ouderen boven de 65 jaar dan de huisarts. De physician assistant behandelt meer klachten aan bewegingsapparaat en huid en minder aan urinewegen en spijsverteringsorganen dan de huisarts. De physician assistanziet vooral patiënten met een urgentie U3 tot en met U5 (middelhoge tot lage urgentie). De physician assistanten huisarts schrijven even vaak medicatie voor, maar de physician assistant verwijst minder vaak patiënten door naar de spoedeisende hulp. Bijna alle consulten handelt de physician assistant zelfstandig af. Kwaliteit van zorg: De medisch kennis en consultvaardigheden van de physician assistanti jken toereikend voor een grote groep patiënten die de spoedpost bezoeken. Ervaringen van patiënten: Patiënten zijn net zo tevreden over de zorg die de physician assistant biedt als die van de huisarts. Doelmatigheid van zorg: De physician assistant doet gemiddeld vijf minuten langer over een consult dan de huisarts. Een consult van de physician assistant kost net zoveel als dat van de huisarts, uitgaande van de huidige financiering van de huisartsenzorg. De kosten voor een consult van de physician assistanti jken zijn lager als gerekend wordt met een hitha uurtarief (cao Huisartsenzorg). Vergelijking verleende zorg physiican assistant met verpleegkundig specialist: De top drie van ICPC-groepende de physician assistanti jken verpleegkundig

specialist behandelen is hetzelfde: bewegingsapparaat, huid, luchtwegen. Beiden behandelen vooral klachten met een laag tot middelhoge urgentie (U3 tot en met U5). Zowel de physician assistant als verpleegkundig specialist zien op een spoedpost meer patiënten tussen de één en 65 jaar dan de huisarts.

Timmermans, M.J.C., Laurant, M.G., Vught, J.A.H. van. (2016).

Aanleiding: Sinds 2001 worden in Nederland Physician Assistants (PA's) ingezet om artsen te ondersteunen door zelfstandig en structureel een aantal medische taken te verrichten. In toenemende mate worden PA's ingezet in de functie van zaalarts, vanwege de toenemende waardering van continuïteit en kwaliteit van zorg en lokale tekorten aan arts-assistenten. De vraag is of met de inzet van PA's de beoogde doelen daadwerkelijk worden bereikt.

Doel: Het doel was om inzicht te geven in de effecten van het inzetten van PA's in de functie van zaalarts op de veiligheid, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.

Methoden: In een multicenter gematchte en gecontroleerde studie werd het traditionele model met artsen in de functie van zaalarts (arts-model) vergeleken met een gemixt model met naast artsen ook PA's in de functie van zaalarts (PA/arts-model). 34 afdelingen verspreid over Nederland werden geïnccludeerd. Patiënten werden gevolgd van opname tot één maand na ontslag. De primaire uitkomstmaat was ligduur. Secundaire uitkomstmaten omvatten elf indicatoren voor kwaliteit en veiligheid van zorg, ervaringen van patiënten met de verleende zorg, en kosten van zorg. De gegevens werden verzameld door dossieranalyse en vragenlijsten. Interviews werden gehouden om beïnvloedende factoren voor de implementatie van de PA in de functie van zaalarts inzichtelijk te maken.

Resultaten: Wij vonden geen verschil in ligduur tussen beide onderzoeksgroepen. Ook de indicatoren voor kwaliteit en veiligheid van zorg verschilden niet. Wel vonden wij een verhoogde continuïteit van zorg op de afdelingen met het PA/arts-model. Op deze afdelingen evalueerden de opgenomen patiënten de zorg als beter. De gemiddelde totale kosten per patiënt verschilden niet significant tussen de groepen. Wel waren er verschillen in kosten voor ligduur en personele kosten.

Deresultaten van de interviews lieten zien dat tien jaar na de introductie van PA's, er nauwelijks discussie is over de meerwaarde van de werkzame PA's. PA's worden gezien als een stabiele factor in een medisch team dat continu aan verandering onderhevig is. Organisatorische en financiële onzekerheden spelen echter een belangrijke rol bij de beslissing om een PA aan te stellen. Ook een lastige positionering binnen het medisch krachtenveld blijkt een belemmerende factor.

Conclusie: Deze studie suggereert dat het veilig is om PA's in te zetten in de functie van zaalarts. De kwaliteit van zorg lijkt vergelijkbaar en de tevredenheid van patiënten met de geleverde zorg hoger. Extra aandacht voor de positionering van PA's is aan te bevelen.

Hasan, S., Krijnen, P. Van den Akker-van Marle, E., Schipper, I.B. en Bertlema, K.A. (2018).

Doel: Meten van het effect van een spreekuurassistent ('medical scribe') op een polikliniek Traumachirurgie op de consultduur, patiënt- en artstevredenheid, en consultkosten.

Opzet: Transversaal onderzoek.

Methode: Gedurende 10 weken werden alle standaardconsulten bij de 5 traumachirurgen op de polikliniek van een level 1-traumacentrum afwisselend uitgevoerd met en zonder spreekuurassistent. De consultduur was gedefinieerd als de tijd tussen het starten van het consult en het moment dat het epd volledig was ingevuld en door de chirurg was gecontroleerd. Patiënttevredenheid werd gemeten met de PSQ-NL-18-vragenlijst. Na de studie gaven de traumachirurgen in een interview hun mening over de samenwerking met de spreekuurassistent en over de haalbaarheid van het inzetten van een spreekuurassistent. Consultkosten werden berekend als product van het gecombineerde brutoloon (in €/min) van de traumachirurg en van de spreekuurassistent én de consultduur (in min).

Resultaten: In totaal werden 151 patiënten gezien met en 304 zonder spreekuurassistent. Consulten met de spreekuurassistent duurden gemiddeld 3,2 min (95%-BI: 2,2-4,2) korter dan consulten zonder assistent. Patiënttevredenheid verschilde niet tussen de groepen (gemiddelde PSQ-NL-18-

totaalscore: 4,4 (SD: 0,5) in de interventiegroep en 4,3 (SD: 0,5) in de controlegroep ($p = 0,45$). De chirurgen vonden de samenwerking met de spreekuurassistent prettig en hadden meer interactie met hun patiënten. De gemiddelde kosten van een consult met de spreekuurassistent (€ 19,35; SD: 10,4) waren lager dan de kosten van een consult zonder assistent (€ 21,82; SD: 11,3; $p = 0,03$). Naar schatting kan jaarlijks € 10.500 bespaard worden op de polikliniek door het inzetten van een spreekuurassistent.

Conclusie: De inzet van een spreekuurassistent voor de documentatie in het epd tijdens het consult op een polikliniek met een hoge turn-over van patiënten lijkt de productiviteit en de artstevredenheid te verhogen.

Magnée, T., Beurs, D.P. de, Bakker, D.H. de, & Verhaak, P.F.M. (2017).

Achtergrond: Sinds 2008 ondersteunt de praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) de huisarts bij de diagnostiek en behandeling van patiënten met psychische problemen. Wij onderzochten of de POH-GGZ daadwerkelijk zorgtaken van de huisarts overneemt of vooral aanvullende zorg levert.

Opzet: Observationeel onderzoek.

Methode: Op basis van gegevens van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn brachten we in kaart hoe vaak patiënten met psychische of sociale problemen huisartsen en POH's-GGZ consulteerden in de periode 2010-2014. We vergeleken huisartsenpraktijken met en zonder POH-GGZ. Ook onderzochten we welke patiëntkenmerken gerelateerd waren aan een consult bij de POH-GGZ.

Resultaten: Steeds meer mensen bezochten de huisarts in verband met psychische of sociale problemen. Huisartsen met een POHGGZ in de praktijk registreerden een iets hoger aantal patiënten met psychische klachten dan huisartsen zonder POH-GGZ, maar zij registreerden even veel consulten per patiënt. De POH-GGZ zag vooral vrouwen, volwassenen en patiënten met veelvoorkomende psychische klachten.

Conclusie: De POH-GGZ neemt vooralsnog geen zorgtaken over van de huisarts, maar levert aanvullende zorg. Mogelijk zorgt de aanwezigheid van een POH-GGZ ervoor dat huisartsen patiënten met psychische problemen eerder signaleren in hun praktijk.

Ecorys, & SEOR Erasmus School of Economics (2016).

Doelen van de subsidiemaatregel Taakherschikking gaat om het doelmatiger organiseren van het proces van zorgverlening door het structureel herverdelen van taken tussen zorgverleners. In dit thema richten we ons op een specifieke vorm van taakherschikking, namelijk via twee relatief nieuwe functies, de Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants, die minder complexe en meer routinematige taken van artsen overnemen. De gedachte hierachter is dat de uitvoering van deze taken efficiënter kan plaatsvinden door assisterende zorgverleners en dat de arts daarmee tijd vrij krijgt voor het verlenen van meer gespecialiseerde zorg. Een tweede reden voor taakherschikking was een tekort aan capaciteit van artsen met wachtlijsten tot gevolg. Op basis van de bovenstaande problematiek wordt in 2004 de subsidieregeling 'Opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant' gestart om de zorgverleners op te leiden die taken van gespecialiseerde artsen kunnen overnemen. Deze regeling betreft een subsidie voor werkgevers die studenten van deze duale opleiding in dienst hebben. Doelen van de regeling betroffen (i) doelmatiger organiseren van de zorg (ii) verbetering van het carrière-perspectief (iii) voldoende aanbod op de zorgarbeidsmarkt doordat taakherschikking de vraag naar (schaarse) artsen vermindert en zorgpersoneel meer doorgroeiperspectieven biedt (iv) kwaliteit van zorg. Deze elementen staan niet los van elkaar maar zijn onderling met elkaar verweven: verbetering van carrièreperspectieven maakt het werken in de zorg aantrekkelijker en draagt daarmee bij aan voldoende aanbod op de zorgarbeidsmarkt. Voldoende aanbod op de zorgarbeidsmarkt is essentieel voor de kwaliteit van zorg (beschikbaarheid, voorkomen wachtlijsten). Verhoging van de doelmatigheid in de zorg is van belang om de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg ook in een

context van een toenemende zorgvraag te kunnen blijven garanderen.

Conclusies over de doeltreffendheid van de subsidieregeling Het aantal opleidingsplekken voor de VS en de PA is verdubbeld. De output van de subsidieregeling bestaat uit twee elementen:

- Inbedding van een nieuw type opleiding voor Verpleegkundig Specialisten (VS-en) en Physician Assistants (PA's). In 2001 ontstaat de opleiding op zeer kleine schaal, waarna in 2003 een projectsubsidie volgt, gevolgd door de meer structurele subsidieregeling. Van de 17 hogescholen in Nederland, die HBO gezondheidszorg aanbieden, kennen 9 intussen een opleiding voor VS en/of PA.
- Instroom van studenten in deze nieuwe studierichting. De jaarlijkse instroom is verdubbeld van een kleine 200 in 2003 naar 400 in 2009. Na 2009 stabiliseert de jaarlijkse instroom zich rond deze 400. Er is kwantitatief bewijs dat taakherschikking plaatsvindt, maar een precieze meting van de mate van taakherschikking is vooralsnog niet mogelijk gebleken. De opgeleide zorgverleners (VS en PA) blijven grotendeels in de zorg werkzaam. Als resultaat daarvan zou verwacht mogen worden dat artsen taken overlaten aan deze zorgverleners. Er is kwantitatief onderzoek gedaan naar de tijdsbesteding van rond de 50 VS-en en PA's in een viertal ziekenhuizen (Kouwen & van den Brink, 2014). Hieruit blijkt dat van de taken, die deze zorgverleners binnen deze 4 ziekenhuizen uitvoeren ten minste 19 tot 30% als taakherschikking kan worden gekenmerkt. Dit is een onderschatting omdat ruim de helft van hun taken niet geregistreerd wordt. Deze overige taken zijn deels herschikte taken, maar ook taken die overgenomen zijn van verpleegkundigen. Daarnaast verrichten zij additionele zorg bijvoorbeeld psychosociale hulp en secretariële/logistieke taken. Een deel van hun werk bestaat uit het leveren van additionele zorg en het samenwerken met de specialist. Dit kwantitatieve onderzoek geeft dus aan dat taakherschikking plaatsvindt, maar dat door gebrek aan registratie van taken een precieze meting nog niet goed mogelijk is gebleken. Tevens geeft de schaal van het onderzoek beperkingen aan de generaliseerbaarheid van het onderzoek.

Ook kwalitatief onderzoek bevestigt dat taakherschikking plaatsvindt. Er is kwalitatief empirisch bewijs dat taakherschikking plaatsvindt. Dit komt in een breed spectrum van studies naar voren, variërend van monitors, evaluatiestudies en wetenschappelijk onderzoek. Hierbij wordt gebruik gemaakt van enquêtes, interviews, focusgroepen en ervaringen en observaties van betrokkenen in case studies. Uit enquêtes uitgezet door de NP-PA Monitor onder VS-en en PA's en hun leidinggevenden blijkt dat deze beroepsgroepen vooral taken uitvoeren die voorheen door andere beroepen werden uitgevoerd. Dit zijn vooral taken van medisch specialisten en artsen in opleiding tot specialist. Uit diezelfde monitor blijkt dat door het inzetten van de VS en PA de arts meer tijd heeft voor complexe problematiek (Kaufmann, Schuit en Peters, 2010). Dit laatste geldt tevens ook voor de inzet van de VS en PA in de eerstelijnszorg (van der Burgt et al., 2015). In het evaluatierapport voorBIGhouden (De Bruijn e.a., 2015) komt via enquëtering voor en na de wetwijziging in de Wet BIG naar voren dat het percentage VS-en en PA's dat de voorbehouden handelingen uitvoert is toegenomen. Wallenburg et al. (2015) vinden aan de hand van negen case studies van taakherschikking in de zorg dat zowel de VS als de PA medische en organisatorische taken overnemen van medisch specialisten.

Effecten voor doelmatigheid van de zorg konden in onderzoek (nog) niet goed worden gemeten. Dat door de inzet van VS-en en PA's taakherschikking optreedt, is een noodzakelijke, maar nog geen voldoende voorwaarde dat de zorg hierdoor doelmatiger wordt. Bekend is in ieder geval wel dat hun salariskosten lager liggen. Een studie geeft aan dat deze beroepsgroepen minder dan de helft verdienen dan medisch specialisten, maar hierbij wordt niet vermeld of hierbij rekening is gehouden dat specialisten gemiddeld lange werkweken maken. Tevens is denkbaar dat zij meer tijd nodig hebben voor dezelfde handelingen in vergelijking met artsen, of meer tijd nodig hebben voor bijvoorbeeld overleg. Ook de additionele zorg die zij leveren kan tot extra kosten leiden (maar naar de toekomst toe wel weer preventief werken in het beroep van de betreffende patiënten op de gezondheidszorg). In een onderzoek bij vier ziekenhuizen is getracht om systematisch te onderzoeken of de inzet van deze beroepsgroepen in (lagere) kostprijzen tot uitdrukking komt. Dit

bleek echter niet goed haalbaar, omdat de inzet van deze beroepsgroepen onvoldoende terug te herleiden was in de financiële registraties. Op dit moment wordt een hermeting uitgevoerd. Ook enkele losse ad hoc business cases geven een onvolledig beeld.

De subsidiemaatregel lijkt bij te dragen aan betere carrièreperspectieven voor HBO-gekwalificeerden. Een ander doel wat met de opleidingen VS en PA wordt beoogd is het verbeteren van de carrièreperspectieven van hbo-gekwalificeerden. Er zijn verschillende aanwijzingen dat de loopbaanperspectieven bij de gediplomeerden zijn verbeterd. Respondenten uit de interviews wijzen erop dat men in hogere inkomensschalen terechtkomt. Diverse arbeidsmarktindicatoren zijn gunstig. Een fors deel (80-90%) werkt na afronding van de opleiding in de betreffende functie. De arbeidsparticipatie van alumni is zeer hoog; slechts enkele procenten zijn niet werkzaam. De inzet van de VS en PA werkt mee aan voldoende aanbod op de zorgarbeidsmarkt. De bedoeling is dat deze verbeterde arbeidsmarktperspectieven meewerken aan voldoende aanbod op de zorgarbeidsmarkt. De deelnemers aan de opleiding blijven vrijwel allemaal na de opleiding in de zorg werken. Daarnaast wordt verondersteld dat door middel van taakherschikking extra capaciteit bij artsen wordt vrijgemaakt. Verschillende (meer kwalitatieve) studies concluderen dat artsen door de inzet van de VS en PA meer tijd hebben voor complexe problematiek en dat de werkdruk bij deze beroepsgroep afneemt. Bovendien geven werkgevers aan dat zij de VS en PA onder andere aannemen om artsen te ontlasten. Ook de eerder genoemde meer kwantitatieve studie geeft aan dat daadwerkelijk taakherschikking plaatsvindt.

Er zijn positieve aanwijzingen dat de beschikbaarheid van zorgprofessionals bijdraagt aan behoud of zelfs verbetering van de kwaliteit in de zorg. Door middel van voldoende beschikbaarheid van zorgprofessionals wordt beoogd de kwaliteit van zorg te behouden (of te verbeteren). In de interviews en bestaande literatuur zijn hier diverse positieve aanwijzingen voor te vinden, zoals een hoge tevredenheid van cliënten, weinig complicaties na behandelingen, indicaties voor een vergroting van de toegankelijkheid (meer spreekuurcapaciteit) en meer aandacht voor (psychosociale) begeleiding. Wel geldt dat bij de tevredenheidsmetingen geen duidelijk referentiepunt aanwezig is. De effecten op toegankelijkheid en begeleiding zijn gebaseerd op kwalitatieve inschattingen op basis van praktijkcases en enquêtering van behandelde patiënten. De meeste doelen van de regeling worden behaald. Concluderend kan gesteld worden dat voor drie van de vier doelen van de subsidieregeling aanwijzingen gevonden worden dat deze doelen worden behaald. Op het resterende – essentiële – punt van de effecten van de inzet van deze beroepsgroepen op de doelmatigheid van de zorg geldt dat een aantal noodzakelijke voorwaarden blijken te zijn vervuld – zoals het daadwerkelijk plaatsvinden van taakherschikking – maar dat nog geen solide financiële validatie heeft kunnen plaatsvinden door met name beperkingen in de zichtbaarheid van deze functiegroep in de registraties.

Conclusies over de doelmatigheid van de subsidieregeling Naast de effecten van de inzet van deze beroepsgroepen voor de doelmatigheid van de zorg, is in meer enge zin de doelmatigheid van de regeling voor de effecten op het aantal opleidingsplekken van belang. Wat zouden de effecten zijn van een lagere subsidie, of zelfs de afwezigheid hiervan? Uitgaande van de feitelijke jaarlijkse instroom van ruim 400 nieuwe opleidingsplekken en zo'n €50.000 per plek zijn de uitgaven per jaar ruim €20 miljoen. In de begroting van VWS is ruimte voor een hoger aantal nieuwe opleidingsplekken (700). De VWS-bijdrage is bedoeld als tegemoetkoming voor de werkgeverslaten. Bij het bepalen van de hoogte van de subsidie is VWS ervan uitgegaan dat de student tijdens de opleiding ook productie levert en dat daarmee ongeveer de helft van de kosten wordt gedekt. De andere helft komt uit de subsidie. Eén van de redenen die partijen in het veld aanvoeren ter onderbouwing van een dergelijke subsidie is dat voor aanpalende opleidingen werkgevers ook gecompenseerd worden. Een voorbeeld hiervan is de compensatie van werkgevers bij de opleiding van artsen die de PA en VS juist worden geacht deels te gaan vervangen. Partijen in het veld uiten dan ook de vrees dat een afname van de subsidie kan leiden tot een afname van het aantal studenten in deze studierichting. Scholen geven

aan dat in hun contacten met werkgevers de subsidie een belangrijk punt is wanneer deelname aan de orde is. Tevens blijkt dat het maximum aantal gesubsidieerde plekken in het verleden ook daadwerkelijk als maximum heeft gefungeerd en dat het ontbreken van de subsidie voor specifieke groepen als een belemmering voor deelname fungeert. Dit alles geeft indicaties dat de subsidie een rol speelt voor de deelname. Hoe hoog deze invloed van de subsidiehoogte precies is, kan echter niet worden vastgesteld. De administratieve last in de uitvoering van de regeling ligt vooral bij de Hogescholen die dit als een forse belasting ervaren aangezien zij verantwoordelijk zijn voor het uitbetalen van de subsidie aan werkgevers. De hogescholen zijn afhankelijk van declaraties van werkgevers bij het verstrekken van de subsidie. Uit het verleden blijkt dat het nogal veel moeite kost voor de hogescholen om te zorgen dat de werkgevers alles op tijd (en juist) declareren. Dit is echter geen knelpunt om de opleiding te blijven aanbieden.

Aanbevelingen: Tijdelijke verlenging subsidie, gevolgd door afwegingsmoment voor wel of niet structurele bekostiging. Na ruim tien jaar subsidie blijkt een aantal knelpunten die bij het begin speelden nog steeds van toepassing. Er wordt bijvoorbeeld in de interviews nog steeds geklaagd over de beperkte kennis in het veld over de PA/VS en diens capaciteiten en bevoegdheden. Bovendien worden afgestudeerden geacht artsen te vervangen waarvoor de werkgever in hun opleiding ook wordt gecompenseerd. Verlies van de subsidie zou hen op dit vlak op achterstand plaatsen.

Essentieel in de beoordeling blijft echter dat PA's en VS-en voldoen aan de belangrijkste doelstelling dat hun inzet leidt tot meer doelmatige zorg. Bekend is dat daadwerkelijk taakherschikking plaatsvindt, maar (nog?) niet of daarmee sprake is van een aantrekkelijke business case voor bijvoorbeeld ziekenhuizen en andere zorginstellingen. Vanwege deze onbekendheid en onzekerheid stellen wij voor om de subsidie op korte termijn te handhaven, maar wel een duidelijke termijn te stellen waarop een structurele heroverweging plaatsvindt. In de tussentijd kan verder gewerkt worden aan bekendheid en meting van de effecten op doelmatigheid van de zorg. Bij de meer structurele afweging die daarna volgt dienen dan de volgende factoren betrokken te worden:

- Een argument om de subsidie te handhaven, is het gelijke speelveld van keuzes voor instellingen, waarbij het speelveld verstoord is doordat andere opleidingen ook subsidie krijgen. Als bijvoorbeeld de opleiding voor arts wel wordt gesubsidieerd en die voor VS en PA niet dan is dit een tegenkracht tegen taakherschikking.

- Wat bij subsidiëring bij de andere opleidingen een hoofdargument is voor structurele subsidie is het 'freeriderprobleem'. Om te bepalen of dit ook een valide argument is voor deze opleiding is van belang om te weten in hoeverre afgestudeerden regelmatig van werkgever wisselen. Over de "verspreidingsgraad" is echter weinig informatie. De indruk bestaat dat veel opgeleiden "blijven hangen", maar harde data ontbreken.

- Het argument van de 'freerider' wordt wel of niet versterkt door de uitkomsten op de vraag in welke mate zich doelmatigheidswinsten in de zorg voordoen door de beoogde taakherschikking. Als deze winsten zich daadwerkelijk voordoen, dan is het instellingsoverstijgende belang van deze opleiding bij mobiliteit nog groter.

In de komende periode dienen dus de volgende stappen gemaakt te worden:

Vergroot de bekendheid van de VS en PA bij betrokken partijen. Betrokkenen rondom de VS en PA, zoals werkgevers en verzekeraars, zijn niet altijd goed op de hoogte van de mogelijkheden die de inzet van deze beroepsgroepen biedt. Op dit punt van het vergroten van de bekendheid zijn initiatieven gestart.

Meer uitsluitel over financiële voordelen (doelmatigheid in de zorg). Voor de beoordeling van de doelmatigheid van taakherschikking kunnen business-cases op kleine schaal de voordelen inzichtelijk maken (of aantonen dat deze zich niet voordoen). In deze business cases dienen systematisch alle relevante kosten en baten van een situatie met en zonder de inzet PA's/VS-en op een rij te worden gezet. Deze meer kleinschalige business cases dienen zodanig herkenbaar te zijn voor andere instellingen dat deze hen helpen bij hun beslissingen over de inzet van deze beroepsgroepen.

Daarnaast is de meer grootschalige, lopende, poging bij meerdere ziekenhuizen om de inzet van deze beroepsgroepen terug te herleiden in de kostprijzen essentieel. Voorwaarde voor succes van dergelijk onderzoek is wel dat VS en PA daadwerkelijk de taken die zij uitvoeren op de correcte wijze registreren. Aandachtspunt bij dergelijk onderzoek is wel dat binnen dergelijke cases op meer microniveau bepaalde kosten en baten op macroniveau niet worden meegenomen. Stel bijvoorbeeld dat de additionele zorg door PA's en VS-en een preventief effect heeft, en daarmee het toekomstig beroep op de zorg vermindert, dan is dit moeilijk zichtbaar te maken in een business case op microniveau.

Benutten van arbeidsmarktonderzoek alumni voor aanvullende informatie. Onder de VS en PA wordt reeds regelmatig alumni-onderzoek uitgevoerd. Wij stellen voor om hierin bij toekomstige uitvoeringen enkele elementen mee te nemen die informatielacunes vullen. Om een inschatting van maken in hoeverre bij deze groep het 'freeriderprobleem' een rol speelt, is bijvoorbeeld van belang om te weten in hoeverre afgestudeerden wisselen van werkgever. Tevens kan aan betrokkenen een aantal inschattingen worden gevraagd om iets meer te kunnen zeggen over wat de 'nulsituatie' op een aantal terreinen is. Zo kan de alumni worden gevraagd hoe zij hun carrièrepad hadden ingeschat als de mogelijkheid van deze opleiding zich niet had voorgedaan. Tevens kan hen achteraf een oordeel worden gevraagd of de subsidie voor hun werkgever een rol heeft gespeeld om hen deze opleiding aan te bieden.

FMS (?). Taakherschikking als een reactie op individualiseren van de opleiding.

Door het Opleidingsakkoord 2013 komt er een verminderde aios-inzet, wat impact heeft op diverse aspecten van de bedrijfsvoering van opleidingsziekenhuizen (en o.a. meer taakherschikking zal worden ingezet). Er wordt een casus besproken waarbij op de postoperatieve afdeling thoraxchirurgie van het st. Antoniusziekenhuis te Nieuwegein taken herschikt worden van a(n)ios naar VS.

Financiën

Productiviteit CTC: Het aantal operaties bleef gelijk, de staf nam toe met 2 fte, investering voorbereiding, productiviteit CTC daalde. Financiën MSB CTC: inkomsten bleven gelijk, kosten werden hoger door toename staf. Financiën MSB CAR: gelijkblijvende inkomsten, afname kosten door -1 ANIOS, toename productie. Financiën ziekenhuis: gelijkblijvende inkomsten en hogere kosten door +2 VS.

Opleiden

CTC: Minder leermomenten aios. De operaties die Fellow en chef uitvoeren kan niet door aios uitgevoerd worden. CAR: exposure patiënten was altijd heel hoog. Nu enkel consultatief. Moet opnieuw vormgegeven worden.

Zorg

CTC: Minder ervaren CTC doet complexe operaties. Postoperatieve verpleegafdeling CTC: workload VS gestegen, continuïteit door VS, borgen zorg door protocollair werk VS, hiërarchische problematiek VS/cardioloog, volledige supervisie CTC.

Samenwerken

Er was altijd een grote mate van verwevenheid tussen CTC en CAR maar dat wordt nu minder gevoeld.

Patiëntbeleving

Patiënt heeft het gevoel geen dokter meer te zien.

Van Klaveren, S. & Van der Meer, E. (2017).

Aanleiding, doel en aanpak van het onderzoek: De hervorming van de langdurige zorg heeft tot gevolg dat zich de komende jaren grote groepen chronische patiënten (in toenemende mate) zullen melden in de eerste lijn. De druk op de huisartsen neemt daardoor toe en dit kan gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg. De verpleegkundig specialist kan hier uitkomst bieden, vooral waar het gaat om groepen patiënten met chronische klachten. De praktijk is echter dat relatief weinig

verpleegkundig specialisten in de eerste lijn werkzaam zijn en dat opleidingen Master Advanced Nursing Practice (MANP) moeite hebben om in de eerste lijn de leercondities te creëren om op te leiden. In dat kader heeft de MANP aan de Hogeschool Utrecht een inventariserend onderzoek laten uitvoeren. In dit onderzoek stonden de volgende vragen centraal:

1. In welke mate neemt het aantal verpleegkundig specialisten in de eerste lijn toe?
2. Wat zijn de werkzaamheden die de verpleegkundig specialistin de praktijk uitvoert in de eerste lijn?
3. Welke werkzaamheden wil de verpleegkundig specialist graag uitvoeren in de eerste lijn?
4. Welke eventuele belemmeringen zijn er om een eventueel verschil tussen wat men doet en wil doen te overbruggen?
5. Wat kunnen opleiders, praktijken/instellingen en beleidsmakers doen om belemmeringen weg te nemen?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden zijn een aantal activiteiten uitgevoerd. Er is gestart met een documentenstudie. Vervolgens zijn er vragenlijsten uitgezet onder verpleegkundig specialisten en werkgevers in de eerste lijn. Aanvullend zijn er enkele interviews afgenomen bij werkgevers in de eerste lijn.

Resultaten van het onderzoek: In welke mate neemt het aantal verpleegkundig specialisten in de eerste lijn toe? In totaal zijn er in 2016 2.638 verpleegkundig specialisten. In de meeste onderzoeken naar verpleegkundig specialisten wordt geen onderscheid gemaakt naar het werkzaam zijn in de eerste of tweede lijn. Het aantal verpleegkundig specialisten in de eerste lijn is daardoor niet exact vast te stellen. De meeste verpleegkundig specialisten werken in ziekenhuizen en verpleeghuizen en/of de verstandelijkgehandicaptensector. Van de 2.638 verpleegkundig specialisten zijn er in 2016 279 actief in de huisartsenzorg en 236 in de basis-GGZ. Zij vormen een minderheid ten opzichte van het aantal geneeskundig specialisten. Er zijn regionale verschillen in de inzet van verpleegkundig specialisten in de eerste lijn. In Groningen, Brabant en Limburg zijn verhoudingsgewijs meer verpleegkundig specialisten in de eerste lijn werkzaam dan in de overige provincies.

Wat zijn de werkzaamheden die de verpleegkundig specialistin de praktijk uitvoert in de eerste lijn? Welke werkzaamheden wil de verpleegkundig specialist graag uitvoeren in de eerste lijn? De inzet van de verpleegkundig specialist verschilt per organisatie en is afhankelijk van de expertise van de verpleegkundig specialist, de samenstelling van de organisatie en de samenstelling van de populatie. De verpleegkundig specialist zet zich vaak in voor een specifieke groep patiënten. Denk aan ouderen, COPD-patiënten en GGZ-cliënten, of op een specifiek terrein, zoals wondzorg. Uit het onderzoek onder verpleegkundig specialisten (in opleiding) blijkt dat zij –ook afgestudeerde verpleegkundig specialisten –niet alle competenties kunnen uitvoeren die zij tijdens hun opleiding hebben geleerd en ook zouden willen benutten. Zij hebben vooral moeite met het bewerkstelligen van de CanMEDS-rol 'Leider'. De rollen 'Behandelaar' en 'Communicator' kunnen verpleegkundig specialisten vaak wel naar eigen wens uitvoeren. De aan het onderzoek deelnemende verpleegkundig specialisten istevens gevraagd bij welk type werkgever zij graag willen werken. De meesten van hen noemen het werken in een huisartsenpraktijk als eerste voorkeur. Als tweede keuze wordt vooral de nurse-led-praktijk genoemd. Een rode draad in de toelichting die de verpleegkundig specialisten hebben gegeven is dat zij belang hechten aan zelfstandig functioneren. Welke eventuele belemmeringen zijn er om een eventueel verschil tussen wat men doet en wil doen te overbruggen? Er zijn verschillende redenen waarom de verpleegkundig specialisten in aantal langzaam toenemen. Belangrijk daarbij is dat artsen en verpleegkundig specialisten beiden zoekende zijn naar een goede positionering van de verpleegkundig specialist; niet alleen onderling, maar ook ten opzichte van andere beroepsgroepen, zoals de physician assistants en de praktijkondersteuner huisartsenzorg. Het is niet voor alle betrokkenen helder wat de verschillen tussen de beroepsgroepen zijn en daarmee wat de meerwaarde is van de verpleegkundig specialist. Andere belemmeringen die in het onderzoek onder verpleegkundig specialisten en werkgevers in de eerste lijn naar voren zijn gekomen zijn: het ontbreken van een betaaltitel, te weinig gedefinieerde standaarden/richtlijnen voor de

verpleegkundig specialist, doorverwijzingen die niet worden geaccepteerd en informatie die niet beschikbaar is. Dergelijke zaken belemmeren ook de mogelijkheden tot samenwerking voor de verpleegkundig specialist, terwijl de beroepsgroep juist in dezen een belangrijke rol kan vervullen binnen de eerste lijn. Op de achtergrond speelt mee dat de beroepsgroep binnen de eerste lijn nog weinig bekendheid geniet dat er in studies naar de verpleegkundig specialist in de regel geen onderscheid wordt gemaakt tussen hun inzet in de eerste en in de tweede lijn. Dit maakt de beroepsgroep binnen de eerste lijn minder zichtbaar.

Aanbevelingen: In het onderzoek zijn een aantal aanbevelingen geformuleerd die kunnen bijdragen aan een betere inzet van verpleegkundig specialisten in de eerste lijn.

Opleidingen, praktijkopleiders en praktijkinstellingen: Formuleer een visie op het 'opleiden en implementeren' van de doelgroep: waar liggen de kansen voor verpleegkundig specialisten in de eerste lijn? Draag uit wat de positieve meerwaarden van de beroepsgroep tussen overige beroepsgroepen in de eerste lijn. Publiceer regelmatig inspirerende goede voorbeelden uit de praktijk.

Verpleegkundig specialiste: Maak binnen de organisatie waar je werkt duidelijk wat je meerwaarde is, laat je horen. Verspreid goede voorbeelden en samenwerkingsafspraken die anderen kunnen inspireren en helpen. Gebruik de beroepsgroep (netwerk eerste lijn) om samen te professionaliseren.

Neem je eigen opleiderschap serieus: werk goed met elkaar samen in een opleidings situatie.

V&VN: Verbeter de informatievoorziening over de bekostiging van de verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Stimuleer een betere bekostiging van de inzet van de verpleegkundig specialist in de eerste lijn, analoog aan het regiebehandelaarschap in de GGZ. Streef naar openstelling van (wetenschappelijke) databanken voor verpleegkundig specialisten. Rijk tools aan waarmee verpleegkundig specialisten hun meerwaarde zichtbaar kunnen maken (bijvoorbeeld via maatschappelijke kosten-batenanalyses). Verspreid inspirerende goede voorbeelden.

Ministerie van VWS: Houd het onderscheid tussen de verpleegkundig specialist in de eerste en de tweede lijn voor ogen. Vertaal de consequenties hiervan in beleid en maatregelen.

NZA: Onderzoek de mogelijkheden voor een betaaltitel voor de verpleegkundig specialist in de eerste lijn.

ZN: Stel eerstelijnsorganisaties op de hoogte van de bekostigingsmogelijkheden voor de inzet van verpleegkundig specialisten.

Brancheorganisaties: Ontwikkel een diepgaandere visie op de inhoud van de verpleegkundig specialist en neem daarin positie in.

Wallenburg, I., Janssen, M. & De Bont, A. (2015).

Taakherschikking, het herverdelen van taken en verantwoordelijkheden tussen zorgprofessionals, is een instrument om enerzijds de efficiëntie en patiëntgerichtheid van de zorg te verbeteren en anderzijds om de loopbaanmogelijkheden voor zorgprofessionals te vergroten en hen voor het werk in de zorg te behouden (RVZ 2002, 2011; GR 2008). In Nederland is taakherschikking sinds januari 2012 wettelijk verankerd. Verpleegkundig specialisten (VS-en) en physician assistants (PA's) hebben voor vijf jaar de bevoegdheid gekregen om zelfstandig voorbehouden handelingen te indiceren en uit te voeren. Het gaat om handelingen die voorheen waren voorbehouden aan medisch specialisten, zoals katheterisaties, defibrillaties, endoscopieën, injecties, puncties en het voorschrijven van medicatie (de Bruin-Geraets et al., 2014). In deze rapportage beschrijven we aan de hand van negen case studies hoe taakherschikking tussen medisch specialisten en verpleegkundig specialisten en tussen medisch specialisten en physician assistants in de praktijk vorm krijgt. De volgende drie onderzoeksvragen waren hierbij leidend: 1. Hoe krijgt taakherschikking vorm in de dagelijkse zorgpraktijk binnen zorgorganisaties? 2. Welke rollen vervullen PA's en VS-en in de dagelijkse zorgpraktijk? 3. Wat betekent de wijze waarop taakherschikking vorm en inhoud krijgt voor de organisatie en uitvoering van zorg in de dagelijkse praktijk? De VS en de PA hebben zich ontwikkeld tot volwaardige professionals met een zelfstandige rol en eigen handelingsvaardigheden en

oriëntatie. Zowel de VS als de PA is onderdeel van het medisch team en beide nemen zowel medische als organisatorische taken over van medisch specialisten. Daarnaast profileren de VS en de PA zich als ontwikkelaars van een eigen beroepsdomein naast dat van de medisch specialisten en verpleegkundigen. Anders gezegd, de rol van de VS en de PA gaat verder dan het overnemen van taken van medisch specialisten. Zij innoveren de zorg door onder andere het versterken van de samenwerking tussen medisch specialisten en verpleegkundigen, het verbeteren van de organisatie van de zorg en de versterking van de psycho-sociale begeleiding van patiënten en familieleden. Derhalve is er geen domeinstrijd tussen gevestigde en nieuwe professionals. Wij concluderen dan ook dat de PA en de VS vooral erop gericht zijn hun eigen specifieke rol vorm te geven. Deze studie laat zien dat de wijze waarop de rol van de VS en de PA vorm krijgt sterk situationeel is. Ten eerste zijn de rollen afhankelijk van de omstandigheden in de specifieke organisatie, zoals de zorgsetting en de roostering. Ten tweede zijn de rollen van de VS en de PA afhankelijk van de voorkeuren van de managers en professionals die in de betreffende organisatie werkzaam zijn. Deze voorkeuren worden gevormd door ervaring en onderling vertrouwen. Ten derde vindt de rolontwikkeling plaats in teams; taakherschikking is nauw verbonden met teamgerichtwerken. Ten vierde worden de rollenvastgelegd in lokale afspraken die aangepast of heronderhandeld worden zodra kennis, kunde en vertrouwen van en in de VS of de PA toeneemt. Deze gesitueerdheid leidt ertoe dat de wettelijke bevoegdheid van zowel de VS als de PA niet optimaal wordt benut. Lokale afspraken en gebruiken laten minder ruimte voor een zelfstandige rol van de PA en VS dan de wet toestaat. Op basis van deze conclusies kunnen aanbevelingen worden gedaan voor het beleid, de praktijk en (vervolg)onderzoek naar taakherschikking in de zorg en de rol van de VS en de PA. In deze

managementsamenvatting beschrijven wij de drie beleidsimplicaties van onze onderzoeksresultaten.

1. Door de voorzichtigheid van zowel medisch specialisten als de VS en de PA's in combinatie met de zorgvuldige opbouw van checks en balances in teamwerk, verloopt de ontwikkeling van de rol van de VS en de PA gestaag. De resultaten laten zien dat beide beroepen in ontwikkeling zijn en dat er in de praktijk nog niet volledig gebruik wordt gemaakt van de wettelijke bevoegdheden. Daarbij is ruimte die nieuwe professionals in de lokale praktijk krijgen en nemen vaak beperkter dan voorzien in de wet. Er lijkt meer landelijke sturing nodig om optimaal gebruik te kunnen maken van de expertise en competenties van de VS en de PA's. Dit dient bij voorkeur te gebeuren in nauw overleg met de beroepsgroep, de beroepsorganisaties en andere betrokkenen. Het verdient aanbeveling om de ruimte voor lokale afspraken, zoals nu geformuleerd in de wet, te heroverwegen.

2. Het onderzoek laat zien dat het wettelijk vastgelegde onderscheid tussen complexe en niet-complexe zorgtaken in de praktijk niet passend is. Het blijkt niet uitvoerbaar om altijd vooraf te bepalen wat precies complexe zorg is. De complexiteit van zorg verandert in de dynamiek van de dagelijkse zorgpraktijk. Bovendien wringt het onderscheid tussen complex en niet-complex met de dagelijkse organisatie van de zorg en de werkverdeling die daaruit voortvloeit. Het is echter niet noodzakelijk een nieuw wettelijk criterium te formuleren om de kwaliteit van zorg te waarborgen. De praktijk laat zien dat de rollen van de PA en de VS vorm krijgen in 'teamwerk'. De vele 'checks and balances' die daarin zijn ingebouwd, zoals frequent (in)formeel overleg, zijn afdoende om de kwaliteit (van de uitvoering) van de zorg te borgen. Ons advies aan de Minister van VWS is dan ook om, in nauw overleg met de betrokken beroepsorganisaties, het onderscheid tussen complexe en niet-complexe zorgtaken te heroverwegen.

3. Dit onderzoek laat zien dat de ontwikkeling van nieuwe professionele rollen bijdraagt aan de kwaliteit en continuïteit van de zorg. Het verdient aanbeveling om de discussie over taakherschikking en nieuwe professionele rollen dan ook te verbinden aan discussies over kwaliteit van zorg in bijvoorbeeld verpleeg- en verzorgingstehuizen.

Jansen, P., & Schutte, S. (2019).

Aanleiding Gezien de signalen die duiden op een hoge volatiliteit van deze twee beroepen en op uiteenlopende beïnvloedingsfactoren op de omvang van de inzet, is meer inzicht nodig in de besluit--

vormingsprocessen en de invloed van bijvoorbeeld beleid en arbeidsmarktfactoren per sector. Meer informatie hierover zorgt ervoor dat het Capaciteitsorgaan de uitkomsten van de doorrekeningen in het ramingsmodel in perspectief kan plaatsen en kan inbedden in een breder advies over de benodigde capaciteit.

Methode Telefonische interviews en vragenlijsten

Stimulerende factoren Het beeld tussen de sectoren komt overeen en is als volgt:

- Verbetering van de zorg is voor alle zorgsettings een (zeer) belangrijke factor; in de huisartsenzorg is deze factor in vergelijking tot de andere settings in iets mindere mate aangegeven.
- De arbeidsmarkt van de zorgprofessionals is ook in alle zorgsettings als belangrijke stimulerende factor genoemd en in de huisartsenzorg als belangrijkste factor.
- Vervolgens wordt de verandering van de zorgvraag als stimulerende factor aangegeven, met name in de huisartsenzorg, gehandicaptenzorg en thuiszorg.
- De bekostiging wordt met name als stimulerende factor aangegeven in de revalidatiezorg.

Remmende factoren Tussen de sectoren is het beeld divers.

- MSZ: Bekostiging wordt het vaakst genoemd.
- REV: Het vaakst wordt genoemd Niet van toepassing/weet ik niet, Opleiding en Kwaliteit van zorg.
- HA: Bekostiging is de belangrijkste remmende factor, gevolgd door Praktisch en Opleiding.
- VVT: Het vaakst worden genoemd Weet ik niet en Onbekendheid met beroepen.
- GHZ: Het vaakst worden genoemd Onbekendheid met beroepen, Geen noodzaak tot verandering en Arbeidsmarkt professionals.

Twynstra Gudde en SiRM (2016).

Aanleiding De markt voor medisch specialistische zorg is zeer versplinterd als deze wordt gedefinieerd op basis van mogelijke vraagsubstitutie. Zo is bijvoorbeeld een patiënt met een liesbreuk, niet gebaat bij 99,6% van de rest van de medisch specialistische zorg.

Productmarktafbakening vanuit vraagperspectief leidt tot veel verschillende productmarkten. Op basis van aanbodsubstitutie zijn de productmarkten voor medisch specialistische zorg met vergelijkbare concurrentiecondities groter. Het betreft voornamelijk aanbodsubstitutie binnen specialismen.

Resultaten Aanbodsubstitutie tussen specialismen is beperkt tot 4 tot 8% van de omzet. Die substitutie vinden we voor inwendige geneeskunde met MDL en reumatologie, en voor chirurgie met neurochirurgie en orthopedie. Dat er nauwelijks substitutie van behandelingen tussen specialismen is, wil niet zeggen dat ieder specialisme zijn eigen productmarkt vormt. Enerzijds dienen die wellicht opgesplitst te worden, bijvoorbeeld naar basiszorg en complexe zorg. Anderzijds is een afbakening per specialisme te smal bij samenhang tussen specialismen. De condities waaronder aanbieders van medisch specialistische zorg concurreren, verschilt tussen complexe zorg en basiszorg. Basiszorg wordt door vrijwel ieder ziekenhuis geleverd, terwijl complexe zorg door daarin gespecialiseerde ziekenhuizen (inclusief UMC's) wordt geleverd. Ziekenhuizen die complexe zorg leveren, leveren tevens basiszorg. Het aandeel complexe zorg verschilt uiteraard per specialisme.

Op basis van onze analyse over 2014 schatten we de volgende kengetallen voor complexe zorg waarvoor gereisd wordt:

- ongeveer een derde van de 4.250 gedefinieerde DBC-zorgproducten
- ongeveer een tiende van het volume van de 13,6 miljoen DBC-zorgproducten
- ongeveer een vijfde van de geanalyseerde omzet van bijna €14 miljard

Het complement van de complexe zorg is nader geanalyseerd. Die basiszorg wordt geleverd door alle specialismen met uitzondering van neurochirurgie en cardio-thoracale chirurgie die beiden uitsluitend complexe zorg leveren. Het betreft 80% (volume, 65% omzet) van de DBC-zorgproducten.

Op basis van een clusteranalyse waarbij gekeken wordt naar samenhang van zorg met andere specialismen en het ziekenhuis, hebben we 7 productmarkten geïdentificeerd en 11 clusters die

mogelijk geheel, of gedeeltelijk ook productmarkten vormen. Daarnaast is er ook nog een restcluster.

- Ongeveer 28% (volume, 14% omzet) van de DBC-zorgproducten wordt geleverd op 7 productmarkten met als dominante specialismen: oogheelkunde, orthopedie, KNO, dermatologie, reumatologie, plastische chirurgie en chirurgie. Deze zorg kan geleverd worden buiten de setting van het ziekenhuis. Een groot deel van deze zorg wordt ook aangeboden door ZBC's. Voor chirurgie betreft dat niet complexe operaties zoals voor behandeling van spataderen, aambeien en goedaardige huidgezwellen. Wellicht kunnen met nader onderzoek meer separate productmarkten worden gevonden.

- Ongeveer 51% (volume, 49% omzet) van de zorg vinden we terug in 11 clusters die samenhangen met zorg in de rest van het ziekenhuis. Of daadwerkelijk sprake is van aparte productmarkten hangt ervan af of deze clusters voldoende schaal kennen om de benodigde voorzieningen zelf te kunnen exploiteren, dan wel of deze voorzieningen ook extern ingekocht kunnen worden.

- Twee clusters met obstetrie & gynaecologie (exclusief oncologie) en kindergeneeskunde werken relatief onafhankelijk van andere poortspecialismen. Zij hebben echter wel de voorzieningen van een ziekenhuis nodig om hun zorg te kunnen (en mogen) leveren. Mogelijk dat ze vanwege bedrijfseconomische noodzaak niet een volledig aparte productmarkt vormen omdat ze niet het volume hebben om benodigde faciliteiten zelf voldoende te benutten.

- Vijf clusters met beschouwende specialismen inwendige geneeskunde, neurologie, cardiologie, MDL en longgeneeskunde. Ongeveer een op de negen patiënten wordt ook gezien door chirurgie. ○ Een cluster met MDL als dominant specialisme dat gefocust is op oncologische diagnostiek en behandeling.

- Een cluster met urologie als dominant specialisme dat verder veel lijkt op de voorgaande zesclusters.

- Twee clusters: interne geneeskunde en chirurgie. Voor beide clusters geldt een relatief sterke samenhang met het andere vak (chirurgie en interne geneeskunde). Van alle 19 clusters kennen deze verreweg de meeste samenhang met voorzieningen van een ziekenhuis.

De mate waarin de hierboven gesuggereerde productmarkten ook daadwerkelijk uniforme condities voor concurrentie ondervinden, hangt ook af van andere factoren. Veel ziekenhuizen zijn bezig met strategische heroriëntatie en herzien de manier waarop ze zichzelf en de netwerken waarin ze werken, organiseren.

Bloemendaal, I., Leemkolk, B. van de, & Noordzij, E. (2019).

Doel en opzet van het onderzoek Net als eerder onderzoek in 2010 en 2014, is er in 2018 een onderzoek uitgevoerd naar de werkcontext en tijdsbesteding van de Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG). De informatie uit dit onderzoek wordt door het Capaciteitsorgaan gebruikt als achtergrond bij het opstellen van de raming voor de gewenste opleidingscapaciteit voor deze groep artsen.

Methode Het onderzoek bestaat uit twee parallel uitgevoerde deelonderzoeken. Een onderzoek is uitgevoerd bij organisaties voor gehandicaptenzorg en is gericht op de context waarbinnen AVG medische zorg verlenen. Het gaat dan om het type cliënten waaraan medische zorg wordt geboden en de professionals waar de AVG bij de medische zorgverlening mee samenwerkt of door wordt ondersteund. Om een beeld te krijgen van de werkzaamheden van de AVG, is daarnaast een onderzoek uitgevoerd naar de tijdsbesteding van de AVG. De resultaten van deze deelonderzoeken zijn vergeleken met de resultaten uit het onderzoek uit 2014 (en voor de tijdsbesteding ook 2010), om zicht te krijgen op de ontwikkelingen in de afgelopen jaren. Het onderzoek naar de werkcontext van de AVG is uitgezet bij alle gehandicaptenzorgorganisaties en kende een respons van 45%. De resultaten uit dit onderzoek zijn gewogen naar een landelijk beeld. De enquête over de tijdsbesteding is uitgezet bij alle leden van de NVAVG, daar was de respons 54%. De dataverzameling voor de deelonderzoeken vond plaats van mei tot juli 2018.

Resultaten

De context van het werk van AVG. AVG zijn voornamelijk verbonden aan organisaties voor gehandicaptenzorg die zorg en ondersteuning bieden aan cliënten met een indicatie voor verblijf in het kader van de Wlz (veelal verblijf met behandeling). Bij vier op de tien organisaties waar artsen werkzaam zijn (waaronder de AVG) wordt ook extramurale AVG-behandeling geboden. Verreweg het grootste deel van de cliënten met de indicatie 'langdurig verblijf' heeft een verstandelijke beperking en verblijft in organisaties waar artsen werkzaam zijn. In organisaties met artsen (waaronder de AVG) vormen cliënten met zorgprofiel 6 en 7 het grootste aandeel. De verblijfscliënten kunnen zowel wonen op een centraal instellingsterrein als in decentrale kleinschalige woonlocaties of zelfstandige wooneenheden in de wijk. Organisaties beschikken iets minder vaak dan in 2014 over een centraal instellingsterrein. Het aandeel organisaties dat kleinschalige locaties in de wijk heeft is daarentegen toegenomen. Het zorg-en ondersteuningsaanbod in organisaties voor gehandicaptenzorg is redelijk gelijk gebleven sinds 2014. Wel is er een afname te zien van kortdurend verblijf voor diagnostiek en behandeling. De organisaties bieden gezamenlijk ondersteuning met verblijf (Wlz) aan 73.926 cliënten, met een gemiddelde van ruim 451 cliënten per organisatie. De spreiding daarbij is groot. In bijna twee derde van de gehandicaptenzorgorganisaties zijn artsen werkzaam. De 35% waar geen artsen werkzaam zijn bieden naar schatting Wlz-verblijfszorg aan 4% van de cliënten met een verblijfsindicatie vanuit de Wlz in de gehandicaptenzorg. Organisaties waar artsen werkzaam zijn bieden deze zorg aan de overige 96% van de Wlz-cliënten in de gehandicaptenzorg. Bij organisaties zonder artsen zijn cliënten zonder behandeling in de meerderheid, bij organisaties met artsen de cliënten met behandeling. In organisaties zonder artsen verblijven vooral cliënten met zorgprofielen VG 3, 4 en 6, in organisaties met artsen vooral cliënten met de zorgprofielen VG 5 tot en met VG. Medische bezetting in de gehandicaptenzorg. Bijna twee derde (65%) van de gehandicaptenzorgorganisaties heeft artsen in dienst voor het leveren van medische zorg. Deze artsen zijn meestal (54%) in loondienst bij de organisatie, maar worden bij sommige organisaties ook ingehuurd vanuit een andere organisatie (53%) of als zelfstandige zonder personeel (zzp'er). Van de organisaties waar artsen in loondienst werkzaam zijn, heeft 74% één of meerdere AVG in dienst. Organisaties waar geen artsen werkzaam zijn, zijn vooral de kleinere organisaties. De medische zorg in deze organisaties wordt geleverd door huisartsen in de wijk. De belangrijkste redenen dat er geen artsen werkzaam zijn in deze organisaties, zijn dat zij hiervoor te klein zijn en/of dat zij geen cliënten hebben 'met behandeling'. In de samenstelling van de medische bezetting in de organisaties met artsen heeft enige verschuiving plaatsgevonden sinds 2014. Het aandeel AVG in de artsenformatie is sinds 2014 toegenomen, van 51% naar 58%. Het aandeel AVG i.o. is enigszins afgenomen. Ook het aandeel huisartsen is afgenomen (van 9% naar 5%), waarbij de afname vooral heeft plaatsgevonden bij de huisartsen die zowel huisartsenzorg als specialistische AVG-zorg bieden. Het aandeel basisartsen laat een lichte stijging zien sinds 2014 (van 10% naar 14%). Deze toename kan te maken hebben met het aanhoudende tekort aan AVG (zie hieronder bij 'tekorten') en de verwachting van organisaties dat de basisartsen die bij hen komen werken mogelijk een opleidingsplaats (gaan) ambiëren voor AVG. Caseload. Na correctie voor de extramurale zorg die de AVG verleent ende correctie voor de begeleidingstijd van aios, voorziet de AVG gemiddeld 323 verblijfscliënten van medische zorg. De variatie hierin is groot (167-620). Van belang bij het beoordelen van deze gemiddelde caseload is dat deze uitsluitend een landelijk beeld geeft endat er veel factoren (organisatorisch en beleidsmatig) van invloed kunnen zijn op de hoeveelheid cliënten een AVG/arts kan behandelen. De berekende caseload kan dan ook niet als norm worden gehanteerd voor individuele organisaties. De grote variatie in caseload van de AVG tussen organisaties laat dit zien. Ook als we corrigeren voor de inzet van de andere artsen in de organisaties blijft de variatie hoog: de caseload van de gehele artsenformatie bedraagt 246 verblijfscliënten per fte arts, met een variatie van 127-408. De nog steeds grote bandbreedte wijst erop dat er nog steeds andere organisatorische en/of beleidsmatige factoren van invloed zijn, waarvoor niet gecorrigeerd kan worden in dit onderzoek. De caseload van de artsen (landelijk) is afgelopen jaren fors gestegen, van 211 in 2014

naar 246 in 2018. Mogelijk wordt er meer gebruik gemaakt van inzet van huisartsen in de wijk. Aannemelijker is echter dat de hoge vacaturegraad bij AVG/artsen in de gehandicaptenzorg hierbij een rol speelt. Schaarste aan AVG of andere artsen kan ervoor zorgen dat meer cliënten per fte AVG/arts moeten worden bediend dan wenselijk is, waarmee de ontwikkeling van de caseload mogelijk meer zegt over de werkdruk dan over de efficiency van het werkproces. Vanuit dit onderzoek hebben we hier geen zicht op.

Huisartsenzorg en specialistische zorg door de AVG. Hoe 'zwaarder' het zorgprofiel van cliënten, des te groter de betrokkenheid van de AVG bij de medische zorg. Het beeld voor de cliënten met zorgprofiel VG 5 en VG 7 lijkt sterk op elkaar. In ongeveer de helft van de organisaties met artsen (45% bij VG 5 en 54% bij VG 7) ontvangen alle/de meeste van deze cliënten alle medische zorg (huisartsenzorg en specialistische AVG-zorg) van de AVG. Cliënten met een zorgprofiel VG 3, die weinig voorkomen in organisaties met artsen, ontvangen het vaakst alle medische zorg van huisartsen en/of basisartsen (40%). Zij ontvangen veel minder vaak alle medische zorg door de AVG. In organisaties zonder artsen wordt meestal alle medische zorg geboden door huisartsen en basisartsen. Bij VG 3 geldt dat voor 56% van deze organisaties, bij VG 5 voor 37%. Voor de ontwikkelingen in het beleid in de afgelopen jaren kijken we naar de resultaten uit het tijdbestedingsonderzoek bij AVG, omdat deze resultaten het meest zuivere beeld geven van hoe het medische beleid uitwerkt op de werkzaamheden door de AVG. Het beeld vanuit organisaties wordt vertekend, doordat kleine organisaties (metéén AVG) even zwaar meetellen als organisaties met meerdere AVG. Waar we tussen 2010 en 2014 zagen dat AVG aanmerkelijk minder vaak huisartsenzorg boden, lijkt deze ontwikkeling tussen 2014 en 2018 gedeeltelijk teruggedraaid, maar niet naar het niveau van 2010. Bij VG 5 en VG 7 zien we globaal dezelfde ontwikkelingen. Het aandeel AVG dat aangeeft dat alle medische zorg wordt geboden door de AVG voor alle of voor een deel van de cliënten is in 2014 en 2018 stabiel rond de 60%, in 2010 was dit ruim 80%. Daarbij geven AVG vaker dan in 2014 aan dat de AVG alle zorg biedt aan alle cliënten, en minder vaak dat dit gebeurt voor een deel van de cliënten. Verder biedt de AVG anno 2018 iets minder vaak specialistische zorg aan alle cliënten ($\pm 40\%$ in 2014 naar $\pm 33\%$ in 2018). Het aandeel AVG dat aangeeft dat alle medische zorg aan cliënten met VG 5 en VG 7 wordt geboden door huis- en basisartsen blijft met 9% laag.

Ondersteuning: In de helft van de organisaties waar artsen werkzaam zijn, worden de artsen ondersteund door verpleegkundig specialisten (VS), physician assistants (PA) en/of (praktijk)verpleegkundigen. Dit aandeel is ten opzichte van 2014 licht gedaald, van 54% naar 50%. Deze daling wordt vooral veroorzaakt doordat minder organisaties aangeven (praktijk)verpleegkundigen in dienst te hebben. Bij de omvang van de uren ondersteuning per fte AVG valt vooral op dat het aantal uren ondersteuning van de verpleegkundig specialistis afgenomen. Dit aantal is bijna gehalveerd. Dit beeld wordt bevestigd door de AVG in het tijdbestedingsonderzoek. Daar zien we een forse afname van het aantal uren VS per fte AVG. Het aantal uren ondersteuning van de VS was 8,4 uur per fte AVG in 2010, 8,8 uur in 2014 en neemt in 2018 af tot 5,6 uur per fte AVG. Van de gehandicaptenzorgorganisaties geeft bijna de helft aan dat er ondersteuning beschikbaar is in de vorm van het medisch secretariaat, doktersassistenten en/of praktijkondersteuners. Van hen heeft driekwart de beschikking overeenmedisch secretariaat en ongeveer 60% over doktersassistenten. In 2014 is deze ondersteuning niet uitgevraagd bij de organisaties, wel in het tijdbestedingsonderzoek onder AVG. Daaruit blijkt dat anno 2018 aanmerkelijk meer AVG dan in 2014 ondersteuning krijgen van doktersassistenten en/of een medisch secretariaat. Ook de omvang van de ondersteuning van de AVG door doktersassistenten en medisch secretariaat is toegenomen sinds 2014. Door het medisch secretariaat van 9,7 uur in 2014 naar 12,7 uur in 2018 en door doktersassistenten van 19,1 uur in 2014 naar 28,0 in 2018.

Tekorten aan AVG. Het aantal vacatures voor medische professionals is hoog in de organisaties voor gehandicaptenzorg. Voor bijna alle medici is er een toename te zien sinds 2014. Bijna de helft van de

organisaties met artsen geeft aan vacatures te hebben. Daarbij is de vacaturegraad bij AVG verreweg het hoogst met 28%. Dit wijkt af van recente cijfers uit de Arbeidsmarktmonitor van het Capaciteitsorgaan in samenwerking met Medisch Contact (Capaciteitsorgaan, 2018), waarbij het aandeel vacatures voor de AVG het afgelopen jaar varieert tussen de 10% en 15%. Mogelijke verklaring voor dit verschil is dat organisaties hun vacatures niet publiceren vanwege de grote tekorten en de kleine succeskans bij het werven met open vacatures. Ook kan het zijn dat grotere organisaties met meerdere vacatures voor AVG, doorgaans slechts één vacature opstellen en plaatsen.

Visie op bemensing. Waar in 2014 56% van de organisaties met artsen de bemensing van de medische zorg niet optimaal vond, is dit aandeel in 2018 gestegen naar 64%. Net als in 2014 benoemen de organisaties hierbij vooral het tekort aan AVG. Nieuw in 2018 is dat ook een tekort aan huisartsen wordt aangegeven als belemmering bij het komen tot een meer optimale bemensing. Bij organisaties waar geen artsen werkzaam zijn zien we dat het aandeel dat de bemensing optimaal vindt ongeveer gelijk blijft, met 83% in 2014 en 82% in 2018.

Het arbeidsverband van de AVG. De gemiddelde leeftijd van de AVG is 47 jaar met gemiddeld 13 jaar ervaring als arts in de gehandicaptenzorg. Het grootste deel van de AVG is vrouw (80,6%). Mannen zijn met 51 jaar gemiddeld iets ouder dan de vrouwen (46 jaar) en hebben iets meer ervaringsjaren. Bijna alle AVG werken in loondienst bij één of meer GZ-organisaties (94%). Bij de vrouwelijke AVG komt het ook voor dat zij afzonderlijke arbeidscontracten hebben in meerdere organisaties voor gehandicaptenzorg of gedetacheerd zijn. De meeste AVG werken vanuit een enkele werksetting (64%), hoewel verschillende arbeidscontracten of werken als zelfstandige ook voorkomen. Het aandeel AVG dat werkt in een kennis- en expertisecentrum/polikliniek is gestegen van 14% in 2014 naar 25% in 2018. Ook het aantal zelfstandig gevestigde AVG is gestegen ten opzichte van 2014, van 7% naar bijna 10%. De gemiddelde omvang van het dienstverband van de AVG is 32,3 uur per week (0,90 fte), waarbij mannelijke AVG met 35,4 uur (0,98 fte) per week iets meer uren werken dan vrouwen (31,6 uur/0,88 fte). Een ruime meerderheid van de AVG (60%) heeft te maken met structureel overwerk. Voor de gehele onderzoeksgroep is het gemiddelde aantal uren overwerk per week per fte AVG 2,7 uur. Bijna driekwart van de AVG werkt naast de opgegeven uren ook in bereikbaarheidsdiensten. Over de gehele onderzoeksgroep is dit gemiddeld 5,6 uur per week per fte AVG.

Tijdsbesteding van de AVG: De AVG besteedt het grootste deel van de tijd (69%) aan cliëntgebonden taken. Vrouwen besteden vaker tijd aan onderzoeks- en onderwijstaken, mannen meer aan taken als BOPZ-arts. In vergelijking met 2014 wordt er iets meer tijd besteed aan cliëntgebonden taken (67% in 2014), waarbij een verschuiving heeft plaatsgevonden van directe cliënten zorg naar indirect. Dit hangt waarschijnlijk samen met de positionering van de AVG. Aannemelijk is dat de AVG vanuit een specialistische positie meer in een consultfunctie optreedt. Daarnaast zijn managementtaken vanuit de functie van AVG iets toegenomen en de algemene managementtaken iets afgenomen. Gemiddeld besteden AVG het grootste deel van hun cliëntgebonden tijd (82%) aan intramurale cliënten. Aan extramurale cliënten besteden zij gemiddeld 18% van hun tijd. Dit aandeel is sinds 2010/2014 toegenomen, maar in het licht van de forse groei in het aantal poliklinieken, is de toename gering. Mogelijk hangt dit samen met de forse tekorten bij AVG, waardoor zij onvoldoende toekomen aan extramurale werkzaamheden. Ook kunnen er volumebeperkingen gelden op de polikliniek. Tenslotte: misschien is de toename ook niet zo groot als we denken, vanwege het grote aantal organisaties met meerdere poliklinieklocaties in 2018. Over 2014 hebben we hier geen zicht op. AVG besteden gemiddeld de meeste tijd aan cliënten met matige of ernstige verstandelijke beperkingen (samen 48%). Daarnaast besteden zij gemiddeld 38% van hun tijd aan zwakbegaafden of cliënten met een licht verstandelijke beperking. Dit aandeel van 38% is aanzienlijk hoger dan het aandeel dat deze cliënten hebben in de intra- en semimurale zorg (namelijk 29%). Sinds 2010 is er een groei in de tijd die wordt besteed aan deze cliëntengroepen. Van 29% van de AVG-tijd in 2010, naar 32% in 2014 en

38% in 2018. Dit aandeel van 38% is aanzienlijk hoger dan het aandeel dat deze cliënten hebben in de intra- en extramurale zorg. AVG verwachten vooral voor deze twee cliëntengroepen de komende vijf jaren een verdere toename van de tijdsbesteding. Waar in 2014 ten opzichte van 2010 een toename was te zien in het aandeel oudere cliënten, is de zorg aan deze groep in 2018 weer afgenomen tot op het niveau van 2010. De tijdsbesteding aan cliënten tussen de 0 en 19 jaar is daarentegengestegen sinds 2014.

Bloemendaal, I., & Leemkolk, B. van de (2019).

Doel en opzet van het onderzoek. Dit onderzoek richt zich op de medische zorg in verpleeghuizen en het werkproces van de specialist ouderengeneeskunde. Het levert bouwstenen op voor het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan, op basis waarvan zij het Ministerie adviseert over de benodigde opleidingscapaciteit voor specialisten ouderengeneeskunde (SO).

Het onderzoek bestaat uit twee parallel uitgevoerde deelonderzoeken. Eén onderzoek is uitgevoerd bij verpleeghuizen en is gericht op de werkcontext en organisatie van de medische zorg door de SO en aanverwante disciplines. Het gaat hier omeen herhaling van onderzoek uit 2013. Daarnaast is er tijdsbestedingsonderzoek uitgevoerd bij de SO, een herhaalde meting van onderzoek uit 2009. De resultaten van de twee deelonderzoeken zijn vergeleken met de resultaten uit de eerdere onderzoeken om zicht te krijgen op de ontwikkelingen die de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden. Het onderzoek naar de werkcontext van de SO en de organisatie van de medische zorg in verpleeghuizen is uitgezet bij de managers van behandeldiensten/expertisecentra in verpleeghuizen. In totaal hebben 126 verpleeghuizen deelgenomen aan het onderzoek (een respons van 40%). De dataverzameling heeft plaatsgevonden van mei tot en met augustus 2018 en heeft in totaal 13 weken geduurd. Er zijn veel extra acties ingezet door verschillende partijen om de respons te verhogen. Vanwege de oververtegenwoordiging van grotere verpleeghuizen, is besloten om de resultaten te wegen, zodat de resultaten een representatief landelijk beeld schetsen. De vragenlijst voor het tijdsbestedingsonderzoek bij SO is uitgezet bij alle leden van Verenso. In totaal hebben 724 geregistreerde SO gereageerd (een respons van 54%). De dataverzameling heeft plaatsgevonden in mei en juni 2018 en heeft in totaal 8 weken geduurd.

Kenmerken van de verpleeghuizen: werkcontext van de SO. Na weging bieden de verpleeghuizen ondersteuning aan 122.038 cliënten (ZP 5t/m 9b, GRZ en ELV terminaal palliatief), met een gemiddelde van 351 cliënten per organisatie. De spreiding daarbij is groot. De kleinste organisatie biedt ondersteuning aan 10 cliënten, de grootste aan 1.852 cliënten. Inclusief de overige ELV-clianten (hoog- en laagcomplex) is het totale aantal cliëntendat per 1/1/2018 verblijft in de verpleeghuizen 126.059 met een gemiddelde van 362. De gemiddelde omvang van de verpleeghuizen (qua aantal cliënten) is sinds 2013 gegroeid met ruim 10%. De verpleeghuizen bieden naast 'langdurig verblijf' meerdere vormen van ondersteuning aan hun cliënten. Extramurale behandeling n.a.v.

consulten/verwijzingen via de huisarts en eerstelijnsverblijf wordt geboden door zeven tot acht op de 10 verpleeghuizen. Daarnaast biedt bijna de helft van de verpleeghuizen geriatrische revalidatiezorg (46%). Bijna alle verpleeghuizen (98%) bieden medische zorg aan psychogeriatrische cliënten, iets minder vaak (92%) aan cliënten met somatische problematiek, 42% heeft cliënten die palliatief-terminale zorg krijgen. In 2013 was het aandeel verpleeghuizen dat palliatief-terminale zorg biedt rond de 65%. De afname komt doordat indicatie ZP 10 is opgeheven en palliatief terminale zorg per 1/1/2018 integraal onderdeel is gaan uitmaken van de zorgprofielen 5 tot en met 9. Cliënten met psychogeriatrische problematiek vormen verreweg de grootste groep in het verpleeghuis. Twee derde van de bewoners in verpleeghuizen heeft te maken met deze problematiek, ruim een kwart van de cliënten met somatische problematiek. Bijna 5% van de cliënten verblijft in het verpleeghuis voor geriatrische revalidatiezorg. Ten opzichte van 2013 is het aandeel cliënten die geriatrische revalidatiezorg krijgen afgenomen. Minder organisaties dan in 2013 bieden zorg aan deze cliënten (ZP 9a en GRZ). Ondanks de afname in het aandeel cliënten die geriatrische revalidatiezorg krijgen, zien we vanuit het tijdsbestedingsonderzoek onder SO een lichte toename in de tijd die de SO

besteedt aan revalidatie/reactivering (van 21% in 2009 naar 25% in 2018). Daarnaast lijkt er een lichte daling in de tijdsbesteding aan patiënten met somatische problematiek te zijn (van 21% in 2009 naar 19% in 2018). Sinds 2015 wordt kortdurende herstellende zorg en palliatief terminale zorg voor patiënten die geen WLZ-indicatie hebben bekostigd via de subsidieregeling eerstelijns verblijf (tot 1/1/2017) en de zorgverzekeringswet (vanaf 1/1/2017). Op peildatum 1/1/2018 verblijven ongeveer 2200 cliënten in de verpleeghuizen, waarvan ongeveer 17% voor palliatief terminale zorg. Uit onderzoek door Radboudumc et al. (2018) komt naar voren dat de zorgzwaarte van ouderen die verblijven in een verpleeghuis toeneemt en hun verblijfsduur afneemt. Oorzaak hiervan, zo stellen deze onderzoekers, is dat alleen de cliënten met meer complexe problematiek in het verpleeghuis terecht komen: van 2010 tot 2016 is het aantal cliënten dat zware zorg nodig had (zorgzwaartepakket 5-10) gestegen van 50% naar bijna 70%, in 2013 verbleven bewoners nog 485 dagen in een verpleeghuis (Actiz, 2016), nu is dit minder dan een jaar (Tukkers, 2017). Vanuit de branche komen signalen naar voren die dit ondersteunen. Een analyse van Zorginstituut Nederland (2018) op basis van de declaratiegegevens voor AWBZ en WLZ over 2013-2016 liet deze ontwikkeling (nog) niet zien, maar toonde aan dat er een relatieve afname is van het aandeel cliënten met de zwaardere zorgprofielen 7 en 8. Dit laatstewordt bevestigd in ons onderzoek: het aandeel verpleeghuizen waar cliënten verblijven met de zwaardere zorgprofielen (7 en 8) is licht afgenomen sinds 2013 (-2 en -4%). Ook zijn er relatief minder cliënten met deze zorgprofielen, het aandeel cliënten met zorgprofiel 7 en 8 samen is tussen 2013 en 2018 licht gedaald, van 18,2% naar 16,1%. Dit is in tegenspraak met de genoemde signalen uit onderzoek en praktijk dat de zorgzwaarte van cliënten in de verpleeghuizen is toegenomen als gevolg van de extramuralisering. De toegenomen zorgzwaarte in combinatie met het lagere aandeel cliënten met zwaardere zorgprofielen roept dan ook de vraag op of er een verandering heeft plaatsgevonden in de normen voor indicatiestelling, waardoor minder vaak een zwaarder zorgprofiel wordt geïndiceerd.

Medische bezetting, ondersteuning en vacatures. In bijna alle organisaties (98,5%) werken artsen. Hier maakt een SO altijd deel uit van de artsformatie. Meer dan de helft van de verpleeghuizen geeft aan dat er daarnaast basisartsen werkzaam zijn en vier op de tien heeft aios O. Ook geeft meer dan een derde van de organisaties aan dat er huisartsen werkzaam zijn in de organisatie. Het aandeel SO (in fte's) in de totale artsformatie is afgenomen. Deze ontwikkeling zien we al vanaf 2007 en gaat samen met een toename van het aandeel overige artsen. Sinds 2013 is het aandeel SO afgenomen van 72% naar 66%, en het aandeel overige artsen toegenomen van 21% naar 25%. Dit komt vooral door een toename van het aandeel basisartsen en in mindere mate van het aandeel huisartsen. Het aandeel aios O is sinds 2013 gestegen van 7% naar 9%. Waarschijnlijke oorzaak van de doorlopende afname in SO is het structurele tekort aan SO, waardoor noodgedwongen meer substitutie plaats vindt. In de periode tussen 2013 en 2018 is het aandeel SO minder afgenomen dan in de periode daarvoor. Van 7,4% in 3 jaren in de periode 2010-2013 naar 6,5% in de 5 jaren van 2013 naar 2018. Het percentage vacatures voor specialisten ouderengeneeskunde is gestegen tussen 2013 en 2018 van 9,7% naar 12,5%. Ook bij de overige artsen is de vacaturegraad toegenomen, van 5,1% naar 9,5%. Het percentage vacatures voor aios O is in 2018 verder gedaald, maar nog steeds ruim 11,4%. Meer dan de helft (65%) van de vacatures voor SO staat langer open dan 6 maanden. Een belangrijke vraag is of de gepresenteerde vacaturegraad een adequaat beeld geeft van het tekort aan SO. Uit het veld komen signalen dat er naast de daadwerkelijk gestelde vacatures, verborgen vacatures zijn. Vacatures worden dan vanwege de geringe kans op succes niet uitgezet, basisartsen worden aangetrokken om vacatures in te vullen, terwijl de organisaties hier 'liever' (ook) een SO in dienst zouden willen nemen. Bij de niet-medische functies zien we vooral een forse groei in het aantal fte verpleegkundig specialisten (VS) en verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving (s.f.) ten opzichte van 2013. Waarschijnlijk zetten verpleeghuizen deze voor een deel ook in om de arbeidsmarkt krapte onder SO gedeeltelijk op te vangen. Anno 2018 is ongeveer 363 fte VS actief vanuit de behandeldiensten van verpleeghuizen, waarvan 295 fte geregistreerde VS en 68 fte in

opleiding, ten opzichte van 2013 een groei van 87%. Voorlopig resultaat uit een onderzoek onder VS dat eind 2018 is uitgevoerd in opdracht van het Capaciteitsorgaan komt in vergelijking met de geregistreerde VS op een iets hoger aantal uit met 339 fte VS werkzaam in de verpleeghuiszorg. Mogelijk zijn er in de verpleeghuizen ook VS actief die geen onderdeel uitmaken van de behandeldienst. De groei bij de verpleegkundigen s.f. is vergelijkbaar, met 83% naar 287 fte. Het aantal VS en verpleegkundigen s.f. in opleiding lijkt zich te stabiliseren. Dit betekent dat de sterke stijging tussen 2010 en 2018 waarschijnlijk in de komende jaren zal afvlakken. Inzet van de physician assistant (PA) is anno 2018 vrij beperkt (36 fte, waarvan 25 fte geregistreerde PA en 11 fte in opleiding). Deze aantallen zijn nagenoeg gelijk aan de aantallen in 2013. Uit de voorlopige resultaten van het onderzoek onder PA's blijkt dat er per 1 januari 2019 iets meer fte PA werkzaam zijn in de verpleeghuizen, namelijk 27 fte PA. Ook voor de VS en verpleegkundige s.f. zijn er vacatures bij één op de vijf organisaties. Aan zowel de respondenten uit de verpleeghuizen als de SO is gevraagd in welke mate de SO ondersteund worden door het medisch secretariaat, doktersassistenten of praktijkondersteuners (niet-verpleegkundigen). Deze ondersteuning lijkt sinds 2013 iets te zijn afgenomen. Het aandeel verpleeghuizen dat aangeeft te beschikken over deze ondersteuners is gedaald van 89% naar 81%. Landelijk gaat het in totaal om 11,3 uren ondersteuning per fte SO. Daarbij is de ondersteuning per fte SO door medisch secretariaat licht toegenomen (van 7,8 naar 8,1 uur) en die door doktersassistenten licht afgenomen (van 2,9 naar 2,7 uur). De resultaten vanuit de verpleeghuizen kunnen niet een op een vergeleken worden met het tijdsbestedingsonderzoek bij SO, omdat er bij het tijdsbestedingsonderzoek meerdere SO hebben deelgenomen per organisatie. Voor 2018 zien we echter wel vergelijkbare resultaten bij de SO en bij de organisaties. Samenstelling van de behandeldienst. Zorg in een verpleeghuis wordt doorgaans geleverd door een multidisciplinair team dat minimaal bestaat uit verzorgenden verpleegkundigen, een specialist ouderengeneeskunde en andere (para)medische behandelaars, therapeuten/activiteitenbegeleiders, een geestelijk verzorgende en een psycholoog. De specialist ouderengeneeskunde is meestal de regievoerder over het multidisciplinair overleg. Afhankelijk van de problematiek van de specifieke cliënt kan dit ook de GZ-psycholoog zijn. Hoewel al deze beroepsgroepen van belang zijn voor goede zorg en deel uitmaken van de werkcontext van de SO, richten we ons in dit onderzoek op de professionals die vanuit de behandeldienst een rol hebben bij de medische zorgverlening door de SO, zoals blijkt uit eerder onderzoek:

- Overige artsen (aios O, basisartsen, huisartsen, andere artsen);
- Niet-artsen die medische en verpleegtechnische zorg uitvoeren: verpleegkundig specialist (VS), physician assistant (PA), verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving (s.f.);
- Overige ondersteuning van de SO: medisch secretaresses, doktersassistenten en praktijkondersteuners (niet-verpleegkundig);
- Psychologen: GZ-psychologen en masterpsychologen.

Verpleeghuizen zijn in omvang gegroeid (qua aantal cliënten), dit geldt ook voor de omvang van de behandeldiensten (kijkend naar de hierboven genoemde professionals en ondersteuners). In totaal is er een toename van het aantal fte bij behandeldiensten met ruim 20% (van 3,5 fte in 2013 naar 4,3 fte in 2018). De gemiddelde behandeldienst bestaat in 2018 uit 21 medewerkers (15 fte), in 2013 was dit gemiddeld nog 17 medewerkers (13 fte). De behandeldiensten verschillen qua samenstelling. Kleine behandeldiensten hebben doorgaans geen aios O, en hebben aanmerkelijk minder vaak de beschikking over de andere genoemde professionals en ondersteuners. Uitzondering hierop is de beroepsgroep van de psychologen. Ook kleinere organisaties hebben in de meeste gevallen de beschikking over een psycholoog (94%). Ook het aantal medewerkers van de afzonderlijke beroepsgroepen ten opzichte van het aantal fte's SO verschilt sterk. Beroepsgroepen die relatief afhankelijk zijn van de SO voor consultatie en/of begeleiding, laten daarbij een veel kleinere spreiding zien dan de overige professionals. Het gaat dan om de aios O, overige artsen en VS/PA. Zij verlenen medische en verpleegtechnische zorg, in nauwe samenspraak met de SO. Als we deze

groepen samennemen en kijken hoe de som van dit aantal zich verhoudt tot het aantal SO dan is dit aandeel 92%. Dat betekent dat er gemiddeld 0,92 fte andere professional/ondersteuner per fte SO aanwezig is. Ongeveer 75% van de deelnemende behandeldiensten heeft één of meerdere verpleegkundig specialisten (VS), physician assistants (PA) en/of verpleegkundigen s.f. in dienst. Sinds 2013 is dit aantal gestegen voor de VSen de verpleegkundigen s.f. Ten opzichte van voorgaande jaren valt op dat steeds meer organisaties beschikken over één of meer van deze typen professionals in hun behandeldienst, waarbij de groei tussen 2013 en 2018 afvlakt (van 72% in 2013 naar 75% in 2018). We zien ook dat het grootste deel van de organisaties zonder deze professionals, ook geen plannen heeft om deze aan te stellen. De meeste behandeldiensten hebben anno 2018 uitsluitend VS in dienst (31%), gevolgd door de combinatie van VSen verpleegkundigen s.f. (18%) en uitsluitend verpleegkundigen s.f. (14%). Wanneer we de percentages optellen per type professional, werkt in 2018 56% van de verpleeghuizen met de VS, 39% met de verpleegkundige s.f. en 13% met de PA. Verder zien we verschuivingen in de configuraties waar behandeldiensten voor kiezen. Daarbij valt op dat organisaties steeds meer een duidelijke keuze lijken te maken voor één van de ondersteunende professionals, waarbij de voorkeur lijkt uit te gaan naar de VS. Recent onderzoek (Lovink e.a., 2018) wijst uit dat vanuit het perspectief van taakherschikking en substitutie van SO-taken nog winst is te halen door een effectievere inzet van VS bij de medische zorg. Uit het genoemde onderzoek blijkt dat het ontbreken van een eenduidige visie op de personele samenstelling en onbekendheid met de bevoegdheden van deze hoogopgeleide zorgprofessional leiden tot onderbenutting van de VS en PA. Uit casestudies in zeven verpleeghuizen bleek daarbij ook dat specialisten ouderengeneeskunde het vaak moeilijk vinden om verantwoordelijkheid uit handen te geven.

Extramurale behandelen door de SO. Vanuit de meeste behandeldiensten wordt ook medische zorg geboden aan patiënten die niet verblijven in het verpleeghuis. Het gaat hier om zorg die wordt gefinancierd vanuit de tijdelijke 'subsidieregeling extramurale behandeling', in afwachting van overheveling van deze extramurale zorg naar de zorgverzekeringswet in 2020. De verwachting is al enkele jaren dat de behoefte aan extramurale zorg door de SO toeneemt. Vanwege de afbouw van de verzorgingshuizen blijven ouderen langer thuis wonen, waardoor zij, ook bij complexe problemen, langer zijn aangewezen op medische zorg door huisartsen, die hier niet altijd voor zijn toegerust. Verschillende programma's vanuit de overheid grijpen hierop aan, zoals het programma 'Langer Thuis' waarin het belang van de inzet van de SO in de eerste lijn wordt onderstreept en de recente aandacht voor de medische zorg in kleinschalige woonvormen waarbij vanuit het ministerie voor VWS wordt aangegeven dat ook deze patiënten onder het kwaliteitskader verpleeghuiszorg vallen. Ook vanuit de beroepsgroep en de verpleeghuizen wordt al enige jaren het belang van inzet van de SO in de eerste lijn onderstreept. Tijdens de meting in 2013 was de verwachting dan ook dat de tijdsbesteding door SO aan extramurale behandelen zou toenemen. Dit blijkt anno 2018 niet het geval. SO besteden anno 2018 2,4 procentpunt minder van hun tijd aan extramurale behandelen, zo blijkt uit de enquête onder verpleeghuizen. Ongeveer negen op de tien (89%) behandeldiensten leveren anno 2018 extramurale behandelen aan één of meerdere patiëntengroepen. In 2018 vindt ongeveer 154 fte medische zorg door de SO buiten het verpleeghuis plaats. Ten opzichte van het totale aantal fte SO, is dit aandeel extramurale behandelen 11,0%. In 2013 werd 174 fte (13,4%) ingezet voor medische zorg door de SO buiten de verpleeghuismuren. We zien hierin dus een afname, zowel procentueel als absoluut, vermoedelijk veroorzaakt door het tekort aan SO (ze kunnen in de verpleeghuizen nauwelijks gemist worden). Dit komt overeen met de ontwikkeling die we zien in het tijdsbestedingsonderzoek bij SO. Het roept de vraag op hoe de doelstellingen t.a.v. meer inzet van de SO in de eerste lijn, een van de doelstellingen van het programma 'Langer thuis' (VWS, 2018), gerealiseerd kunnen worden. Waar het gaat om externe samenwerkingsverbanden van de SO, blijkt dat de SO het meest samenwerkt met huisartsenpraktijken (83,1%) en ziekenhuizen (54,6%). De meeste tijd besteedt de SO anno 2018 aan consulten via de huisarts of in de

huisartsenpraktijk(41,8%). Hoewel in 2013 en 2018 de vragen over de extramurale behandelzorg enigszins verschillend zijn geformuleerd, zien we dat in beide jaren de meeste tijd wordt besteed aan thuiswonende cliënten, al dan niet met dagbehandeling, in 2013 ruim 64% en in 2018 ruim 54%. Opmerkelijk is de toename van de tijd die de SO besteedt aan cliënten die verblijven in een verzorgingshuis/woonzorgcentrum, van 25,7% in 2013 naar 38,6% in 2018. Het gaat hier vooral om verzorgingshuisbewoners die een indicatie hebben 'met behandeling'. Mogelijke verklaring hiervoor is dat in het verzorgingshuis anno 2018 aanmerkelijk meer cliënten verblijven met een indicatie 'inclusief behandeling, samenhangend met een hogere zorgzwaarte van deze patiënten. Deze resultaten verschillen met de resultaten uit het tijdsbestedingsonderzoek. De SO geven juist aan dat zij minder tijd besteden aan dit type cliënten. Een mogelijke verklaring kan zijn dat de SO deze vraag verschillend interpreteren, waardoor zij de verzorgingshuiscliënten met behandeling mogelijk meenemen bij hun verpleeghustaken.

Caseload. Na correctie voor de extramurale zorg die de SO verleent, begeleidingstijd van aiosO en de zorgzwaarte van cliënten, voorziet 1 fte SO gemiddeld 103verblijfscliënten van medische zorg. De variatie hierin is groot (63-208 cliënten).Van belang bij het beschouwen van de hier berekende gemiddelde caseload van de SO is dat deze uitsluitend een landelijk beeld geeft en niet als norm kan worden gehanteerd voor individuele verpleeghuizen/behandelinstellingen. De grote variatie tussen behandelinstellingen laat immers zien dat andere factoren dan de inzet van de SO een rol spelen bij de hoogte van de caseload. Van invloed zijn de manier waarop de medische zorg is georganiseerd en de mate waarin ondersteunende professionals deel uitmaken van de behandelinstelling. Daarnaast zijn er nog andere randvoorwaarden die van invloed zijn op de doelmatigheid van het werkproces van de SO, zoals hierna worden beschreven. Ook zijn er factoren die niet betrouwbaar kunnen worden gemeten en waarvoor niet gecorrigeerd kan worden.Vergeleken met 2013 is de gemiddelde caseload per fte SO sinds 2013 toegenomen (5%). In 2013 was de gemiddelde caseload 99 cliënten per fte SO. De relatief kleine toename in caseload doet mogelijk onvoldoende recht aan de toename van de workload van de SO. Door de eerder genoemde hogere zorgzwaarte en kortere verblijfsduur van cliëntengaat het anno 2018 waarschijnlijk om zwaardere cliënten. Gegeven de kanttekeningen bij de resultaten over de caseload, de invloed van andere artsen en professionals en de grote variantie, zijn resultaten over de bijdragen van andere verplaatst naar bijlage 6. Meer informatie over deze resultaten is daar te vinden.

Doelmatigheid. Meting van een tiental doelmatigheidsaspecten die in 2013 naar voren kwamen als de belangrijkste verbeterpunten, laat de nodige verbeteringen zien sinds 2013. De kwaliteit van de verpleegkundige/verzorgende analyse en de signalering van 'nietpluis' situaties zijn verbeterd in de visie van de respondenten. Ook hoeven SO iets minder vaak dan in 2013 verpleegtechnische handelingen uit te voeren en is het aandeel respondenten dat aangeeft dat een deel van de gespecialiseerde verpleegkundige zorg is overgedragen naar anderen binnen of buiten de organisatie toegenomen. Dit kan erop duiden dat het aandeel verzorgenden -IG en verpleegkundigen in de verpleeghuizen is toegenomen. Dit wordt bevestigd door de Kamer SO. Aangegeven wordt dat vaker verpleegkundigen, die geen onderdeel zijn van de behandelinstelling, op meerdere afdelingen/teams triage uitvoeren voordat de artsen worden ingeroepen dat er meer gespecialiseerde verpleegkundigen beschikbaar zijn. Tegenover deze verbeteringen staat dat meer respondenten dan in 2013 aangeven dat er niet voldoende verpleging en verzorging aanwezig is op de verpleegafdelingen. Dit houdt mogelijk verband met de personeelstekorten bij verzorgenden en verpleegkundigen in de sector. In een onderzoek in 2018 geeft driekwart van de werkgevers in de branche VVT aan dat zij moeilijk vervulbare vacatures heeft, de meesten voor verzorgenden en verpleegkundigen, een deel voor medisch wetenschappelijk personeel (Van den Berg et al., AZW, 2018). Andere verbeteringen sinds 2013 zijn de aanwezigheid van voldoende GZ-psychologen en het gebruik van een EPD. Het aandeel respondenten dat vindt dat er voldoende (GZ)psychologen aanwezig zijn is gestegen van 60% in 2013 naar 81% in 2018. Gebruik van een elektronisch

zorgdossier of EPD is gestegen van bijna twee derde van de respondenten in 2013 naar bijna 100% in 2018. In 2018 geeft men daarnaast iets vaker aandacht aan het elektronisch zorgdossier/EPD is geïntegreerd met bedrijfsinformatiesystemen. Het arbeidsverband van de SODe gemiddelde leeftijd van de mannelijke SO is 54 jaar, met gemiddeld 22 jaar ervaring als arts in de ouderenzorg. Vrouwen hebben een gemiddelde leeftijd van 47 jaar en hebben gemiddeld 16 jaar ervaring als arts in de ouderenzorg. Wanneer we kijken naar verdeling van de arbeidscapaciteit over de leeftijdsgroepen, is te zien dat het beroep feminiseert (met meer jonge vrouwen en vergrijzing bij de mannen). De gemiddelde aanstellingsomvang van de SO is 0,86 fte. Dit komt neer op 30,9 uur per week. Over het algemeen werken vrouwen minder uren dan de mannelijke SO. De vrouwen werken gemiddeld 82%, de mannen 95%. De meeste SO hebben slechts één arbeidsverband. Slechts 13% combineert verschillende arbeidsverbanden. Bijna alle SO werken in loondienst bij één organisatie voor ouderenzorg (85%). Onder mannen is het percentage dat als zelfstandig SO of als gedetacheerd arts in één of meerdere organisaties werkt hoger dan bij de vrouwen.

Tijdsbesteding van de SO. De SO besteedt het grootste deel van de tijd (gemiddeld 67%) aan patiëntgebonden taken. Onderwijstaken (bijv. ophogeschool of universiteit) nemen voor vrouwen significant meer tijd in beslag dan bij mannen. Mannen daarentegen besteden significant meer tijd aan taken als BOPZ-arts. Het percentage patiëntgebonden taken is licht afgenomen sinds 2009 (70% in 2009 versus 67% in 2018). Ook bij de managementtaken is een kleine afname te zien, die veroorzaakt lijkt te worden door een afname in de managementtaken die los staan van de professie van de SO. Deze afnames komen ten goede aan de tijd die wordt besteed aan onderwijs en onderzoek, de taken als BOPZ-arts en het opleiden van aio(to)s in 2018. Meer dan de helft van de SO geeft wél aan dat zij verwachten dat managementtaken en organisatorische taken zullen toenemen in de komende vijf jaar. Hoewel SO verwachten dat de tijdsbesteding aan BOPZ-taken gelijk zal blijven, plaatst de Kamer SO hierbij een kanttekening. Zij verwachten mogelijk een toename van BOPZ-taken bij de invoering van de wet Zorg en Dwang (Wzd), als gevolg van nog bestaande onzekerheden over de uitvoerbaarheid van de Wzd in de thuissituatie, waaronder het toezicht op vrijheidsbeperking in de thuissituatie en de rol die de Wzd-arts daarbij zal hebben. Sinds 2009 is de tijd die de SO besteedt aan verpleeghuisbewoners toegenomen (van 73,3% naar 82,1%). Het aantal uren dat men besteedt aan patiënten in het verzorgingshuis lijkt verder af te nemen, van 8,1% in 2009 naar 3,7% in 2018. Daarnaast wordt er meer tijd besteed aan zelfstandig wonenden zonder dagbehandeling (van 3,3% naar 5,9%) en minder tijd aan zelfstandig wonenden met dagbehandeling (van 5,3% naar 2,3%). Wanneer we kijken naar de verwachte ontwikkelingen, zien we dat veel van de SO de komende vijf jaren een toename verwachten van de tijdsbesteding aan ELV-cliënten (niet terminaal) en zelfstandig wonenden zonder dagbehandeling.

Batenburg, R., Lee, I., Wiegers, T., & Velden, L. (2013).

Onderzoeksvraag In dit rapport wordt een aantal antwoorden gegeven op de simpele doch complexe vraag: hoeveel verloskundigen dienen er in Nederland te worden opgeleid? Hiertoe zijn verschillende deelonderzoeken uitgevoerd, die hier kort worden samengevat.

Resultaten deel 1 In de eerste fase van het onderzoek zijn 9 experts geïnterviewd over de belangrijkste ontwikkelingen op de arbeidsmarkt voor verloskundigen in Nederland, zowel aan de vraag- als de aanbodkant. Hieruit kwam naar voren dat de toekomstige cliënt van de verloskundige steeds meer constante en intensieve zorg vraagt. Ook zal comorbiditeit bijdragen aan een toenemende behoefte aan intensievere en complexere geboortezorg. Dit zal meer ketensamenwerking vergen tussen eerstelijns en tweedelijns verloskundigen, gynaecologen en kraamverzorgenden in de verticale keten en tussen verloskundigen, huisartsen, gemeenten en andere relevante partijen in de horizontale keten.

Resultaten deel 2 De tweede fase bestond uit twee scenario-workshops waaraan in totaal 21 professionals deelnamen, breed gerekruteerd uit het veld en beleid van de verloskunde. In deze workshops is een aantal toekomstontwikkelingen rond de verloskunde in Nederland nader benoemd,

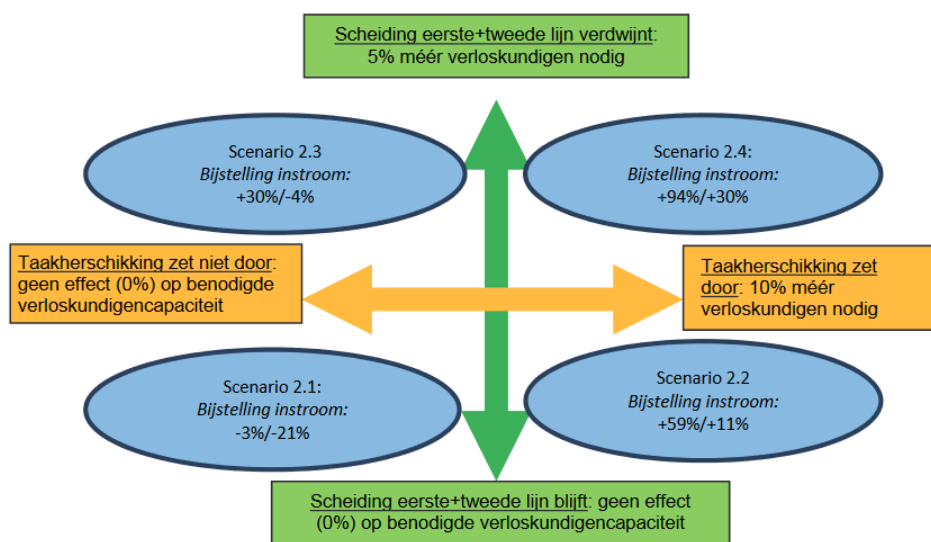
geclassificeerd, geprioriteerd. Net als in de expertinterviews, was er in de workshops aandacht voor zowel de vraagkant ('hoe ziet de zwangere over 10 jaar er uit?'), als de aanbodkant ('hoe ziet de professionele rol van de verloskundigen in het systeem er over 10 jaar uit?'). De deelnemers van de twee workshops kwamen tot dezelfde soort toekomstverwachtingen, die wel verschillend gecombineerd werden tot mogelijke scenario's. Ten aanzien van de vraagkant was overall de verwachting dat cliënten steeds meer zorg op maat, zorg in de buurt, zorg in samenhang en kwalitatief optimale zorg zullen gaan verwachten. Ten aanzien van de aanbodkant van de arbeidsmarkt, was de voornaamste verwachting dat steeds meer op integratie en samenwerking tussen zorgverleners zal worden ingezet om ontschotting te bereiken. Tegelijkertijd werd onderkend dat dit nog verwachte trends zijn, waarvoor minder eenduidige consequenties voor de totale benodigde capaciteit aan verloskundigen in Nederland bepaald kunnen worden. Men verwachtte wel dat de genoemde cliëntontwikkelingen eenduidig de vraag naar verloskundigen zal doen toenemen. Resultaten deel 3 Fasen 1 en 2 vormden de beleidsinhoudelijke voorbereidingen voor het derde onderdeel: de capaciteitsraming voor verloskundigen in de komende 10 à 15 jaar, en de daaruit volgende bijstellingen van de jaarlijkse opleidingsinstroom. Verschillende bronnen, statistieken en de bevindingen uit de expertinterviews en scenario workshops zijn als input gebruikt voor de parametersetting ('instelling') van het rekenmodel dat het NIVEL voor capaciteitsramingen hanteert. Er zijn vier zogenaamde beleidsscenario's door-gerekend, waaronder één beleidsarme en drie beleidsrijke. Voor de drie beleidsrijke scenario's is specifiek doorgerekend wat het effect zou zijn als twee veranderingen in het beroepssysteem van de verloskunde zich de komende 10 à 15 jaar zouden doorzetten, namelijk:

(1) taakherschikking van gynaecoloog en huisarts naar de verloskundige; en

(2) het verdwijnen van de scheiding tussen eerste- en tweedelijns verloskunde, door daadwerkelijke inrichting en realisatie van continue en integrale geboortezorg.

In de drie beleidsrijke scenario's wordt verondersteld dat één van beide, of allebei de systeemveranderingen zich in de komende jaren voordoen. Ten opzichte van het beleidsarme scenario is gemodelleerd dat er in de eerste twee beleidsrijke scenario's alleen een enkelvoudig additioneel effect op de benodigde capaciteit aan verloskundigen zal zijn. In het derde beleidsrijke scenario is er sprake van een meervoudig additioneel effect in termen van méér benodigde verloskundigen. Getalsmatig is ingeschat dat de doorzetting van taakherschikking de benodigde capaciteit met 10% in 10 of 15 jaar zal doen toenemen. Voor het verdwijnen van de scheiding tussen eerste- en tweede lijn in dezelfde periode is ingeschat dat dit een capaciteitstoename van 5% zal vergen. Het beleidsarme scenario gaat ervan uit dat géén van beide ontwikkelingen zich voordoen (0% dus). De effecten van de vier beleidsscenario's op de benodigde instroom in de opleiding is vervolgens voor twee perioden doorgerekend. Eén periode waarin er 5 jaren zijn om de bijgestelde opleidingsinstroom te effectueren en te verwerken. En één periode waar hiervoor 10 jaar wordt uitgetrokken. Deze perioden bepalen mede hoeveel bijstelling van de instroom per jaar er nodig is. In het geval van een 5-jaarsbijsturingsperiode wordt evenwicht nagestreefd tussen vraag en aanbod in het jaar 2022. In het geval van een 10-jaarsbijsturingsperiode wordt 2027 het evenwichtsjaar. In de onderstaande Figuur 1 zijn de twee systeemveranderingen als twee dimensies tegen elkaar afgezet, en vormen daarmee een assenkruis waarbinnen de vier beleidsscenario's geplaatst zijn. In de blauwe cirkels staat wat de implicaties zijn voor bijstelling van de opleidingsinstroom per jaar in elk scenario. Het eerste (groei/krimp)percentage betreft de raming wanneer een bijstellingsperiode van 5 jaar wordt gekozen, het tweede (groei/krimp)percentage wanneer een bijstellingsperiode van 10 jaar wordt gekozen. De bijstellingspercentages zijn steeds berekend ten opzichte van de 220 plaatsen binnen de verloskundeopleidingen die thans jaarlijks in Nederland bezet worden.

Figuur 1. Vier beleidsscenario's, gevormd door twee verschillende voorspellingen ten aanzien van taakherschikking en de scheiding eerste en tweede lijn in de verloskunde. Per scenario de benodigde bijstelling van jaarlijkse opleidingsinstroom in percentages t.o.v. 2012 voor een bijstellingperiode van 5/10 jaar



De cijfers in figuur 1 laten zien dat scenario 2.1 (linksonder) en 2.4 (rechtsboven) de 'bandbreedte' van de uitkomsten bepalen, de uitkomsten van de andere twee scenario's 2.2. en 2.3 liggen hier tussenin. Scenario 2.1 is het meest 'conservatieve' scenario, waarin verondersteld wordt dat taakherschikking, noch de scheiding tussen eerste en tweedelijns verloskunde in de komende 10 jaar zullen veranderen. In dit scenario hoeft binnen een bijstellingstermijn van 5 jaar de opleidingsinstroom bijna niet te worden bijgesteld (-3%); bij een bijstellingstermijn van 10 jaar kan het aantal jaarlijks op te leiden verloskundigen zelfs met (-)21% worden teruggebracht. Scenario 2.4 vormt de andere grens van de bandbreedte en is het meest 'veranderlijke' scenario. Hierin wordt uitgegaan van een toekomst waarin zowel taakherschikking doorzet als de 'ontschotting' van de eerste/tweedelijns verloskunde gerealiseerd wordt, hetgeen een sterke verhoging van de instroom zal betekenen. De jaarlijkse instroom in de verloskundeopleidingen zal dan vijf jaar lang bijna moeten verdubbelen (+94%) als evenwicht in 2022 wordt nagestreefd, of, 10 jaar de tijd nemende, (+)30% hoger moeten liggen om in 2027 evenwicht te bereiken. Vergelijking van de scenario's binnen Figuur 1. laat verder zien dat het doorzetten van taakherschikking meer effect zal hebben op toename in de benodigde opleidingsinstroom dan ontschotting (scenario 2.2 en 2.4). Het geheel overziend, lijken van de vier beleidsrijke scenario's de twee 'uiterste' scenario's (het basisscenario en het meest beleidsrijke scenario) in hun uitkomsten het minst realistisch en uitvoerbaar. Laten we deze buiten beschouwing, dan zien we dat de gewenste bijstelling van de instroom in de verloskundeopleidingen zou kunnen variëren tussen: (1) op korte termijn een verlaging van 5 plaatsen per jaar of een ophoging van de jaarlijkse instroom met 117 plaatsen; dan wel, (2) op lange termijn een verlaging van 41 plaatsen per jaar of een ophoging van de jaarlijkse instroom met 22 plaatsen.

Discussie/conclusie. Hoe nauwkeurig de cijfermatige uitkomsten van de capaciteitsramingen ook lijken, zij blijven bepaald worden door aannamen, welke gekenmerkt worden door onzekerheden en complexiteit. Dat geldt niet alleen voor de parameterwaarden zélf die ingeschat zijn voor de komende 10 of 15 jaar. Ook is het onzeker in welke tempo of patroon binnen die periode de vraag- en aanbodontwikkelingen zich zullen voltrekken. Het is mogelijk dat die niet 'rechtlijnig' zal zijn; en ook onzeker is óf en hoelang deze daarna nog door zullen gaan. Het verdient dan ook aanbeveling de vraag- en aanbodontwikkelingen op de arbeidsmarkt voor verloskundigen te blijven monitoren. En

tevens bronnen te blijven actualiseren om indicatoren voor deze ontwikkelingen zo valide en betrouwbaar mogelijk te kunnen meten én te kunnen extrapoleren c.q. 'voorspellen'. Hoeveel verloskundigen er in Nederland moeten worden opgeleid blijft een simpele, maar ook complexe vraag. Met dit onderzoek is het antwoord op die vraag in een aantal varianten beschreven. Het is nu aan beleidsmakers en de stakeholders in het veld om deze resultaten in hun doelen en visies te verwerken. Hoe die visies ook kunnen verschillen, een duurzaam evenwicht op de arbeidsmarkt voor verloskundigen in Nederland is van gemeenschappelijk belang. Niet in de laatste plaats voor hen die de verloskunde elke dag in de praktijk brengen en ervaren.

Roman, B., Wijngaart, M. van den (2011).

Aanleiding/doel De KNOV wil een duidelijke stip op de horizon zetten, onderbouwd met de kennis van dit moment: hoe zou de zorg door verloskundigen in de komende jaren idealiter moeten worden georganiseerd. Het verbeteren van de kwaliteit van deze zorg geldt daarbij als het voornaamste uitgangspunt. Maar uiteraard zijn ook cliënttevredenheid, doelmatigheid en de waarborging van de meerwaarde van de verloskundige binnen de geboortezorg relevante en nastrevenswaardige uitgangspunten. Om de kwaliteit in termen van een vermindering van de mortaliteit en morbiditeit rondom zwangerschap en geboorte te verbeteren, worden in wetenschap en praktijk verschillende problemen geconstateerd en daarmee samenhangend diverse (typen) oplossingen. Deze verbeteropties zijn soms generiek en geldend voor de landelijke populatie cliënten. Soms zijn ze specifiek en gekoppeld aan kenmerken van cliëntengroepen. Over de haalbaarheid, effectiviteit en wenselijkheid van deze oplossingen zijn de meningen tussen en binnen de groepen verloskundige professionals verdeeld. Daarom zou het zinvol zijn om een diepgaander inzicht te verwerven in de (verwachte) effecten van verschillende verbeteracties voor moeder en kind. Data uit de Perinatale Registratie kunnen hier een belangrijke rol bij spelen. Daaraan gekoppeld geldt ook de aanbeveling om (in gezamenlijkheid) te investeren in de leer- en verbeterkracht aan de geboortezorgketen.

Ondanks het ontbreken van een eenduidig antwoord op de vraag hoe de verloskundige zorg het beste kan worden vormgegeven, geven de verloskundigen zelf aan dat explicitering van een toekomstgerichte visie door de KNOV voor hen op dit moment belangrijk is. De verloskundigen hebben behoefte aan een perspectief op de ontwikkelrichting van de verloskundige praktijk: zowel wat betreft de positie die de verloskundige zal innemen ten opzichte van andere professionals in de geboortezorgketen, als wat betreft de meerwaarde van de verloskundige professie op zichzelf. **Resultaten/visievorming** Het onderhavige onderzoek toont een sector waarin zowel de problemen als de oplossingen niet of niet alleen te vinden zijn in de aanpassing van één van de actoren, maar in het spanningsveld van de interacties tussen verschillende betrokken actoren. De geboortezorg als geheel kan dan ook het beste omschreven en benaderd worden als een complex adaptief systeem. Complexe systemen waarbij verschillende partijen betrokken zijn die elkaar beïnvloeden, werken niet-lineair. Een kleine variatie ten aanzien van de startsituatie kan leiden tot een gigantisch verschil in uitkomst. De uitkomst van veranderingsproces verschilt daarbij vaak sterk van het aanvankelijk beoogde en nagestreefde doel. Over het algemeen zijn we gewend om te denken vanuit Newton's 'clockwork universe', waarbij grote problemen uiteen worden gezet als een som van kleinere problemen die afzonderlijk geanalyseerd en opgelost kunnen worden. Maar de afhankelijkheid van de ketenpartners maakt dat het gehele systeem zich aanpast wanneer één van de belangenpartijen iets

verandert: alle actoren zullen dan moeten bewegen om hun plek te hervinden. Om toekomstgericht te zijn moet in deze visie rekening gehouden worden met de veranderbaarheid en het aanpassingsvermogen van de geboortezorg als gezamenlijk opererende keten, maar ook als het gaat om de afzonderlijk opererende actoren. Nieuwe wetenschappelijke inzichten, veranderingen in de wensen en behoeften van cliënten, in financieringsstromen of in het maatschappelijk debat kunnen ervoor zorgen dat het systeem, in ambitieniveau en onderlinge verdeling van mandaat en uitvoeringsmiddelen, verandert. Omdat het veld op dit moment erg in beweging is, is dit voor de

komende jaren niet ondenkbaar. Omdat de kwaliteit van de geboortezorg voor een groot gedeelte draait om de kwaliteit van de interacties tussen de verschillende verloskundige professionals, is het bewerkstelligen van een optimale interactie tussen deze actoren belangrijk om het systeem gezond te houden en op termijn te laten groeien richting innovaties. Van actoren binnen dergelijke adaptieve complexe omgevingen is bekend dat zij vaak een vaststaand repertoire van reacties hebben om met veranderingen om te gaan. Een visie die helpt bij het bereiken van een (nieuwe, of beter gezegd: steeds weer een nieuwe) balans, biedt de verschillende actoren nieuwe mogelijkheden om toe te voegen aan dat gedragsrepertoire en / of maakt sommige oude mogelijkheden niet meer mogelijk. Dat kan op een zeer sturende wijze, bijvoorbeeld door aanpassingen door te voeren in de wetgeving. Het kan ook op een geheel vrijblijvende wijze, bijvoorbeeld door in te steken op het niveau van bewustwording en kennisdeling. Ook hierbij geldt dat de ernst van het probleem en de mogelijkheden die er zijn voor

implementatie van de daarbij passende oplossing bepaalt wat de wenselijke uitvoeringsvariant zal zijn. Het gedrag van complexe adaptieve systemen in de toekomst is per definitie onvoorspelbaar: met iedere 'zet' verandert het speelveld. Het kiezen van één punt waarbij wordt gestart met verandering richting een nieuwe blauwdruk lijkt daarmee weinig zinvol. Wel is het mogelijk om een punt te kiezen waar men naartoe wil (in de systeemtheorie wordt dit een attractor genoemd). Deze horizon of visie wordt niet op basis van nieuwe ontwikkelingen aangepast, maar de weg ernaartoe mogelijk wel. Bij verschillende strategische varianten horen (één of een aantal) tactische paden, of inrichting- of organisatievarianten, waaronder vervolgens verschillende uitvoeringsmodellen kunnen worden geplaatst. De keuzes die op tactisch en operationeel niveau worden gemaakt, komen idealiter voort uit de geformuleerde lange termijn ambitie (de toekomstvisie) en liggen steeds in elkaars logische verlengde.

Scenario's De in dit onderzoek ontwikkelde scenario's laten globaal gezien vier mogelijkheden zien: 1) het lerend vermogen van de beroepsgroep verloskundigen en hun samenwerkingspartners wordt versterkt zodat mogelijke tekortkomingen van de geboortezorgketen binnen de huidige organisatiestructuren kunnen worden opgelost, 2) het vak van verloskundige ontwikkelt zich in verticale richting, door taaksubstitutie naar de verloskundige, 3) het vak van verloskundige ontwikkelt zich in horizontale richting, door een bredere oriëntatie op het zorg- en welzijnsdomein en een sterke regierol daarbinnen en 4) de geboortezorgketen streeft ernaar om één te worden en zo te zorgen voor een daadwerkelijke integrale benadering van preconceptie, zwangerschap, bevalling en kraamtijd. De keuzes die worden gemaakt in de inrichting en uitvoering van de scenario's kunnen helpen om de voordelen te versterken en de nadelen af te zwakken. Dit maakt dat het niet mogelijk is om één scenario objectief gezien als 'beter' dan de andere te bestempelen. Wel is het mogelijk om de geschatte effecten bij ieder scenario af te zetten tegen de door de KNOV bij aanvang van het onderzoek meegegeven uitgangspunten en de rangorde die de begeleidingscommissie daaraan heeft toegekend. We presenteren deze weging allereerst in woorden, waarna tabel 7.1 een concluderend overzicht biedt.

Scenario 1: Scenario 1 ('de 1,5 lijnsverloskundige') heeft geen positieve effecten als het gaat om het verbeteren van de algemene toegankelijkheid van de verloskundige zorg, maar richt zich op continuïteit van zorg en een betere risicoselectie. De cliënt wordt met deze insteek meer centraal gezet dan in de huidige structuur. Er wordt een positief effect verwacht ten aanzien van de cliënttevredenheid doordat de 'eigen' verloskundige vaker of langer bij de cliënt kan blijven bij 'middenrisico' situaties. Scenario 1 heeft verder naar verwachting een positief effect op de doelmatigheid vanwege de kostenbesparing die uitgaat van substitutie van de tweede lijn door de eerste lijn. De substitutie van middenrisico bevallingen van de tweede lijn naar de eerste lijn zou een kostenbesparing kunnen opleveren. Daarnaast is er sprake van een volume-effect, waarbij het aantal benodigde gynaecologen afneemt. De positie, slagkracht en daadkracht van de verloskundigen worden in dit scenario zonder twijfel groter. Verbeterde werkwijzen (inclusief betere

risicoselectie) zou

kunnen leiden tot een vermindering van mortaliteit en morbiditeit maar dit effect is niet eenduidig te benoemen. Bovendien kan het toevoegen van een extra categorie cliënten ook een verhoogd risico op late overdracht naar de tweede lijn betekenen. Wat de haalbaarheid betreft, dienen twee verschillende tijdspaden in ogenschouw te worden genomen: het academiseren van de verloskundigen is haalbaar, maar vraagt tijd en kan niet op korte termijn gerealiseerd worden.

Scenario 2: Scenario 2 ('nieuwe netwerken') vergroot het bereik van de verloskundige mogelijk door de intensievere samenwerking met professionals uit het zorg- en welzijnsdomein. Deze hebben naar verwachting een betere toegang tot cliëntengroepen die de ingang tot de verloskundige zorg tot nu toe moeizaam vinden. De toegankelijkheid wordt hierdoor beter, echter dit effect is sterk afhankelijk van keuzes in de inrichting en uitvoering. Een meer gedifferentieerde verloskundige zorg kan ook zorgen voor onduidelijkheid en het ontstaan van nieuwe drempels. Scenario 2 gaat uit van een netwerk dat zich vormt rondom cliëntengroepen met specifieke wensen of behoeften en zet de cliënt dus nadrukkelijk centraal. De kans dat de 'juiste' professional op het juiste moment wordt ingeschakeld wordt groter. In scenario 2 zal het aantal vrouwen dat door een eerstelijns verloskundige wordt begeleid tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode naar verwachting toenemen. Dit sorteert een positief prijseffect omdat deze vrouwen niet naar de tweede lijn worden overgedragen. Bovendien zullen er positieve effecten optreden ten aanzien van het uitgangspunt "Gezond ouder worden begint al in de baarmoeder". Er is echter ook sprake van een kostenverhoging omdat er een uitbreiding van taken plaats vindt. Bovendien zullen er meer verloskundigen opgeleid dienen te worden om de volumetoename van cliënten te kunnen opvangen. Wanneer de verloskundige de regierol in dit scenario wil en kan realiseren vergroot dit de daadkracht en positie als 'spin in het web' van de geboortezorg. Dit komt ook de continuïteit ten goede. Wat de beoogde positieve effecten op mortaliteit en morbiditeit betreft: dit scenario zet sterk in op het feit dat vrouwen gezonder aan de zwangerschap beginnen en deze ook gezonder (in medische en psychosociale zin) blijven doorlopen. Het scenario is op korte termijn haalbaar. In de praktijk zijn er al voorbeelden van netwerken zoals in scenario 2 worden beoogd. Wel stelt het kunnen vormen en onderhouden van dergelijke 'nieuwe' netwerken mogelijk ook nieuwe eisen aan de inhoud van opleidingen en trainingen van verloskundigen.

Scenario 3: Scenario 3 tot slot bepleit een integrale geboortezorg, waarbij de huidige lijnen wegvallen. Dit heeft naar verwachting geen effect op de toegankelijkheid van zorg in de huidige eerste lijn maar wellicht wel op die van de tweede lijn, doordat deze systematisch kan worden geconsulteerd zonder dat er overdracht plaatsvindt. Deze laatste zinsnede is belangrijk omdat het scenario uitgaat van één visie, gezamenlijk overleg en maatwerk. Hierdoor wordt de kans op het inzetten van de juiste professional op het juiste moment naar verwachting het grootst en wordt de cliënt optimaal centraal gesteld. Het werken als één organisatie verbetert naar verwachting de continuïteit van zorg en daarmee de (subjectieve en objectieve) kwaliteit. Wanneer het overleg tussen gynaecologen en verloskundigen leidt tot een betere inschatting van risico's en een mogelijke vergroting van bevallingen onder supervisie van de verloskundige komt dit de doelmatigheid ten goede. Bij dit scenario wordt verwacht dat een betere samenwerking tussen verloskundig professionals leidt tot een vermindering van mortaliteit en morbiditeit, maar dit effect is niet kwantitatief te onderbouwen.

Conclusie Belangrijk aandachtspunt is het creëren van een gelijkwaardige positie van alle betrokken verloskundige professionals. Hierbij is noodzakelijk dat de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken verloskundige professionals op een evenwichtige wijze terugkomen bij het ontwikkelen van de gezamenlijke visie, het opstellen van protocollen en in de dagelijkse uitvoering. Wat betreft de haalbaarheid op korte termijn zijn er twijfels, aangezien dit scenario een vergaande medewerking vereist van de ketenpartners. In de uitvoering dient dan ook oog te zijn voor de valkuil om het accent te leggen op (medische) problemen in plaats van uit te gaan van zwangerschap en bevalling als

'normale' fysiologische gebeurtenissen. Scenario 3 brengt op macroniveau een kostenbesparing met zich mee van minimaal €34 miljoen op jaarbasis. Dit komt doordat de juiste cliënt bij de juiste professional terecht komt. En er is geen sprake van een kostenverhoging vanwege uitbreiding of verzwaring van taken. Wel zal er een volume-effect optreden omdat het aantal vrouwen dat door een verloskundige wordt begeleid toeneemt. Dit heeft gevolgen voor de capaciteit van verloskundigen en gynaecologen.

De Jonge, Jans S, Perdok H, Bosmans J. (2014).

Inleiding Substitutie van tweedelijns zorg door eerste-lijns verloskundigen past in het overheidsbeleid om de toenemende medicalisering om te buigen. Ank de Jonge en collega's bereken-den de kosten van een integraal zorgsysteem en vergeleken dit met de kosten van het huidige systeem. Bij hun onderzoek stuiten de auteurs op verrassende kostenverschillen in de tweedelijns verloskundige zorg. Het gevolg is een 'grote' en een 'kleine' besparing.

Conclusies

- In 2010 zijn 21.578 vrouwen verwezen tijdens de baring voor medium risk indicaties. Op basis van dit aantal zijn de hypothetische kosten voor zorg aan deze vrouwen berekend in een integraal zorgsysteem en vergeleken met de kosten in het huidige systeem. Als standaard een consult wordt aangevraagd bij de tweede lijn zouden de kosten op basis van 21.758 medium risk indicaties per jaar € 1.181.987 lager zijn op basis van de laagste passantentarieven en € 30.270.429 lager op basis van de hoogste tarieven. Als bij geen van de vrouwen een consult in de tweede lijn zou worden aangevraagd zouden de kosten € 2.313.008 lager zijn op basis van de laagste tarieven en € 31.551.663 lager op basis van de hoogste tarieven.

- Zorgkosten zijn niet transparant (passantentarieven verschillen erg tussen ziekenhuizen).

Aldenhoven, L., Bruin-Geraets de D., Eijk-Hustings van Y., Greef de B., Stallenberg, E., Vrijhoef, H. (2019).

Inleiding Het Capaciteitsorgaan adviseert het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ten aanzien van de benodigde instroom in de opleidingen tot tandarts en mondhygiënist. Hiervoor wordt een rekenmodel gebruikt dat verschillende scenario's in ogenschouw neemt. Aanbod- en opleidingsparameters en de verwachte verandering van de vraag op basis van onder andere demografische ontwikkeling maken deel uit van dit rekenmodel. Naar verwachting is ook de mate van verschuiving in taakverdeling tussen tandartsen, mondhygiënisten en andereberoepsbeoefenaren, mede van belang voor het bepalen van de opleidingsbehoefte voor de opleidingen tot tandarts en mondhygiënist. Ten behoeve van het bepalen van parameters voor verticale taakverschuiving, is onderzocht in hoeverre patiëntgebonden taken zijn verschoven tussen de tandarts, de mondhygiënist en de preventie-assistent tussen 2015 en 2018 en tussenliggende jaren.

Methoden Er is gebruik gemaakt van data uit de registraties van praktijken voor mondzorg. Via oproepen door de Nederlandse Vereniging voor Mondhygiënisten (NVM Mondhygiënisten), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT) en de Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT) werden praktijken uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Na aanmelding werden praktijken verzocht om, aan de hand van een vragenlijst, gegevens over de praktijk aan te leveren. Het ging om verschillende potentieel beïnvloedende factoren voor de mate van taakverschuiving, zoals het type praktijk en de regio, alsook de grootte van de praktijk, het aantal patiënten dat in 2018 de praktijk bezocht en de algemene patiëntenopbouw van de praktijk. Vervolgens werd gevraagd om van 1-2% van de patiëntenpopulatie die de praktijk in 2018 heeft bezocht, gegevens aan te leveren over leeftijd/geboortedatum en geslacht van de patiënt, welke verrichtingen (volgens de NZa-code) per consult in 2018, 2017, 2016 en 2015 zijn uitgevoerd en door welke zorgprofessional (tandarts, mondhygiënist, preventie-assistent of anderen). In de mondzorg worden verschillende registratiesystemen gebruikt. Uit sommige systemen was het eenvoudig om de benodigde data te extraheren, uit andere systemen diende data handmatig te worden verkregen.

Indien nodig werden praktijken bij de dataverzameling ondersteund door onderzoeksassistenten. Om te corrigeren voor verschillen in grootte van aangeleverde datasets is een wegingsfactor toegepast. De verrichtingen en de onderverdeling ervan binnen de verschillende beroepsoefenaars zijn weergegeven in aantallen en percentages. Deze verrichtingen zijn weergegeven op hoofdgroepen van codes, zoals hoofdgroep V (vullingen) voor alle codes die betrekking hebben op één-, twee-, drie-, meervlaksvullingen met verschillende materialen, en per jaar.

Resultaten In totaal hebben zich 99 praktijken aangemeld voor deelname en hebben 53 praktijken een vragenlijst ingevuld. Uiteindelijk zijn data van ruim 2.500 patiënten uit 33 praktijken geanalyseerd. Het merendeel van de deelnemende praktijken betreft praktijken met twee of meer tandarts-praktijkhouders en één of meer tandartsmedewerkers. De resultaten laten zien dat de tandarts het grootste aandeel heeft in elke hoofdgroep van verrichtingen. Kronen/bruggen, hoofdgroep R en chirurgische verrichtingen, hoofdgroep H, worden alleen of vrijwel alleen door tandartsen gedaan. Bij kunstgebitten, hoofdgroep P, en implantaten, hoofdgroep J, zijn naast de tandarts vooral de specifieke professionals daarvoor, zoals tandprotheticus en implantoloog, betrokken. De mondhygiënist neemt het merendeel van de tandvleesbehandelingen, hoofdgroep T, voor haar rekening met een toenemende inzet van de preventie-assistent in de jaren 2017 en 2018. Tandarts, mondhygiënist en preventie-assistent hebben een gelijk aandeel in de preventieve mondzorg (hoofdgroep M) en dit blijft door de jaren heen gelijk. Een verschuiving van taken lijkt zichtbaar van tandarts naar mondhygiënist preventie-assistent in de hoofdgroepen C (consultatie en diagnostiek) en X (maken en/of beoordelen foto's) en V (vullingen). De registratie laat bij kaakgewrichtsbehandelingen, hoofdgroep G, een inconsistent beeld zien.

Discussie en aanbevelingen Bij de interpretatie van gegevens uit dit onderzoek zijn enkele overwegingen van belang. Het is mogelijk dat vooral praktijken, die geïnteresseerd zijn in taakverschuiving, zich hebben aangemeld voor deelname aan dit onderzoek. Van de praktijken die zich hebben aangemeld, heeft slechts een deel data aangeleverd. Het is mogelijk dat in de verzamelde data voor dit onderzoek een oververtegenwoordiging van praktijken bestaat die gebruik maken van een registratiesysteem waaruit de data op eenvoudige wijze te verkrijgen zijn. De potentiële invloed hiervan op de resultaten is moeilijk in te schatten. Daarnaast betreffen de deelnemende praktijken een klein gedeelte van het aantal in Nederland bekende praktijkadressen van tandartsen en mondhygiënist. Uit de praktijkinformatie blijkt dat praktijken uit Noord-Brabant en praktijken waarin meerdere zorgverleners al met elkaar samenwerken, oververtegenwoordigd lijken te zijn, hetgeen een rol kan hebben gespeeld in de bevindingen. Het is waarschijnlijk dat taakverschuiving meer plaatsvindt in praktijken waar professionals al langer met elkaar samenwerken. Een complicerende factor bij de verkregen data is dat die onvoldoende inzicht geven in de mate van zelfstandigheid van de professional die vermeld wordt. Met andere woorden: het is niet terug te zien in de registratie of een verrichting zelfstandig of onder supervisie is uitgevoerd. Ondanks bovengenoemde aspecten is, door gebruik te maken van patiëntgebonden data uit registratiesystemen, inzichtelijk gemaakt hoe verschuiving van taken tussen verschillende mondzorgverleners zich in de loop van de jaren ontwikkelt. Uit dit onderzoek zijn hiervoor een tweetal voorwaarden gebleken. Ten eerste dient het voor praktijken haalbaar te zijn om data over taakverschuiving aan te leveren. Dat is niet bij alle gebruikte registratiesystemen het geval. Soms moet dit handmatig gebeuren waardoor substantiële inspanning van professionals nodig is. Ondersteuning met een algoritme, dat door de fabrikanten van registratiesystemen kan worden ondersteund, maakt een systematische verzameling van de noodzakelijke data meer haalbaar dan nu het geval is. Ten tweede vraagt het gebruik van data uit registratiesystemen voor het monitoren van taakverschuiving een nauwkeurige registratie van wie welke verrichting heeft uitgevoerd.

Conclusie Dit onderzoek suggereert dat in de periode van 2015-2018 sprake is van een verschuiving van taken van tandarts naar mondhygiënist en preventie-assistent bij consultatie en diagnostiek, bij het maken en beoordelen van foto's en bij vullingen. Andere hoofdgroepen, zoals chirurgische

ingrepen, lijken minder relevant voor taakverschuivingtussen deze professionalsin de eerstelijns mondzorg.

de Haan, M., van Eijk-Hustings, Y., Bessems-Beks, M., Dirksen, C., & Vrijhoef, H. J. (2019).

Ondanks recente studies die bevestigen dat taakverschuiving zowel veilig als effectief is, is de implementatie ervan in de praktijk moeilijk gebleken. Zo ook in Nederland, waar juridische barrières die strikte beroepsgrenzen afdwingen, historisch gezien beperkte taakverschuivingen hebben. Nederlandse beleidsmakers hebben de afgelopen jaren geëxperimenteerd met tijdelijke bevoegdheden voor verschillende beroepsgroepen, met als doel taakverschuiving te vergemakkelijken om de algehele effectiviteit en efficiëntie van de gezondheidszorg te vergroten. De klinisch technoloog is een opkomende nieuwe beroepsgroep die in afwachting van een evaluatie zo'n tijdelijke bevoegdheid heeft ontvangen. Dit document rapporteert de kwalitatieve bevindingen van het implementatieproces om klinisch technologen te voorzien van tijdelijke bevoegdheden. De gegevensverzameling bestond uit 69 semi-gestructureerde interviews, 3 focusgroepinterviews en 9 observaties, uitgevoerd tussen september 2015 en oktober 2017. De analyse werd uitgevoerd door middel van een 'editing-analysestijl' waarbij gegevens werden gecategoriseerd volgens het conceptuele raamwerk van de implementatie van Grol & Wensing model. De studie suggereert dat sociale kenmerken van groot belang zijn bij het implementeren van taakverschuiving. In situaties met weinig sociale barrières lijken organisatorische en administratieve barrières minder dominant te zijn, waardoor het algehele implementatieproces wordt versneld. Daarom raden we beleidsmakers aan om bij het implementeren van taakverschuiving prioriteit te geven aan sociale kenmerken boven organisatorische kenmerken.

Kroezen, M., Dijk, L. van, Groenewegen, P.P., Rond, M. de, Veer, A.J.E. de, Francke, A.L. (2014).

Achtergrond: In de afgelopen twee decennia is het aantal landen waar verpleegsters werkzaam zijn wettelijk is toegestaan om medicatie voor te schrijven is aanzienlijk gegroeid. Een gebrek aan ondersteuning door collega's en / of bezwaren van artsen kunnen de verpleegkundige belemmeren voorschrijven. Eerder onderzoek suggereert dat artsen over het algemeen minder zijn ondersteunend en meer bezorgd over het voorschrijven door verpleegkundigen dan verpleegkundigen. Directe vergelijkingen tussen de opvattingen van artsen en verpleegkundigen zijn echter schaars en zijn vaak gebaseerd op kleine steekproeven.

Doelstellingen: Inzicht verwerven in de opvattingen van Nederlandse geregistreerde verpleegkundigen (RN's), verpleegkundig specialisten (met een master in Advanced Nursing Practice) en artsen over de gevolgen van voorschrijven door verpleegkundigen.

Ontwerp: enquêtestudie.

Deelnemers: enquêtevragenlijsten werden verzonden naar nationale steekproeven van RN's, verpleegkundige specialisten en artsen.

Methode: De vragenlijst was onder meer gericht op de generaal van de respondenten opvattingen over de gevolgen van voorschrijven door verpleegkundigen voor de kwaliteit van zorg, de verpleegkundige en medische beroepen, en de relatie tussen de medische en verpleegkundige beroepen.

Resultaten: De netto respons was 66,0% voor RNs (n = 617), 28,3% voor verpleegkundig specialisten (n = 375) en 33,7% voor artsen (n = 265). Het bleek dat alle groepen het erover eens waren dat het voorschrijven door verpleegkundigen de dagelijkse praktijk en het beroep van verpleegkundige ten goede komt. Er waren weinig zorgen over de negatieve gevolgen voor het werk van artsen en de medische professie. Verpleegkundig specialisten gaven significant (P <0,05) meer positieve scores op de meeste items dan RN's en artsen. We vonden relatief weinig verschil in opvattingen tussen RN's en artsen. Alleen over kwesties met betrekking tot de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van de patiënt toonden artsen meer, zij het milde, zorgen dan RN's en verpleegkundig specialisten.

Conclusies: RN's, verpleegkundig specialisten en artsen zijn over het algemeen neutraal tot matig positief over voorschrijven door verpleegkundigen. Dit is gunstig voor de implementatie en het

potentiële succes van voorschrijven door verpleegkundigen in de praktijk, aangezien een gebrek aan peer support en / of bezwaren van artsen een belemmerende factor kunnen zijn. Zorgen over de gevolgen van voorschrijven door verpleegkundigen voor de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid blijven echter een punt van aandacht, vooral onder artsen.

Heins, M., Schellevis, F., Schotman, M., Bezooijen, B. van, Tchaoussoglou, I., Waart, M. van der, Veldhuis, L., Dulmen, S. van, Donker, G., Korevaar, J. (2018)

Achtergrond: Het aantal patiënten met prostaatkanker neemt toe, wat extra plaatst druk op de gezondheidszorg. Door de huisarts geleide follow-up kan de kosten, reistijd voor patiënten en werkdruk voor urologen en verbetering van de continuïteit van de zorg.

Doel: De haalbaarheid en aanvaardbaarheid testen van een nieuwe klinische route voor door de huisarts geleide prostaatkanker opvolgen.

Design & setting: In samenwerking met zes huisartsenpraktijken in de Nederlandse regio Amersfoort.

Methode: De studie omvatte 20 patiënten met prostaatkanker in een stabiele fase, die oud waren 65 jaar en met comorbiditeit. De follow-up voor prostaatkanker werd voor één keer overgedragen aan de huisarts jaar. Deelnemende huisartsen en urologen ontwikkelden samen een protocol. De tevredenheid van de patiënt was gemeten na 0 en 12 maanden met de 'gepersonaliseerde zorg' subschaal van de Consumentenkwaliteit (CQ) index 'huisartsenzorg'. Vervolgens werden patiënten, huisartsen en urologen geïnterviewd over hun ervaringen. De klinische route werd als succesvol beschouwd als er naar geen enkele patiënt werd terugverwezen de uroloog, behalve voor een toename van prostaatspecifiek antigeen (PSA), en indien de meerderheid van patiënten en deelnemende urologen en huisartsen waren tevreden.

Resultaten: Van de 20 patiënten die in de studie waren opgenomen, werden er drie terugverwezen naar de uroloog vanwege stijgende PSA-waarden en stierf er één (niet gerelateerd aan prostaatkanker). De meeste patiënten (73%) waren tevreden over de zorgoverdracht, aangegeven door een score van 3 op de 'gepersonaliseerde zorg'-subschaal. Huisartsen en urologen hadden vertrouwen in het vermogen van huisartsen om nazorg te verlenen en wilden dit graag voortzetten.

Conclusie: De nieuwe klinische route was succesvol en dus is een grotere studie om de (kosten) effectiviteit van door huisartsen geleide follow-up van prostaatkanker verder te onderzoeken nuttig.

van der Biezen M, Derckx E, Wensing M, Laurant M. (2017).

Achtergrond: Door de toenemende vraag naar eerstelijnszorg wordt niet alleen gedebatteerd of er voldoende huisartsen (huisartsen) zijn om aan deze eisen te voldoen, maar ook of specifieke taken door andere zorgverleners kunnen worden uitgevoerd. Hoewel het veranderen van de zorg voor de mix van vaardigheden door het in dienst nemen van Physician Assistants (PA's) en Nurse Practitioners (NP's) zowel effectief als veilig is gebleken, verschilt de implementatie van die professionals sterk tussen en binnen landen. Ter ondersteuning van beleidsvorming met betrekking tot PA's / NP's in de eerste lijn, is het doel van deze studie om inzicht te verschaffen in factoren die de beslissing van huisartsen en managers om een PA / NP binnen hun organisatie op te leiden en in dienst te nemen, te beïnvloeden.

Methode: In 2014 is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd waarbij 7 leidinggevenden van de huisartsenpost en 32 huisartsenpraktijken zijn geïnterviewd. In de interviews kwamen drie hoofdthema's aan bod: het besluitvormingsproces in de organisatie, overwegingen en argumenten om een PA / NP op te leiden en in dienst te nemen, en de taken en verantwoordelijkheden van een PA / NP.

Resultaten: Inzet van PA's / NP's in ANW-diensten was bedoeld om kleine aandoeningen te substitueren en daarmee de caseload van huisartsen te verminderen of de servicecapaciteit te vergroten. Managers formuleerden een langetermijnplanning en roldefinities bij het veranderen van de vaardighedenmix van het personeelsbestand. Het creëren van teamondersteuning voor de inzet van PA's / NP's was moeilijk.

In de reguliere uren in de huisartspraktijk zetten huisartsen zowel in op substitutie als suppletie voor

kleine aandoeningen en / of doelgroepen door de skillmix te veranderen. Suppletie was gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het uitbreiden van het dienstenaanbod voor patiënten. De besluitvorming in de huisartspraktijk ging gepaard met weinig planning en roldefinitie. De bereidheid om PA's / NP's in dienst te nemen werd sterk beïnvloed door de motivatie van een medewerker om aan de masteropleiding te beginnen en de eerdere ervaring van huisartsen met PA's / NP's. Kennis over het PA / NP-beroep en de wetgevingen ontbrak vaak. Conclusies: rolstandaardisaties, politieke planning op de lange termijn en steun van beroepsverenigingen zijn nodig om beleidsmakers te ondersteunen bij het implementeren van skillmix in de eerstelijnszorg.

Van Der Biezen M, Adang E, Van Der Burgt R, Wensing M, Laurant M. (2016).

Achtergrond: De druk in de huisartsenpost is hoog door een toenemende zorgvraag en stijgende zorgkosten. Overdag laat het vervangen van huisartsen (huisartsen) door nurse practitioners (NP's) positieve resultaten zien om bij te dragen aan deze uitdagingen. Er is echter een gebrek aan kennis over de impact tijdens kantooruren. De huidige studie heeft tot doel inzicht te geven in de impact van substitutie op het gebruik van hulpbronnen, de productie en de directe kosten voor gezondheidszorg buiten kantooruren.

Methode: Bij een huisartsencoöperatie (GPC) in het zuidoosten van Nederland zijn experimentele teams met vier huisartsen en één verpleegkundige vergeleken met controleteams met vijf huisartsen. In een secundaire analyse werd ook huisartsenzorg versus NP-zorg onderzocht. Gedurende een periode van 15 maanden werden alle patiënten die op weekenddagen de GPC bezochten, geïnccludeerd. Het primaire resultaat was het gebruik van hulpbronnen, waaronder röntgenfoto's, medicijnrecepten en verwijzingen naar de afdeling spoedeisende hulp (ED). We hebben logistische regressie gebruikt om te corrigeren voor mogelijke verstoringen. Secundaire uitkomsten waren productie per uur en directe kosten voor gezondheidszorg met behulp van een kostenminimalisatieanalyse.

Resultaten: We analyseerden 6.040 patiënten in het experimentele team (NP's: 987, huisartsen: 5.053) en 6.052 patiënten in het controleteam. Er waren geen significante verschillen in uitkomsten tussen de teams. In de secundaire analyse was in het experimentele team NP-zorg geassocieerd met minder medicijnrecepten (NP 37,1%, huisarts 43%, $p < .001$) en minder verwijzingen naar de SEH (NP 5,1%, huisartsen 11,3%, $p = .001$) dan huisartsenzorg. De gemiddelde productie per uur was 3,0 consulten voor huisartsen en 2,4 consulten voor NP's ($p < .001$). De kosten van een consult bij een verpleegkundige waren € 3,34 minder dan bij een consult bij de huisarts ($p = 0,02$).

Conclusies: deze resultaten gaven geen algemene verschillen tussen de teams aan. Desalniettemin bleek uit een vergelijking van het type zorgverlener dat NP-zorg resulteerde in een lager gebruik van middelen en kostenbesparingen dan huisartsenzorg. Om de optimale balans te vinden tussen huisartsen en NP's in de eerstelijnszorg tijdens ANW-diensten, is meer onderzoek nodig naar de impact van het vergroten van het aandeel NP's in een team met huisartsen op het gebruik van hulpbronnen en de zorgkosten.

Dierick-van Daele, A. T. M., Spreeuwenberg, C., Derckx, E. W. C. C., Leeuwen, Y. van, Toemen, T., Legius, M., . . . Vrijhoef, H. J. M. (2010).

Achtergrond Gezondheidszorgsystemen worden geconfronteerd met een veranderende en toenemende zorgvraag. Tegen de achtergrond van de noodzaak om de servicecapaciteit te vergroten en de toegang tot eerstelijnszorg te verbeteren, is een project gestart om de rol van nurse practitioner (NP) in de Nederlandse huisartspraktijken te introduceren.

Doel De waarde van de NP onderzoeken door NP-rollen te beschrijven en hun overeenstemming met de initiële concepten van het NP-trainingsprogramma.

Methoden Een observationeel longitudinaal ontwerp, waarbij gebruik werd gemaakt van gemengde methoden, werd uitgevoerd tussen maart 2004 en juni 2008. Er werd gebruikgemaakt van een gemakssteekproef van zeven verpleegkundigen en zeven huisartsen die samen zeven experimentele

groepen vormden. Projectdocumentatie en gegevens van consultaties tussen verpleegkundigen en huisartsen werden verzameld. Negenentwintig interviews werden afgenomen, gericht op NP-rollen, competenties van NP's en samenwerking tussen professionals.

Resultaten Zoals verwacht, hebben alle verpleegkundigen patiënten met veelvoorkomende klachten als belangrijkste focus, evenals het managen van de kwaliteit van zorgprojecten. Verschillen tussen NP's worden gerapporteerd in de percentages tijd besteed aan het afleggen van huisbezoeken, de zorg voor ouderen, patiëntgerelateerde activiteiten en niet-patiëntgerelateerde activiteiten.

Conclusie NP's dragen bij aan de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de eerstelijnszorg en aan de samenwerking in en kwaliteit van de eerstelijnszorg. De rollen die ze aannemen worden beïnvloed door praktijkbehoeften en financiële prikkels. Het is niet duidelijk in welke mate verpleegkundigen activiteiten moeten uitvoeren om de kwaliteit van zorg te verbeteren en verder onderzoek is nodig om kerncompetenties van NP te definiëren.

Timmermans, M. (2017).

Alle artikelen van dit proefschrift los meenemen? Of van geheel de samenvatting includeren?
<https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/176482/176482.pdf>

Perdok, H., Jans, S., Verhoeven, C., van Dillen, J., Batenburg, R., Mol, B. W., ... & de Jonge, A. (2016).

Doelstelling: de huidige scheiding tussen verloskundige zorg en verloskundige zorg zorgt voor versnippering van de kraamzorg in Nederland. Dit onderzoek beoogt inzicht te krijgen in de mate van consensus onder kraamzorgprofessionals over facilitatoren en belemmeringen gerelateerd aan de integratie van door verloskundigen geleide zorg en door verloskundigen geleide zorg. Integratie kan leiden tot meer persoonlijke continuïteit van zorg voor vrouwen die tijdens de bevalling worden doorverwezen. Dit kan leiden tot betere geboorte-ervaringen, minder interventies en betere resultaten voor zowel moeder als kind.

Opzet: een beschrijvend onderzoek aan de hand van een vragenlijstonderzoek onder 300 eerstelijns verloskundigen, 100 klinische verloskundigen en 942 verloskundigen.

Omgeving: Nederland in 2013.

Deelnemers: 131 (respons 44%) eerstelijns verloskundigen, 51 (respons 51%) klinische verloskundigen en 242 (respons 25%) verloskundigen vulden de vragenlijst in.

Bevindingen: er was consensus over de klinische verloskundige die zorg draagt voor werkende vrouwen met een matig risico op complicaties. Hoewel eerstelijns verloskundigen zelf bereid waren hun taken uit te breiden, was er onder de respondenten geen consensus over de taken en verantwoordelijkheden van de eerstelijns verloskundige. Professionals waren het eens over het belang van een goede samenwerking tussen professionals die als team zouden moeten samenwerken. Respondenten waren het er ook over eens dat er tegenstrijdige belangen zijn met betrekking tot de betalingsstructuur, die een mogelijke belemmering vormen voor de integratie van kraamzorg.

Belangrijkste conclusies: dit onderzoek laat zien dat professionals positief staan tegenover een geïntegreerd kraamzorgsysteem, maar eerstelijns verloskundigen, klinische verloskundigen en verloskundigen hebben verschillende meningen over de specificaties en implementatie van dit systeem.

Implicatie voor de praktijk: onze bevindingen zijn in overeenstemming met eerder onderzoek, waaruit blijkt dat het te vroeg is om een blauwdruk te ontwerpen voor een geïntegreerd kraamzorgmodel in Nederland. Om verandering in het systeem van kraamzorg te bewerkstelligen, zou een implementatiestrategie moeten worden gekozen die rekening houdt met verschillen in belangen en opvattingen tussen professionals.

Kersbergen, M, Creugers, N.H.J, Hollaar, V.R.Y, Laurant, M.G.H (2019).

Het doel van dit onderzoek was het evalueren van de perceptie van tandartsen en mondhygiënist over hun eigen en elkaars rol in interprofessionele samenwerking na een klinisch interprofessioneel

onderwijsprogramma (CIEP) als onderdeel van hun afstudeerprogramma aan het Radboudumc en de HAN. Hogeschool (HAN UAS), Nijmegen, Nederland. Percepties werden verkregen aan het einde van hun studie (2014) en twee jaar na hun afstuderen (2016).

Methoden

Er is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd met behulp van een vragenlijst met open vragen.

Tweeënzestig tandartsen en achtendertig mondhygiënisten waren uitgenodigd. Theorie-gebaseerde analyses werden toegepast in combinatie met principes van Grounded Theory om de verzamelde gegevens uit de open vragen te analyseren en samen te stellen.

Resultaten

Bij baseline reageerde 100%. Bij de follow-up reageerden tweeëndertig tandartsen (51,6%) en zesentwintig mondhygiënisten (68,4%); zevenentwintig tandartsen (43,5%) en achttien mondhygiënisten (47,4%) werden geïnccludeerd. Er werden veel overeenkomsten gevonden tussen baseline en follow-up met betrekking tot percepties van elkaars expertise en verantwoordelijkheid, leren van en met elkaar, en het gedrag van studenten en de “beginnende” professionals in interprofessioneel samenwerken. Zowel tandartsen als mondhygiënisten ervoeren het CIEP als nuttig voor interprofessionele samenwerking. De “beginnende” tandartsen en mondhygiënisten gaven aan dat in tandartspraktijken interprofessionele samenwerking minder vaak voorkomt.

Gevolgtrekking

Het CIEP zorgde voor meer begrip bij tandartsen en mondhygiënisten met betrekking tot interprofessionele rollen, maar in de praktijk ondervinden de “beginnende” tandartsen en mondhygiënisten moeilijkheden bij het toepassen van de interprofessionele rollen.

B.3 Kenmerken van geïncludeerde systematische reviews

Auteur, jaar	Studiedesign	N studies	Doelgroep/ziekte	Omschrijving interventie	Beroep(en) in interventie	Beroep(en) in gebruikelijke zorg
Anthony et al., 2019	SR	6	Eerstelijnszorg	Economische evaluaties	Verpleegkundigen, apothekers en gezondheidsprofessionals	Huisartsen
Bhanbhro et al., 2011	SR	17	Eerstelijnszorg	Voorschrijven door niet-artsen	Verpleegkundigen en apothekers	Artsen
Busetto et al., 2017	SR	21	Chronische ziektes	Veranderingen in workforce nav geïntegreerde zorg interventies	Alle zorgprofessionals betrokken bij de geïntegreerde zorg interventie	Alle zorgprofessionals betrokken bij de geïntegreerde zorg interventie
Caulfield et al., 2019	SR	29	GGZ	GGZ opleidingen voor niet-gespecialiseerde zorgverleners	Niet-gespecialiseerde zorgverleners (bijv. basisartsen, huisartsen, verpleegkundigen, algemene zorgverleners in de GGZ en vrijwilligers)	Medisch specialisten
Cleary et al., 2017	SR	12	GGZ	Voorschrijven door verpleegkundigen	Verpleegkundigen	Artsen
Colvin et al. 2013	SR	37	Verloskundige zorg in alle zorgsettingen	Taakherschikking (d.w.z. wanneer specifieke taken werden verplaatst van het ene kader naar het andere)	Verloskundigen	Andere zorgverleners of andere kraamverzorgenden of vrijwilligers
Darvishpour et al., 2014	Qualitative meta synthesis	11	Alle patiëntengroepen in alle zorgsettingen	Voorschrijven door niet-artsen	Verpleegkundigen	Artsen
Dawson et al., 2015	SR	36	Eerstelijnszorg voor kwetsbare bevolkingsgroepen	Door verpleegkundigen of verloskundigen geleide zorgverlening	Verpleegkundigen en verloskundigen	Artsen, thuiszorgmedewerkers of lekengezondheidswerkers ('lay health workers')

Auteur, jaar	Studiedesign	N studies	Doelgroep/ziekte	Omschrijving interventie	Beroep(en) in interventie	Beroep(en) in gebruikelijke zorg
Easterbrook et al., 2019	SR and meta-analysis	139	Algemene bevolking, mensen die drugs injecteren, mensen in gevangenissen en mensen met HIV	Taakherschikking, gedefinieerd als het verlenen van hepatitis C-zorg en behandeling door niet-gespecialiseerde artsen of verpleegkundigen	Niet-gespecialiseerde artsen of verpleegkundigen	Specialistische zorg (voornamelijk medisch specialistische zorg)
Federspiel et al., 2018	SR	55	Chirurgie, verloskunde en anesthesie	Chirurgische, verloskundige en anesthesie-taakverschuiving (incl. situaties waarin chirurgische en anesthesietaken eerder en/of vaker door associate clinici worden uitgevoerd dan door artsen (ook als deze taken officieel niet zijn herschikt).	Associate clinici of non-physician clinici	Artsen
Gielen et al., 2014	SR	35	Alle patiëntengroepen in alle zorgsettingen	Voorschrijven door verpleegkundigen	Verpleegkundigen	Artsen
Graham-Clarke et al., 2018	SR	42	Alle patiëntengroepen in alle zorgsettingen	Voorschrijven door niet-artsen (alle vormen)	Verpleegkundigen, apothekers, fysiotherapeuten, podotherapeuten en therapeutische en diagnostische radiografen, optometristen en diëtisten	Artsen en tandartsen
Graham-Clarke et al., 2019	Systematic policy review	45	Alle patiëntengroepen in alle zorgsettingen	Voorschrijven door niet-artsen (zelfstandig voorschrijven)	Verpleegkundigen, apothekers en paramedici	Artsen en tandartsen
Hall et al., 2017	Nog niet full-text		Nog niet full-text	Nog niet full-text	Nog niet full-text	Nog niet full-text
Hopkins et al., 2012	SR	2	Alle patiëntengroepen in alle zorgsettingen	Delegatie van verpleegkundigen naar niet-geautoriseerd assistent-personeel (d.w.z. de uitvoering van een geselecteerde verpleegkundige taak toevertrouwen aan een persoon	Niet-geautoriseerd assistent-personeel (d.w.z. personen die bereid zijn om de RN onder direct toezicht van de RN te assisteren, waaronder: verpleegkundig assistenten,	Verpleegkundigen

Auteur, jaar	Studiedesign	N studies	Doelgroep/ziekte	Omschrijving interventie	Beroep(en) in interventie	Beroep(en) in gebruikelijke zorg
				die gekwalificeerd, bekwaam en in staat is om dergelijke taken uit te voeren. De verpleegkundige blijft verantwoordelijk voor de totale verpleging).	personeelondersteuner en gezondheidsassistenten)	
Jebara et al., 2018	SR	65	Alle patiëntengroepen in alle zorgsettingen	Voorschrijven door apothekers	Apothekers	Artsen en verpleegkundigen
Karimi et al., 2019	Qualitative meta synthesis	66	Eerstelijnszorg en wijk- en thuiszorg	Vervanging van artsen door verpleegkundigen en uitbreiding van de taken van verpleegkundigen in de gemeenschaps- of eerstelijnszorg	Verpleegkundigen	Huisartsen, kinderartsen of geriateren
Kroezen et al., 2011	SR	124	Alle patiëntengroepen in alle zorgsettingen	Voorschrijven door verpleegkundigen	Verpleegkundigen (incl. advanced nurse practitioners en verpleegkundige verloskundigen)	Artsen
Laurant et al., 2018	SR (Cochrane)	18	Eerstelijnszorg	Taakherschikking (d.w.z. taken die voorheen werden uitgevoerd door één type zorgverlener worden overgedragen aan een andere soort zorgverlener	Verpleegkundigen (incl. nurse practitioners, klinisch verpleegkundig specialisten, advanced practice nurses, praktijkverpleegkundigen, enz.)	Alle soorten artsen die in de eerstelijnszorg werken
Lovink et al.,	SR	10	Ouderenzorg	Taakherschikking van artsen naar verpleegkundigen	Verpleegkundigen en physician assistants	artsen
Martinez-Gomez et al., 2015	SR and meta-analysis of RCTs	18	Eerstelijnszorg	Taakherschikking van artsen naar verpleegkundigen (d.w.z. verpleegkundig geleide zorg i.p.v. medisch geleide zorg)	Alle verpleegkundige rollen	Huisartsen, kinderartsen en geriateren
Martinez-Gomez et al., 2015	SR	12	Eerstelijnszorg	Taakherschikking van artsen naar verpleegkundigen	Alle verpleegkundige rollen	Huisartsen, kinderartsen en geriateren
Niezen et al., 2014	SR	13	Alle patiëntengroepen in alle zorgsettingen	Taakherschikking heeft betrekking op een breed spectrum van verschuivende taken en	Nurse practitioner, advanced practice nurse, verpleegkundig specialist of verpleegkundigen die speciaal zijn	Artsen

Auteur, jaar	Studiedesign	N studies	Doelgroep/ziekte	Omschrijving interventie	Beroep(en) in interventie	Beroep(en) in gebruikelijke zorg
				verantwoordelijkheden van artsen naar verpleegkundigen	opgeleid voor een nieuwe taak	
Nkansah et al., 2011	SR (Cochrane)	43	Ambulante zorg (excl. ziekenhuizen en verpleegvoorzieningen)	Alle taken uitgevoerd door apothekers anders dan het bereiden en afgeven van geneesmiddelen	Apothekers (of apotheken)	Alle andere zorgverleners die deze taken uitvoeren
Noblet et al., 2017	Mixed methods SR	50	Alle patiëntengroepen in alle zorgsettings	Voorschrijven door niet-artsen	Alle niet-medische voorschrijvers met wettelijke toestemming om zelfstandig geneesmiddelen voor te schrijven	Artsen
Noblet et al., 2018	SR	3	Alle patiëntengroepen in alle zorgsettings	Voorschrijven door niet-artsen	Apothekers	Gebruikelijke zorg (d.w.z. voorschrijven door artsen)
Nuttal, 2018	Qualitative meta synthesis	37	Eerstelijnszorg en wijk- en thuiszorg	Voorschrijven door verpleegkundigen	Verpleegkundigen	Artsen, apothekers, fysiotherapeuten, radiografen, podotherapeuten, optometristen en tandartsen
Pennestri et al., 2019	Evidence-based narrative review	15	Tweede lijn	Herschikken van taken naar fysiotherapie (d.w.z. fysiotherapie in plaats van medische behandeling)	Geavanceerde beoefenaar van fysiotherapie, practitioner met uitgebreide scope, fysiotherapeut voor noodgevallen, consulent-fysiotherapeut	Medisch specialisten
Poh et al., 2018	SR	15	Ziekenhuis (intramuraal en poliklinisch)	Voorschrijven door apothekers	Apothekers	Gebruikelijke zorg (d.w.z. voorschrijven door ziekenhuisartsen)
Riordan et al., 2016	SR	5	Eerstelijnszorg voor volwassenen van 65 jaar en ouder	Elke interventie waarbij een apotheker de hoofdrol speelt in een interventie bedoelt om mogelijk ongepast voorschrijven te	Apothekers	Gebruikelijke zorg of andere actieve interventies die niet gericht zijn op de

Auteur, jaar	Studiedesign	N studies	Doelgroep/ziekte	Omschrijving interventie	Beroep(en) in interventie	Beroep(en) in gebruikelijke zorg
				verminderen of de geschiktheid van medicatie in de eerste lijn te verbeteren.		geschiktheid van medicatie
Saha et al., 2019	SR and meta-analysis	15	Eerstelijns huisartspraktijken	Elke interventie met betrekking tot het voorschrijven van antibiotica waarbij apothekers betrokken zijn als interventionist of als lid van een interventie-implementatieteam.	Apothekers	Huisartsen
Shahmalak et al., 2019	Qualitative SR	10	GGZ	Verlenen van psychologische therapie door lekenzorgverleners ('lay health workers')	Lekengezondheidswerkers zonder ervaring met GGZ (d.w.z. elke zorgverlener die taken uitvoert die verband houden met zorgverlening; op de een of andere manier opgeleid in het kader van de interventie; en zonder formeel professioneel of paraprofessioneel gecertificeerd of gediplomeerd tertiair onderwijs)	Niet gespecificeerd (waarschijnlijk gebruikelijke zorg)
Weeks et al., 2016	SR (Cochrane)	46	Acute en chronische aandoeningen in eerste- en tweedelijnszorg	Voorschrijven door niet-artsen	Zorgverleners die geen arts zijn, inclusief verpleegkundigen, optometristen, apothekers, arts-assistenten en andere paramedici of niet-specifiek genoemde categorieën van zorgverleners	Artsen

SR; Systematic review

B.4 Samenvattingen van geïnccludeerde systematic reviews

In onderstaande tabel zijn de samenvattingen (abstracts) van de geïdentificeerde systematic reviews opgenomen zoals deze in de wetenschappelijke tijdschriften door auteurs is aangeleverd.

Onder ieder abstract is een Nederlandse samenvatting van de resultaten en conclusies van het systematic review ingevoegd (lichtblauw gearceerd).

<p>Anthony, B. F., et al. General medical services by non-medical health professionals: a systematic quantitative review of economic evaluations in primary care. <i>British Journal of General Practice</i>, 2019, 69(682), e304-e313. https://doi.org/10.3399/bjgp19X702425</p>
<p>Background: Previous systematic reviews have found that nurses and pharmacists can provide equivalent, or higher, quality of care for some tasks performed by general practitioners (GPs) in primary care. There is a lack of economic evidence for this substitution.</p> <p>Aim: To explore the costs and outcomes of role substitution between GPs and nurses, pharmacists and allied health professionals in primary care.</p> <p>Design and setting: A systematic review of economic evaluations exploring role substitution of allied health professionals in primary care was conducted. Role substitution was defined as 'the substitution of work that was previously completed by a GP in the past and is now completed by a nurse or allied health professional'.</p> <p>Method: Databases searched: Medline, CINAHL, Cochrane Library, NICE and the Centre for Reviews and Dissemination database. The review followed guidance from the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).</p> <p>Results: Six economic evaluations were identified. There was some limited evidence that nurse-led care for common minor health problems was cost-effective compared with GP care, and that nurse-led interventions for chronic fatigue syndrome and pharmacy-led services for the medicines' management of coronary heart disease and chronic pain were not. In Korea, community health nurse practitioners delivered primary care services for half the cost of physicians. There was a lack of economic evidence for role substitution by other groups of allied health professionals such as physiotherapists and occupational therapists.</p> <p>Conclusion: There is limited economic evidence for role substitution in primary care; more economic evaluations are needed.</p>
<p>Resultaten: Er werden zes economische evaluaties geïdentificeerd. Er was beperkt bewijs dat verpleegkundige zorg voor veelvoorkomende kleine gezondheidsproblemen kosteneffectief was in vergelijking met huisartsenzorg, en dat door verpleegkundigen geleide interventies voor chronisch vermoeidheidssyndroom en apotheekgeleide diensten voor de behandeling van coronaire hartziekten en chronische pijn dat niet waren. In Korea leverden verpleegkundigen in de gemeenschapsgezondheid eerstelijnszorg voor de helft van de kosten van artsen. Er was een gebrek aan economisch bewijs voor rolvervangende door andere groepen paramedici zoals fysiotherapeuten en ergotherapeuten.</p> <p>Conclusie: Er is beperkt economisch bewijs voor rolvervangende in de eerstelijnszorg; er zijn meer economische evaluaties nodig.</p>
<p>Bhanbhro, S., et al., Assessing the contribution of prescribing in primary care by nurses and professionals allied to medicine: a systematic review of literature. <i>BMC Health Serv Res</i>, 2011. 11: p. 330.</p>
<p>Background: Safe and timely access to effective and appropriate medication through primary care settings is a major concern for all countries addressing both acute and chronic disease burdens. Legislation for nurses and other professionals allied to medicine to prescribe exists in a minority of countries, with more considering introducing legislation. Although there is variation in the range of medicines permitted to be prescribed, questions remain as to the contribution prescribing by nurses and professionals allied to medicine makes to the care of</p>

patients in primary care and what is the evidence on which clinicians, commissioners of services and policy makers can consider this innovation.

Methods: A integrative review of literature on non-medical prescribing in primary care was undertaken guided by dimensions of health care quality: effectiveness, acceptability, efficiency and access.

Results: 19 papers of 17 empirical studies were identified which provided evidence of patient outcome of non medical prescribing in primary care settings. The majority were undertaken in the UK with only one each from the USA, Canada, Botswana and Zimbabwe. Only two studies investigated clinical outcomes of non-medical prescribing. Seven papers reported on qualitative designs and four of these had fewer than ten participants. Most studies reported that non medical prescribing was widely accepted and viewed positively by patients and professionals.

Conclusions: Primary health care is the setting where timely access to safe and appropriate medicines is most critical for the well-being of any population. The gradual growth over time of legislative authority and in the numbers of non-medical prescribers, particularly nurses, in some countries suggests that the acceptability of nonmedical prescribing is based on the perceived value to the health care system as a whole. Our review suggests that there are substantial gaps in the knowledge base to help evidence based policy making in this arena. We suggest that future studies of non-medical prescribing in primary care focus on the broad range of patient and health service outcomes and include economic dimensions.

Resultaten: 19 artikelen van 17 empirische onderzoeken werden geïdentificeerd die bewijs leverden van de uitkomst van de patiënt van niet-medisch voorschrijven in de eerstelijnszorg. Het merendeel werd uitgevoerd in het VK, met slechts één uit de VS, Canada, Botswana en Zimbabwe. Slechts twee studies onderzochten de klinische resultaten van niet-medisch voorschrijven. Zeven papers rapporteerden over kwalitatieve ontwerpen en vier daarvan hadden minder dan tien deelnemers. De meeste onderzoeken meldden dat niet-medisch voorschrijven algemeen werd geaccepteerd en positief werd beoordeeld door patiënten en professionals.

Conclusies: eerstelijnsgezondheidszorg is de omgeving waar tijdige toegang tot veilige en geschikte medicijnen het meest cruciaal is voor het welzijn van elke bevolking. De geleidelijke groei in de loop van de tijd van wetgevende autoriteit en van het aantal niet-medische voorschrijvers, met name verpleegkundigen, in sommige landen suggereert dat de aanvaardbaarheid van niet-medicamenteuze voorschrijven is gebaseerd op de waargenomen waarde voor het gezondheidszorgsysteem als geheel. Ons onderzoek suggereert dat er aanzienlijke hiaten in de kennisbasis zijn om op feiten gebaseerde beleidsvorming op dit gebied te helpen. We suggereren dat toekomstige studies van niet-medisch voorschrijven in de eerstelijnszorg zich richten op het brede scala van resultaten voor patiënten en gezondheidszorg en economische dimensies omvatten.

Busetto L, et al., Exploration of workforce changes in integrated chronic care: Findings from an interactive and emergent research design. PLoS ONE 2017, 12(12): e0187468.

Introduction: Integrated care interventions introduced in response to the increased demand for long-term care entail profound changes to the health workforce. This exploratory study aims to provide an overview of the workforce changes implemented as part of integrated chronic care interventions.

Methods: An interactive and emergent research design was used consisting of a literature review, qualitative expert questionnaires and case reports. We defined integrated care as interventions targeting at least two of the six Chronic Care Model components. Workforce changes were defined as those changes experienced by clinical and non-clinical staff responsible for public and individual health intervention.

Results: Seven workforce changes were identified: (1) nurse involvement, (2) multidisciplinary staff, (3) multidisciplinary protocols/pathways, (4) provider training, (5) case manager/care coordinator, (6) team meetings, and (7) new positions. Most interventions included more than one of these workforce changes.

Conclusion: The results of this study provide detailed insights into the current implementation of workforce changes in integrated care interventions and thereby pave the way for further investigations into the relative effectiveness of different workforce changes within the scope of complex interventions. Advancing knowledge in this area is essential for fostering health systems' capacity to cope with the challenges related to the current demographic and epidemiological trends.

Resultaten: Er werden zeven personeelwijzigingen geïdentificeerd: (1) betrokkenheid van verpleegkundigen, (2) multidisciplinaire medewerkers, (3) multidisciplinaire protocollen / trajecten, (4) trainingen voor aanbieders, (5) casemanager / zorgcoördinator, (6) teambijeenkomsten en (7) nieuwe functies. De meeste interventies omvatten meer dan

één van deze personeelsswisselingen.

Conclusie: De resultaten van deze studie geven gedetailleerd inzicht in de huidige implementatie van personeelsveranderingen in geïntegreerde zorginterventies en effenen daarmee de weg voor verder onderzoek naar de relatieve effectiviteit van verschillende personeelswijzigingen in het kader van complexe interventies. Het bevorderen van kennis op dit gebied is essentieel voor het bevorderen van het vermogen van gezondheidssystemen om het hoofd te bieden aan de uitdagingen die verband houden met de huidige demografische en epidemiologische trends.

Caulfield, A., et al., WHO guidance on mental health training: a systematic review of the progress for non-specialist health workers. *BMJ Open*, 2019. 9(1): p. e024059.

Objective: To assess existing literature on the effectiveness of mental health training courses for nonspecialist health workers, based on the WHO guidelines (2008).

Design A systematic review was carried out, complying with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses checklist. Data sources After examination of key studies in the literature, a comprehensive search was performed within the following electronic databases on 31 May 2017: PubMed, PsycINFO, CINAHL (using EBSCOHost interface),

Cochrane, Web of Science. Eligibility criteria Searches were conducted for articles published in English from January 2008 to May 2017, using search terms related to mental health, training,

community care and evaluation/outcome, following the Participants, Interventions, Comparators and Outcomes process for evidence-based practice. Outcomes Data were collected across the following categories: trainees (number and background), training course (curriculum, teaching method, length), evaluation method (timing of evaluation, collection method and

measures assessed) and evaluation outcome (any improvement recorded from baseline). In addition, studies were assessed for their methodological quality using the framework established by Liu et al (2016).

Results 29 studies with relevant training courses met the inclusion criteria. These were implemented across 16 countries since 2008 (over half between 2014 and 2017), with 10 in three high-income countries. Evaluation methods and outcomes showed high variability across studies, with courses assessing trainees' attitude, knowledge, clinical practice, skills, confidence, satisfaction and/or patient outcome. All 29 studies found some improvement after training in at least one area, and 10 studies found this improvement to be significant.

Conclusions Training non-specialist workers in mental healthcare is an effective strategy to increase global provision and capacity, and improves knowledge, attitude, skill and confidence among health workers, as well as clinical practice and patient outcome. Areas for future focus include the development of standardised evaluation methods and outcomes to allow cross-comparison between studies, and optimisation of course structure.

Resultaten 29 onderzoeken met relevante trainingen voldeden aan de inclusiecriteria. Deze zijn sinds 2008 in 16 landen geïmplementeerd (meer dan de helft tussen 2014 en 2017), met 10 in drie hoge-inkomenslanden. Evaluatiemethoden en resultaten lieten een grote variatie zien tussen de studies, met cursussen die de houding, kennis, klinische praktijk, vaardigheden, zelfvertrouwen, tevredenheid en / of de uitkomst van de patiënt beoordeelden. Alle 29 onderzoeken vonden enige verbetering na training op ten minste één gebied, en 10 onderzoeken vonden deze verbetering significant.

Conclusies Het opleiden van niet-gespecialiseerde werknemers in de geestelijke gezondheidszorg is een effectieve strategie om het aanbod en de capaciteit wereldwijd te vergroten, en verbetert de kennis, houding, vaardigheid en vertrouwen van gezondheidswerkers, evenals de klinische praktijk en de uitkomst van de patiënt. Gebieden voor toekomstige focus zijn onder meer de ontwikkeling van gestandaardiseerde evaluatiemethoden en resultaten om kruisvergelijking tussen studies mogelijk te maken, en optimalisatie van de cursusstructuur.

Cleary, M., et al., Mental health nurse prescribing: A qualitative, systematic review. *Int J Ment Health Nurs*, 2017. 26(6): p. 541-553.

The aim of the present qualitative, systematic review was to identify and summarize qualitative research that focussed on mental health nurse prescribing, synthesize findings, and outline key themes discerned. In November 2016, a systematic search was conducted for primary studies of the electronic databases PubMed, Excerpta Medica, (Embase), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Scopus, and PsycINFO. Of the 101 papers identified through the search strategy, 12 qualitative studies met the review inclusion criteria. These studies included perspectives from nurses, doctors, and patients/clients regarding their attitudes about, and experiences of, nurse prescribing. Three themes emerged from the

review: (i) patient-centred care; (ii) professional role; and (iii) professional support. Nurse prescribers embrace a patient-centred approach, providing timely and effective medication management. Adequate education and continuing professional development inclusive of clinical supervision enable competency development in nurse prescribing, supportive professional relationships, and patient safety. Further research is necessary to establish safety and demonstrate enhanced clinical outcomes from mental health nurse prescribing.

Uit de review kwamen drie thema's naar voren: (i) patiëntgerichte zorg; (ii) professionele rol; en (iii) professionele ondersteuning. Voorschrijvers van verpleegkundigen omarmen een patiëntgerichte benadering en zorgen voor tijdig en effectief medicatiebeheer. Adequate opleiding en voortdurende professionele ontwikkeling inclusief klinische supervisie maken de ontwikkeling van competenties op het gebied van voorschrijven door verpleegkundigen, ondersteunende professionele relaties en patiëntveiligheid mogelijk. Verder onderzoek is nodig om de veiligheid vast te stellen en verbeterde klinische resultaten van het voorschrijven door verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg aan te tonen.

Colvin, C.J., et al., A systematic review of qualitative evidence on barriers and facilitators to the implementation of task-shifting in midwifery services. *Midwifery*, 2013. 29(10): p. 1211-21.

A systematic review of qualitative evidence on barriers and facilitators to the implementation of task-shifting in midwifery services

OBJECTIVE: to synthesise qualitative research on task-shifting to and from midwives to identify barriers and facilitators to successful implementation.

DESIGN: systematic review of qualitative evidence using a 4-stage narrative synthesis approach. We searched the CINAHL, Medline and the Social Science Citation Index databases. Study quality was assessed and evidence was synthesised using a theory-informed comparative case-study approach.

SETTING: midwifery services in any setting in low-, middle-, and high-income countries.

PARTICIPANTS: midwives, nurses, doctors, patients, community members, policymakers, programme managers, community health workers, doulas, traditional birth attendants and other stakeholders.

INTERVENTIONS: task shifting to and from midwives.

FINDINGS: thirty-seven studies were included. Findings were organised under three broad themes: (1) challenges in defining and defending the midwifery model of care during task shifting, (2) training, supervision and support challenges in midwifery task shifting, and (3) teamwork and task shifting.

KEY CONCLUSIONS: this is the first review to report implementation factors associated with midwifery task shifting and optimisation. Though task shifting may serve as a powerful means to address the crisis in human resources for maternal and newborn health, it is also a complex intervention that generally requires careful planning, implementation and ongoing supervision and support to ensure optimal and safe impact. The unique character and history of the midwifery model of care often makes these challenges even greater.

IMPLICATIONS FOR PRACTICE: evidence from the review fed into the World Health Organisation's 'Recommendations for Optimizing Health Worker Roles to Improve Access to Key Maternal and Newborn Health Interventions through Task Shifting' guideline. It is appropriate to consider task shifting interventions to ensure wider access to safe midwifery care globally. Legal protections and liabilities and the regulatory framework for task shifting should be designed to accommodate new task shifted practices.

BEVINDINGEN: 37 onderzoeken werden geïnccludeerd. De bevindingen werden onderverdeeld in drie brede thema's: (1) uitdagingen bij het definiëren en verdedigen van het verloskundige zorgmodel tijdens taakverschuiving, (2) training, supervisie en ondersteunende uitdagingen bij het verschuiven van verloskundigen, en (3) teamwork en taakverschuiving.

BELANGRIJKSTE CONCLUSIES: dit is de eerste review waarin implementatiefactoren worden gerapporteerd die verband houden met taakverschuiving en optimalisatie van verloskundigen. Hoewel taakverschuiving een krachtig middel kan zijn om de crisis in de menselijke hulpbronnen voor de gezondheid van moeders en pasgeborenen aan te pakken, is het ook een complexe interventie die over het algemeen een zorgvuldige planning, implementatie en doorlopend toezicht en ondersteuning vereist om een optimale en veilige impact te garanderen. Het unieke karakter en de geschiedenis van het verloskundige zorgmodel maken deze uitdagingen vaak nog groter.

IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK: bewijs uit de review is verwerkt in de richtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie voor het optimaliseren van rollen van gezondheidswerkers om de toegang tot belangrijke gezondheidsinterventies bij

moeders en pasgeborenen te verbeteren door middel van taakverschuiving. Het is passend om taakverschuivende interventies te overwegen om wereldwijd een ruimere toegang tot veilige verloskundige zorg te garanderen. Wettelijke bescherming en aansprakelijkheden en het regelgevingskader voor taakverschuiving moeten zodanig worden ontworpen dat ze rekening houden met nieuwe taakverschuivingspraktijken.

Darvishpour, A., S. Joolae, and M.A. Cheraghi, A meta-synthesis study of literature review and systematic review published in nurse prescribing. *Med J Islam Repub Iran*, 2014. 28: p. 77.

Background: Prescribing represents a new aspect of practice for nurses. To make qualitative results more accessible to clinicians, researchers, and policy makers, individuals are urged to synthesize findings from related studies. Therefore this study aimed to aggregate and interpret existing literature review and systematic studies to obtain new insights on nurse prescription.

Methods: This was a qualitative meta synthesis study using Walsh and Downe process. In order to obtain data all Digital National Library of Medicine's databases, search engines and several related sites were used. Full texts with "review and nurs* prescri*" words in the title or abstract in English language and published without any time limitation were considered. After eliminating duplicate and irrelevant studies, 11 texts were selected. Data analysis was conducted using qualitative content analysis. Multiple codes were compared based on the differences and similarities and divided to the categories and themes.

Results: The results from the meta synthesis of the 11 studies revealed 8 themes namely: leading countries in prescribing, views, features, infrastructures, benefits, disadvantages, facilitators and barriers of nursing prescription that are discussed in this article. The results led to a schematic model.

Conclusion: Despite the positive view on nurse prescribing, there are still issues such as legal, administrative, weak research and educational deficiencies in academic preparation of nurses that needs more effort in these areas and requires further research.

Resultaten: De resultaten van de meta-synthese van de 11 onderzoeken brachten 8 thema's aan het licht, namelijk: leidende landen in voorschrijven, opvattingen, kenmerken, infrastructures, voordelen, nadelen, facilitatoren en belemmeringen van het voorschrijven van verpleegkundigen die in dit artikel worden besproken. De resultaten leidden tot een schematisch model.

Conclusie: Ondanks de positieve kijk op het voorschrijven door verpleegkundigen, zijn er nog steeds kwesties zoals juridische, administratieve, zwakke onderzoeks- en onderwijsachterstanden bij de academische voorbereiding van verpleegkundigen die op deze gebieden meer inspanningen behoeven en verder onderzoek vereisen.

Dawson, A.J., A.M. Nkowane, and A. Whelan, Approaches to improving the contribution of the nursing and midwifery workforce to increasing universal access to primary health care for vulnerable populations: a systematic review. *Hum Resour Health*, 2015. 13: p. 97.

Background: Despite considerable evidence showing the importance of the nursing and midwifery workforce, there are no systematic reviews outlining how these cadres are best supported to provide universal access and reduce health care disparities at the primary health care (PHC) level. This review aims to identify nursing and midwifery policy, staffing, education and training interventions, collaborative efforts and strategies that have improved the quantity, quality and relevance of the nursing and midwifery workforce leading to health improvements for vulnerable populations.

Methods: We undertook a structured search of bibliographic databases for peer-reviewed research literature using a focused review question and inclusion/exclusion criteria. The quality of retrieved papers was appraised using standard tools. The characteristics of screened papers were described, and a deductive qualitative content analysis methodology was applied to analyse the interventions and findings of included studies using a conceptual framework.

Results: Thirty-six papers were included in the review, the majority (25) from high-income countries and nursing settings (32). Eleven papers defined leadership and governance approaches that had impacted upon the health outcomes of disadvantaged groups including policies at the national and state level that had led to an increased supply and coverage of nursing and midwifery staff and scope of practice. Twenty-seven papers outlined human resource management strategies to support the expansion of nurse's and midwives' roles that often involved task shifting and task sharing. These included approaches to managing staffing supply, distribution and skills mix; workloads; supervision; performance management; and remuneration, financial incentives and staffing costs. Education and training activities were described in 14 papers to assist nurses and midwives to perform new or expanded roles and prepare nurses

for inclusive practice. This review identified collaboration between nurses and midwives and other health providers and organizations, across sectors, and with communities and individuals that resulted in improved health care and outcomes.

Resultaten: 36 artikelen werden in de review opgenomen, de meerderheid (25) uit landen met hoge inkomens en verpleegomgevingen (32). Elf papers definieerden leiderschaps- en bestuursbenaderingen die van invloed waren geweest op de gezondheidsresultaten van achtergestelde groepen, inclusief beleid op nationaal en staatsniveau dat had geleid tot een groter aanbod en dekking van verplegend en verloskundig personeel en de reikwijdte van de praktijk. Zevenentwintig papers schetsten strategieën voor personeelsbeheer om de uitbreiding van de rollen van verpleegsters en verloskundigen te ondersteunen shifting en taakverdeling. Deze omvatten benaderingen voor het beheer van het personeelsbestand, de distributie en de mix van vaardigheden; werklasten; toezicht; prestatiebeheer; en beloning, financiële prikkels en personeelskosten. Onderwijs- en trainingsactiviteiten werden beschreven in 14 artikelen om verpleegkundigen en verloskundigen te helpen bij het vervullen van nieuwe of uitgebreide rollen en om verpleegkundigen voor te bereiden op een inclusieve praktijk. Deze review identificeerde samenwerking tussen verpleegkundigen en verloskundigen en andere zorgverleners en organisaties, over sectoren heen, en met gemeenschappen en individuen resulteerde in verbeterde gezondheidszorg en resultaten.

Easterbrook, P., et al., Decentralization, Integration, and Task-Shifting in Hepatitis C Virus Infection Testing and Treatment: A Global Systematic Review and Meta-Analysis. *Integration, and Task-Shifting in Hepatitis C Virus Infection Testing and Treatment: A Global Systematic Review and Meta-Analysis* (11/28/2019), 2019.

Background: Worldwide, a limited proportion of hepatitis C virus (HCV)-infected persons have been diagnosed and treated. Increasing access to HCV care and treatment will require simplified service delivery models. We conducted a systematic review and meta-analysis to examine the effectiveness of decentralization of care, integrated HCV testing and treatment with harm-reduction services, and task-shifting to non-specialists on outcomes across the HCV care continuum. Methods: We searched bibliographic databases and conference abstracts for studies published 01/01/2008-20/02/2018 that evaluated uptake of HCV testing, linkage to care, treatment, cure assessment, and sustained virologic response at 12 weeks (SVR12) in people who inject drugs (PWID), people in prisons, people living with HIV (PLHIV), and the general population. Decentralization was categorised as full (testing and treatment at same site), partial (testing at decentralised site and referral elsewhere for treatment), or none. Task-shifting was categorised as treatment by specialists- or non-specialists. Data were pooled using random-effects metaanalysis. Findings: We included 139 studies from 34 countries (20 from low- and middle-income countries). Among PWID and people in prisons, full compared to partial or no decentralization had higher testing uptake, linkage to care and treatment, and comparable high SVR rates. The general population results were more heterogenous. In all populations, task-shifting of care and treatment to non-specialists showed similar SVR12 rates as treatment delivered by specialists. Interpretation: Decentralization of care to primary-care or harm-reduction sites and task-shifting of care and treatment to non-specialists achieved high levels of treatment cure across a range of populations and settings. These findings provide strong support for the adoption of these approaches in national HCV programmes.

Bevindingen: We hebben 139 onderzoeken uit 34 landen (20 uit lage- en middeninkomenslanden) opgenomen. Onder PWID en mensen in gevangenschappen had volledig vergeleken met gedeeltelijke of geen decentralisatie een hogere testopname, koppeling met zorg en behandeling en vergelijkbare hoge SVR-percentages. De resultaten van de algemene bevolking waren heterogener. In alle populaties vertoonden taakverschuiving van zorg en behandeling naar niet-specialisten vergelijkbare SVR12-percentages als behandeling door specialisten.

Interpretatie: Decentralisatie van zorg naar eerstelijnszorg of schadebeperkende locaties en taakverschuiving van zorg en behandeling naar niet-specialisten zorgden voor een hoog niveau van behandelingsgenezing in een reeks populaties en omgevingen. Deze bevindingen bieden sterke ondersteuning voor de toepassing van deze benaderingen in nationale HCV-programma's.

Federspiel, F., et al., Global surgical, obstetric, and anesthetic task shifting: A systematic literature review. *Surgery*, 2018. 164(3): p. 553-558.

Background: Five billion people lack access to safe, affordable, and timely surgical care; this is in part driven by severe shortages in the global surgical workforce. Task shifting is commonly implemented to expand the surgical workforce. A more complete understanding of the global distribution and use of surgical, obstetric, and anesthetic task shifting is lacking

in the literature. We aimed to document the use of task shifting worldwide with a systematic review of the literature. Methods: We performed a systematic review of 10 health literature databases. We included journal articles published between January 1, 1995, and February 17, 2017, documenting the provision of surgical or anesthetic care by associate clinicians (any non-physician clinician). We extracted data for health cadres performing task shifting, types of tasks performed, training programs, and levels of supervision, and compared these across regions and income groups. Results: We identified 55 relevant studies, with data for 52 countries for surgery and 147 countries for anesthesia. Surgical task shifting was documented in 19 of 52 countries and anesthetic task shifting in 119 of 147. Task shifting was documented across all World Bank income groups. No associate clinicians were found to perform surgical procedures unsupervised in high-income countries (0 of 3 countries with data). Independent anesthesia care by associate clinicians was noted in 3 of 19 countries with data. In low-income countries, associate clinicians performed surgical procedures independently in 2 of 3 countries and independent anesthesia care in 17 of 17 countries with data. Conclusion: Task shifting is used to augment the global surgical, obstetric, and anesthetic workforce across all geographic regions and income groups. Associate clinicians are ubiquitous among the global surgical workforce and should be considered in plans to scale up the surgical workforce. Further research is required to assess outcomes, especially in low-income and middle-income countries where documented supervision is less robust.

Resultaten: We identificeerden 55 relevante onderzoeken, met gegevens voor 52 landen voor chirurgie en 147 landen voor anesthesie. Chirurgische taakverschuiving werd gedocumenteerd in 19 van de 52 landen en anesthesische taakverschuiving in 119 van 147. Taakverschuiving werd gedocumenteerd in alle inkomensgroepen van de Wereldbank. In landen met hoge inkomens (0 van de 3 landen met gegevens) bleken geen geassocieerde klinici chirurgische ingrepen zonder toezicht uit te voeren. Onafhankelijke anesthesiezorg door geassocieerde klinici werd genoteerd in 3 van de 19 landen met gegevens. In lage-inkomenslanden voerden geassocieerde klinici chirurgische ingrepen zelfstandig uit in 2 van de 3 landen en onafhankelijke anesthesiezorg in 17 van de 17 landen met gegevens.

Conclusie: Taakverschuiving wordt gebruikt om het wereldwijde chirurgische, verloskundige en anesthesische personeelsbestand in alle geografische regio's en inkomensgroepen te vergroten. Associate klinici zijn alomtegenwoordig onder het wereldwijde chirurgische personeel en moeten in overweging worden genomen bij plannen om het chirurgische personeelsbestand uit te breiden. Verder onderzoek is nodig om de uitkomsten te beoordelen, vooral in lage- en middeninkomenslanden waar gedocumenteerd toezicht minder robuust is.

Gielen, S.C., et al., The effects of nurse prescribing: a systematic review. *Int J Nurs Stud*, 2014. 51(7): p. 1048-61.

Background: In 2008, we conducted a systematic review on the effects of nurse prescribing using studies with a comparative design. In view of the growing number of countries that are introducing nurse prescribing and the fact that several studies into nurse prescribing have been conducted recently, there is a need for an updated review to reassess the available information on the effects of nurse prescribing when compared to physician prescribing.

Objective: To identify, appraise and synthesise the evidence on the effects of nurse prescribing when compared to physician prescribing on the quantity and types of medication prescribed and on patient outcomes.

Design: A systematic review.

Data sources: In addition to the previous review, which covered the literature up to 2005, 11 literature databases and four websites were searched for relevant studies from January

2006 up to January 2012 without limitations as to language or country. Moreover, full-text copies of all studies included in the previous review were reviewed.

Review methods: A three-stage inclusion process, consisting of an initial sifting, checking full-text papers for inclusion criteria and methodological assessment, was performed independently by two reviewers. Data on effects were synthesised using narrative and tabular methods.

Results: Thirty-five studies met the inclusion criteria. All but five studies had a high risk of bias. Nurses prescribe in comparable ways to physicians. They prescribe for equal numbers of patients and prescribe comparable types and doses of medicines. Studies comparing the total amount of medication prescribed by nurses and doctors show mixed results. There appear to be few differences between nurses and physicians in patient health outcomes: clinical parameters were the same or better for treatment by nurses, perceived quality of care was similar or better and patients treated by nurses were just as satisfied or more satisfied.

Conclusions: The effects of nurse prescribing on medication and patient outcomes seem positive when compared to physician prescribing. However, conclusions must remain tentative due to methodological weaknesses in this body of research. More randomised controlled designs in the field of nurse prescribing are required for definitive conclusions about the effects of nurse prescribing.

Resultaten: 35 studies voldeden aan de inclusiecriteria. Op vijf na hadden alle onderzoeken een hoog risico op vertekening. Verpleegkundigen schrijven op vergelijkbare manieren voor als artsen. Ze schrijven voor evenveel patiënten voor en schrijven vergelijkbare soorten en doses medicijnen voor. Studies die de totale hoeveelheid door verpleegkundigen en artsen voorgeschreven medicatie vergelijken, laten gemengde resultaten zien. Er lijken weinig verschillen te zijn tussen verpleegkundigen en artsen in de gezondheidsresultaten van patiënten: de klinische parameters waren gelijk of beter voor de behandeling door verpleegkundigen, de ervaren kwaliteit van de zorg was vergelijkbaar of beter en de door verpleegkundigen behandelde patiënten waren even tevreden of meer tevreden.

Conclusies: De effecten van voorschrijven door verpleegkundigen op medicatie en uitkomsten voor de patiënt lijken positief in vergelijking met voorschrijven door artsen. De conclusies moeten echter voorlopig blijven vanwege methodologische tekortkomingen in dit onderzoek. Voor definitieve conclusies zijn meer gerandomiseerde gecontroleerde ontwerpen op het gebied van voorschrijven door verpleegkundigen nodig over de effecten van voorschrijven door verpleegkundigen.

Graham-Clarke, E., et al., Facilitators and barriers to non-medical prescribing - A systematic review and thematic synthesis. *PLoS One*, 2018. 13(4): p. e0196471.

Introduction: Non-medical prescribing has the potential to deliver innovative healthcare within limited finances. However, uptake has been slow, and a proportion of non-medical prescribers do not use the qualification. This systematic review aimed to describe the facilitators and barriers to non-medical prescribing in the United Kingdom.

Methods: The systematic review and thematic analysis included qualitative and mixed methods papers reporting facilitators and barriers to independent non-medical prescribing in the United Kingdom. The following databases were searched to identify relevant papers: AMED, ASSIA, BNI, CINAHL, EMBASE, ERIC, MEDLINE, Open Grey, Open access theses and dissertations, and Web of Science. Papers published between 2006 and March 2017 were included. Studies were quality assessed using a validated tool (QATSDD), then underwent thematic analysis. The protocol was registered with PROSPERO (CRD42015019786).

Results: Of 3991 potentially relevant identified studies, 42 were eligible for inclusion. The studies were generally of moderate quality (83%), and most (71%) were published 2007±2012. The nursing profession dominated the studies (30/42). Thematic analysis identified three overarching themes: non-medical prescriber, human factors, and organisational aspects. Each theme consisted of several sub-themes; the four most highly mentioned were 'medical professionals', 'area of competence', 'impact on time' and 'service'. Sub-themes were frequently interdependent on each other, having the potential to act as a barrier or facilitator depending on circumstances.

Discussion: Addressing the identified themes and subthemes enables strategies to be developed to support and optimise non-medical prescribing. Further research is required to identify if similar themes are encountered by other non-medical prescribing groups than nurses and pharmacists.

Resultaten: Van de 3991 potentieel relevante geïdentificeerde onderzoeken kwamen er 42 in aanmerking voor opname. De onderzoeken waren over het algemeen van matige kwaliteit (83%) en de meeste (71%) werden gepubliceerd in 2007 ± 2012. De verpleging beroep domineerde de studies (30/42). Thematische analyse identificeerde drie overkoepelende thema's: niet-medische voorschrijver, menselijke factoren en organisatorische aspecten. Elk thema bestond uit meerdere subthema's; de vier meest genoemde waren "medische professionals", "competentiegebied", "impact op tijd" en "service". Subthema's waren vaak van elkaar afhankelijk en hadden het potentieel om afhankelijk van de omstandigheden als barrière of facilitator te fungeren.

Discussie: Door de geïdentificeerde thema's en subthema's aan te pakken, kunnen strategieën worden ontwikkeld om niet-medisch voorschrijven te ondersteunen en te optimaliseren. Verder onderzoek is nodig om vast te stellen of vergelijkbare thema's worden aangetroffen door andere niet-medische voorschrijvende groepen dan verpleegkundigen en apothekers.

Graham-Clarke, E., et al., Non-medical prescribing in the United Kingdom National Health Service: A systematic policy review. *PLoS One*, 2019. 14(7): p. e0214630.

Introduction: Non-medical prescribing was introduced into the United Kingdom (UK) to improve patient care, through extending healthcare professionals' roles. More recent government health

service policy focuses on the increased demand and the need for efficiency. This systematic policy review aimed to describe any changes in government policy position and the role that non-medical prescribing plays in healthcare provision.

Method: The systematic policy review included policy and consultation documents that describe independent non-medical prescribing. A pre-defined protocol was registered with PROSPERO (CRD42015019786). Professional body websites, other relevant websites and the following databases were searched to identify relevant documents: HMIC, Lexis Nexis, UK Government Web Archive, UKOP, UK Parliamentary Papers and Web of Science. Documents published between 2006 and February 2018 were included.

Results and discussion: Following exclusions, 45 documents were selected for review; 23 relating to policy or strategy and 22 to consultations. Of the former, 13/23 were published 2006–2010 and the remainder since 2013. Two main themes were identified: chronological aspects and healthcare provision. In the former, a publication gap for policy documents resulted from a change in government and associated major healthcare service reorganisation. In the later, the role of non-medical prescribing was found to have evolved to support efficient service delivery, and cost reduction. For many professions, prescribing appears embedded into practice; however, the pharmacy profession continues to produce policy documents, suggesting that prescribing is not yet perceived as normal practice.

Conclusion: Prescribing appears to be more easily adopted into practice where it can form part of the overall care of the patient. Where new roles are required to be established, then prescribing takes longer to be universally adopted. While this review concerns policy and practice in the UK, the aspect of role adoption has wider potential implications.

Resultaten en bespreking: na uitsluitingen werden 45 documenten geselecteerd voor beoordeling; 23 met betrekking tot beleid of strategie en 22 met consultaties. Van de eerste werden 13/23 gepubliceerd in 2006–2010 en de rest sinds 2013. Twee hoofdthema's werden geïdentificeerd: chronologische aspecten en zorgverlening. In het eerste geval was een publicatiekloof voor beleidsdocumenten het gevolg van een regeringswisseling en de daarmee gepaard gaande grote reorganisatie van de gezondheidszorg. In het laatste geval bleek de rol van niet-medisch voorschrijven te zijn geëvolueerd om efficiënte dienstverlening en kostenreductie te ondersteunen. Voor veel beroepen lijkt voorschrijven in de praktijk ingebed; de apotheek blijft echter beleidsdocumenten produceren, wat suggereert dat voorschrijven nog niet als normaal wordt gezien.

Conclusie: voorschrijven lijkt gemakkelijker in de praktijk te worden toegepast wanneer het deel kan uitmaken van de gehele zorg voor de patiënt. Waar nieuwe rollen moeten worden gecreëerd, duurt het langer voordat het voorschrijven universeel wordt aangenomen. Hoewel deze beoordeling betrekking heeft op het beleid en de praktijk in het VK, heeft het aspect van rolaanname grotere potentiële implicaties.

Hall, B.J., et al., Barriers and Facilitators to Interventions Improving Retention in HIV Care: A Qualitative Evidence Meta-Synthesis. *AIDS Behav*, 2017. 21(6): p. 1755-1767.

Retention in HIV care is vital to the HIV care continuum. The current review aimed to synthesize qualitative research to identify facilitators and barriers to HIV retention in care interventions. A qualitative evidence meta-synthesis utilizing thematic analysis. Prospective review registration was made in PROSPERO and review procedures adhered to PRISMA guidelines. Nineteen databases were searched to identify qualitative research conducted with individuals living with HIV and their caregivers. Quality assessment was conducted using CASP and the certainty of the evidence was evaluated using CERQual. A total of 4419 citations were evaluated and 11 were included in the final meta-synthesis. Two studies were from high-income countries, 3 from middle-income countries, and 6 from low-income countries.

A total of eight themes were identified as facilitators or barriers for retention in HIV care intervention: (1) Stigma and discrimination, (2) Fear of HIV status disclosure, (3) task shifting to lay health workers, (4) Human resource and institutional challenges, (5) Mobile Health (mHealth), (6) Family and friend support, (7) Intensive case management, and, (8) Relationships with caregivers. The current review suggests that task shifting interventions with lay health workers were feasible and acceptable. mHealth interventions and stigma reduction interventions appear to be promising interventions aimed at improving retention in HIV care. Future studies should focus on improving the evidence base for these interventions. Additional research is needed among women and adolescents who were under-represented in retention interventions.

In totaal werden acht thema's geïdentificeerd als facilitatoren of belemmeringen voor retentie bij hiv-zorginterventie: (1) stigma en discriminatie, (2) angst voor openbaarmaking van de hiv-status, (3) taakverschuiving naar lekengezondheidswerkers, (4) menselijk potentieel en institutionele uitdagingen, (5) mobiele gezondheid (mHealth), (6)

ondersteuning van familie en vrienden, (7) intensief casemanagement en, (8) relaties met zorgverleners. De huidige review suggereert dat taakverschuivende interventies met niet-professionele gezondheidswerkers haalbaar en acceptabel waren. mHealth-interventies en stigmatiseringsinterventies lijken veelbelovende interventies gericht op het verbeteren van de retentie in de hiv-zorg. Toekomstige studies zouden zich moeten richten op het verbeteren van de wetenschappelijke basis voor deze interventies. Er is aanvullend onderzoek nodig onder vrouwen en adolescenten die ondervertegenwoordigd waren in retentie-interventies.

Hopkins, U., et al., The effectiveness of delegation interventions by the registered nurse to the unlicensed assistive personnel and their impact on quality of care, patient satisfaction, and RN staff satisfaction: a systematic review. *JBI Libr Syst Rev*, 2012. 10(15): p. 895-934.

Background: Delegation by the registered nurse is a decision making process that includes assessment, planning, implementation, and evaluation. Due to an ever-expanding global shortage of nurses, registered nurses are increasingly dependent on unlicensed assistive personnel to assist in the provision of safe patient care. Delegation is recognised as a fundamental nursing skill that can be utilised effectively to improve quality care.

Objective: To examine and synthesize the best available evidence regarding the impact of delegation interventions used by the registered nurse with the unlicensed assistive personnel and their impact on quality of care, patient satisfaction, and registered nurse staff satisfaction.

Types of participants: Registered nurses and unlicensed assistive personnel in patient care settings where delegation occurs.

Types of interventions: This review considered studies that evaluated the effectiveness of delegation interventions by registered nurses to unlicensed assistive personnel.

Types of Outcomes: The outcomes examined were quality of care, patient satisfaction, and/or registered nurse staff satisfaction as measured by validated and reliable tools.

Types of Studies: The review first considered randomised controlled trials; in their absence other research designs, such as non-randomised controlled trials, or other quasi-experimental studies, observational studies and descriptive studies were considered for inclusion in the systematic review.

Search Strategy: The search strategy aimed to find both published and unpublished studies in the English language from the inception of the included databases through December 2011. The databases searched included the Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), EMBASE, MEDLINE, CINAHL, Healthsource Nursing/Academic edition, and PsycINFO. A search of the grey literature and electronic hand searching of relevant journals was also performed.

Methodological Quality: The studies selected for retrieval were critically evaluated by two independent reviewers for methodological quality using standardised critical appraisal instruments from the Joanna Briggs Institute.

Data Collection: Data were extracted using standardised data extraction instruments from the Joanna Briggs Institute.

Data Synthesis: Studies were found to have significant heterogeneity between the populations and interventions of the included studies; therefore, pooled statistical meta-analysis could not be completed. The findings are presented in narrative form.

Results: Two quasi-experimental studies were identified. In one study, the women counselled by the lay nurse aides received 80% of recommended messages compared to 75% received by the women counselled by the nurse-midwives ($\beta = 4.7$, 95%CI: -1.7, 11.0; Non-inferiority). Non-inferiority was demonstrated between the lay nurse aides and the nurse-midwives with respect to communication techniques. The mean performance was high, 95% and 98% among nurse-midwives and lay nurse aides respectively ($\beta = 2.4$, 95%CI: -0.2, 5.0; Non-inferiority). No difference was found between the nurse-midwives and the lay nurse aides in providing antenatal counselling, education, and maternal-newborn care when proper training and supervision was given. The other study examined six hypotheses that looked at quality of care outcomes in a care model where the registered nurse delegated tasks to unlicensed assistive personnel. Five of these outcomes showed no significant improvement as a result of the intervention. Patient knowledge about intravenous therapy was the only quality of care outcome that showed improvement postintervention with scores increasing from 27% at baseline to 78% at 12 months. There was no improvement in the one hypothesis evaluating registered nurses job satisfaction.

Conclusions: There is a paucity of evidence on the effectiveness of delegation interventions and strategies by registered

nurses to unlicensed assistive personnel. Delegation interventions require characteristics such as teamwork, training, support, supervision, communication, and evaluation to positively impact quality of care, patient satisfaction, and registered nurse staff satisfaction outcomes.

Implications for practice

Task shifting could have a positive impact on quality of care and staff satisfaction while providing the registered nurse with an opportunity to increase efficiency.

Implications for research

The areas of feedback and evaluation in the registered nurse / unlicensed assistive personnel relationship needs further study.

Resultaten: Er werden twee quasi-experimentele onderzoeken geïdentificeerd. In één onderzoek ontvingen de vrouwen die werden begeleid door de lekenverpleegkundigen 80% van de aanbevolen berichten vergeleken met 75% die werd ontvangen door de vrouwen die werden begeleid door de verpleegkundig-vroedvrouwen ($\beta = 4,7$, 95% BI: -1,7, 11,0; non-inferioriteit). Er werd non-inferioriteit aangetoond tussen de lekenassistenten en de verpleegkundige-vroedvrouwen met betrekking tot: communicatietechnieken. De gemiddelde prestatie was hoog, 95% en 98% onder respectievelijk kinderverzorgsters en lekenverpleegkundigen ($\beta = 2,4$, 95% BI: -0,2, 5,0; non-inferioriteit). Er werd geen verschil gevonden tussen de verpleegkundige-verloskundigen en de lekenverpleegkundige assistenten bij het verstrekken van prenatale counseling, onderwijs en zorg voor moeders en pasgeborenen wanneer de juiste training en supervisie werd gegeven. De andere studie onderzocht zes hypothesen die keken naar de kwaliteit van de zorgresultaten in een zorgmodel waarbij de geregistreerde verpleegkundige taken delegerde aan hulpverleners zonder vergunning. Vijf van deze uitkomsten lieten geen significante verbetering zien als gevolg van de interventie. De kennis van patiënten over intraveneuze therapie was het enige resultaat van de kwaliteit van de zorg dat verbetering liet zien na de interventie met scores die toenamen van 27% bij aanvang tot 78% na 12 maanden. Er was geen verbetering in de enige hypothese die de arbeidstevredenheid van geregistreerde verpleegkundigen beoordeelt.

Conclusies: Er is een gebrek aan bewijs over de effectiviteit van delegatie-interventies en -strategieën door geregistreerde verpleegkundigen aan niet-erkend ondersteunend personeel. Delegatie-interventies vereisen kenmerken zoals teamwork, training, ondersteuning, supervisie, communicatie en evaluatie om een positieve invloed te hebben op de kwaliteit van de zorg, de patiënttevredenheid en de resultaten van de geregistreerde verpleegkundige tevredenheid.

Implicaties voor de praktijk

Taakverschuiving kan een positieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorg en de tevredenheid van het personeel, terwijl het de geregistreerde verpleegkundige de mogelijkheid biedt om de efficiëntie te verhogen.

Implicaties voor onderzoek

De gebieden van feedback en evaluatie in de relatie tussen geregistreerde verpleegkundige en assistent-personeel zonder vergunning moeten nader worden onderzocht.

Jebara, T., et al., Stakeholders' views and experiences of pharmacist prescribing: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol*, 2018. 84(9): p. 1883-1905.

AIMS: The aims of this systematic review were to: (1) critically appraise, synthesize and present the available evidence on the views and experiences of stakeholders on pharmacist prescribing and; (2) present the perceived facilitators and barriers for its global implementation.

METHODS: Medline, CINAHL, International Pharmaceutical Abstracts, PsychArticles and Google Scholar databases were searched. Study selection, quality assessment and data extraction were conducted independently by two reviewers. A narrative approach to data synthesis was undertaken due to heterogeneity, the nature of study types and outcome measures.

RESULTS: Sixty-five studies were identified, mostly from the UK ($n = 34$), followed by Australia ($n = 13$), Canada ($n = 6$) and USA ($n = 5$). Twenty-seven studies reported pharmacists' perspectives, with fewer studies focusing on patients' ($n = 12$), doctors' ($n = 6$), the general public's ($n = 4$), nurses' ($n = 1$), policymakers' ($n = 1$) and multiple stakeholders' ($n = 14$) perspectives. Most reported positive experiences and views, regardless of stage of implementation. The main benefits described were: ease of patient access to healthcare services, improved patient outcomes, better use of pharmacists' skills and knowledge, improved pharmacist job satisfaction, and reduced physician workload. Any lack of support for pharmacist prescribing was largely in relation to: accountability for prescribing, limited pharmacist diagnosis skills, lack of access to

patient clinical records, and issues concerning organizational and financial support.

CONCLUSION: There is an accumulation of global evidence of the positive views and experiences of diverse stakeholder groups and their perceptions of facilitators and barriers to pharmacist prescribing. There are, however, organizational issues to be tackled which may otherwise impede the implementation and sustainability of pharmacist prescribing.

RESULTATEN: 65 onderzoeken werden geïdentificeerd, voornamelijk uit het VK (n = 34), gevolgd door Australië (n = 13), Canada (n = 6) en de VS (n = 5). Zevenentwintig studies rapporteerden de perspectieven van apothekers, met minder studies gericht op patiënten '(n = 12), artsen' (n = 6), het algemene publiek (n = 4), verpleegkundigen '(n = 1), beleidsmakers' (n = 1) en de perspectieven van meerdere belanghebbenden (n = 14). De meesten rapporteerden positieve ervaringen en standpunten, ongeacht het stadium van uitvoering. De belangrijkste voordelen die werden beschreven waren: gemakkelijke toegang voor patiënten tot gezondheidszorg, betere resultaten voor de patiënt, beter gebruik van de vaardigheden en kennis van apothekers, verbeterde werktevredenheid voor apothekers en verminderde werkdruk voor artsen. Het gebrek aan ondersteuning voor het voorschrijven door apothekers had grotendeels te maken met: verantwoordelijkheid voor het voorschrijven, beperkte diagnosevaardigheden van apothekers, gebrek aan toegang tot klinische dossiers van patiënten en kwesties met betrekking tot organisatorische en financiële ondersteuning.

CONCLUSIE: Er is een opeenstapeling van wereldwijd bewijs van de positieve opvattingen en ervaringen van diverse groepen belanghebbenden en hun perceptie van facilitatoren en belemmeringen voor het voorschrijven van apothekers. Er zijn echter organisatorische problemen die moeten worden aangepakt die anders de implementatie en duurzaamheid van het voorschrijven van apothekers kunnen belemmeren.

Karimi-Shahanjarini, A., et al., Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2019. 4: p. Cd010412.

Background: Having nurses take on tasks that are typically conducted by doctors (doctor-nurse substitution, a form of 'task-shifting') may help to address doctor shortages and reduce doctors' workload and human resource costs. A Cochrane Review of effectiveness studies suggested that nurse-led care probably leads to similar healthcare outcomes as care delivered by doctors. This finding highlights the need to explore the factors that affect the implementation of strategies to substitute doctors with nurses in primary care. In our qualitative evidence synthesis (QES), we focused on studies of nurses taking on tasks that are typically conducted by doctors working in primary care, including substituting doctors with nurses or expanding nurses' roles.

Objectives: (1) To identify factors influencing implementation of interventions to substitute doctors with nurses in primary care. (2) To explore how our synthesis findings related to, and helped to explain, the findings of the Cochrane intervention review of the effectiveness of substituting doctors with nurses. (3) To identify hypotheses for subgroup analyses for future updates of the Cochrane intervention review.

Search methods: We searched CINAHL and PubMed, contacted experts in the field, scanned the reference lists of relevant studies and conducted forward citation searches for key articles in the Social Science Citation Index and Science Citation Index databases, and 'related article' searches in PubMed.

Selection criteria: We constructed a maximum variation sample (exploring variables such as country level of development, aspects of care covered and the types of participants) from studies that had collected and analysed qualitative data related to the factors influencing implementation of doctor-nurse substitution and the expansion of nurses' tasks in community or primary care worldwide. We included perspectives of doctors, nurses, patients and their families/carers, policymakers, programme managers, other health workers and any others directly involved in or affected by the substitution. We excluded studies that collected data using qualitative methods but did not analyse the data qualitatively.

Data collection and analysis: We identified factors influencing implementation of doctor-nurse substitution strategies using a framework thematic synthesis approach. Two review authors independently assessed the methodological strengths and limitations of included studies using a modified Critical Appraisal Skills Programme (CASP) tool. We assessed confidence in the evidence for the QES findings using the GRADE-CERQual approach. We integrated our findings with the evidence from the effectiveness review of doctor-nurse substitution using a matrix model. Finally, we identified hypotheses for subgroup analyses for updates of the review of effectiveness.

Main results: We included 66 studies (69 papers), 11 from low- or middle-income countries and 55 from high-income countries. These studies found several factors that appeared to influence the implementation of doctor-nurse substitution strategies. The following factors were based on findings that we assessed as moderate or high confidence. Patients in many

studies knew little about nurses' roles and the difference between nurse-led and doctor-led care. They also had mixed views about the type of tasks that nurses should deliver. They preferred doctors when the tasks were more 'medical' but accepted nurses for preventive care and follow-ups. Doctors in most studies also preferred that nurses performed only 'non-medical' tasks. Nurses were comfortable with, and believed they were competent to deliver a wide range of tasks, but particularly emphasised tasks that were more health promotive/preventive in nature.

Patients in most studies thought that nurses were more easily accessible than doctors. Doctors and nurses also saw nurse-doctor substitution and collaboration as a way of increasing people's access to care, and improving the quality and continuity of care. Nurses thought that close doctor-nurse relationships and doctor's trust in and acceptance of nurses was important for shaping their roles. But nurses working alone sometimes found it difficult to communicate with doctors.

Nurses felt they had gained new skills when taking on new tasks. But nurses wanted more and better training. They thought this would increase their skills, job satisfaction and motivation, and would make them more independent. Nurses taking on doctors' tasks saw this as an opportunity to develop personally, to gain more respect and to improve the quality of care they could offer to patients. Better working conditions and financial incentives also motivated nurses to take on new tasks.

Doctors valued collaborating with nurses when this reduced their own workload. Doctors and nurses pointed to the importance of having access to resources, such as enough staff, equipment and supplies; good referral systems; experienced leaders; clear roles; and adequate training and supervision. But they often had problems with these issues. They also pointed to the huge number of documents they needed to complete when tasks were moved from doctors to nurses.

Authors' conclusions: Patients, doctors and nurses may accept the use of nurses to deliver services that are usually delivered by doctors. But this is likely to depend on the type of services. Nurses taking on extra tasks want respect and collaboration from doctors; as well as proper resources; good referral systems; experienced leaders; clear roles; and adequate incentives, training and supervision. However, these needs are not always met.

Belangrijkste resultaten: We hebben 66 onderzoeken (69 papers) opgenomen, 11 uit lage- of middeninkomenslanden en 55 uit hoge-inkomenslanden. Deze studies vonden verschillende factoren die de implementatie van arts-verpleegkundige substitutiestrategieën leken te beïnvloeden. De volgende factoren waren gebaseerd op bevindingen die we als matig of hoog betrouwbaar beoordeelden. Patiënten in veel onderzoeken wisten weinig van de rol van verpleegkundige en het verschil tussen door verpleegkundigen geleide en door artsen geleide zorg. Ze hadden ook gemengde opvattingen over het soort taken dat verpleegkundigen zouden moeten uitvoeren. Ze gaven de voorkeur aan artsen als de taken meer 'medisch' waren, maar accepteerden verpleegkundigen voor preventieve zorg en follow-up. Artsen in de meeste onderzoeken gaven er ook de voorkeur aan dat verpleegkundigen alleen 'niet-medische' taken uitvoerden. Verpleegkundigen voelden zich op hun gemak bij en waren van mening dat ze bekwaam waren om een breed scala aan taken uit te voeren, maar legden vooral de nadruk op taken die meer gezondheidsbevorderend / preventief van aard waren.

Patiënten in de meeste onderzoeken dachten dat verpleegkundigen gemakkelijker toegankelijk waren dan artsen. Artsen en verpleegkundigen zagen ook vervanging en samenwerking van arts-verpleegkundigen als een manier om de toegang van mensen tot zorg te vergroten en de kwaliteit en continuïteit van de zorg te verbeteren. Verpleegkundigen dachten dat hechte arts-verpleegkundige relaties en het vertrouwen van de arts in en de acceptatie van verpleegkundigen belangrijk waren voor het vormgeven van hun rol. Maar verpleegsters die alleen werkten, vonden het soms moeilijk om met artsen te communiceren. Verpleegkundigen voelden dat ze nieuwe vaardigheden hadden opgedaan bij het aannemen van nieuwe taken. Maar verpleegsters wilden meer en betere opleiding. Ze dachten dat dit hun vaardigheden, arbeidsvreugde en motivatie zou vergroten en hen onafhankelijker zou maken. Verpleegkundigen die de taken van artsen op zich namen, zagen dit als een kans om zich persoonlijk te ontwikkelen, meer respect te krijgen en de kwaliteit van de zorg die ze aan patiënten konden bieden te verbeteren. Betere arbeidsomstandigheden en financiële prikkels motiveerden verpleegkundigen ook om nieuwe taken op zich te nemen. Artsen waardeerden de samenwerking met verpleegkundigen als dit hun eigen werkdruk verminderde. Artsen en verpleegkundigen wezen op het belang van toegang tot middelen, zoals voldoende personeel, apparatuur en voorraden; goede verwijzingssystemen; ervaren leiders; duidelijke rollen; en adequate training en supervisie. Maar ze hadden vaak problemen met deze problemen. Zij ook wees op het enorme aantal documenten dat ze nodig hadden om te voltooien wanneer taken werden verplaatst van artsen naar verpleegsters.

Conclusies van de auteurs: Patiënten, artsen en verpleegkundigen kunnen het gebruik van verpleegkundigen aanvaarden om diensten te verlenen die gewoonlijk door artsen worden verleend. Maar dit is waarschijnlijk afhankelijk van het soort

services. Verpleegkundigen die extra taken op zich nemen, willen respect en medewerking van artsen; evenals de juiste middelen; goede verwijzingsystemen; ervaren leiders; duidelijke rollen; en adequate prikkels, training en supervisie. Aan deze behoeften wordt echter niet altijd voldaan.

Kroezen, M., et al., Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res*, 2011. 11: p. 127.

Background: A growing number of countries are introducing some form of nurse prescribing. However, international reviews concerning nurse prescribing are scarce and lack a systematic and theoretical approach. The aim of this review was twofold: firstly, to gain insight into the scientific and professional literature describing the extent to and the ways in which nurse prescribing has been realised or is being introduced in Western European and Anglo-Saxon countries; secondly, to identify possible mechanisms underlying the introduction and organisation of nurse prescribing on the basis of Abbott's theory on the division of professional labor.

Methods: A comprehensive search of six literature databases and seven websites was performed without any limitation as to date of publication, language or country. Additionally, experts in the field of nurse prescribing were consulted. A three stage inclusion process, consisting of initial sifting, more detailed selection and checking full-text publications, was performed independently by pairs of reviewers. Data were synthesized using narrative and tabular methods.

Results: One hundred and twenty-four publications met the inclusion criteria. So far, seven Western European and Anglo-Saxon countries have implemented nurse prescribing of medicines, viz., Australia, Canada, Ireland, New Zealand, Sweden, the UK and the USA. The Netherlands and Spain are in the process of introducing nurse prescribing. A diversity of external and internal forces has led to the introduction of nurse prescribing internationally. The legal, educational and organizational conditions under which nurses prescribe medicines vary considerably between countries; from situations where nurses prescribe independently to situations in which prescribing by nurses is only allowed under strict conditions and supervision of physicians.

Conclusions: Differences between countries are reflected in the jurisdictional settlements between the nursing and medical professions concerning prescribing. In some countries, nurses share (full) jurisdiction with the medical profession, whereas in other countries nurses prescribe in a subordinate position. In most countries the jurisdiction over prescribing remains predominantly with the medical profession. There seems to be a mechanism linking the jurisdictional settlements between professions with the forces that led to the introduction of nurse prescribing. Forces focussing on efficiency appear to lead to more extensive prescribing rights.

Resultaten: Honderdvierentwintig publicaties voldeden aan de inclusiecriteria. Tot dusver hebben zeven West-Europese en Angelsaksische landen het voorschrijven van medicijnen door verpleegkundigen ingevoerd, namelijk Australië, Canada, Ierland, Nieuw-Zeeland, Zweden, het VK en de VS. Nederland en Spanje zijn bezig met de introductie van voorschrijven door verpleegkundigen. Een diversiteit aan externe en interne krachten heeft geleid tot de introductie van internationaal voorschrijven door verpleegkundigen. De juridische, educatieve en organisatorische voorwaarden waaronder verpleegkundigen medicijnen voorschrijven, verschillen aanzienlijk van land tot land; van situaties waarin verpleegkundigen zelfstandig voorschrijven tot situaties waarin voorschrijven door verpleegkundigen alleen onder strikte voorwaarden en onder toezicht van artsen is toegestaan.

Conclusies: Verschillen tussen landen worden weerspiegeld in de jurisdictie tussen de verpleegkundige en medische beroepen met betrekking tot voorschrijven. In sommige landen delen verpleegkundigen (volledige) jurisdictie met de medische professie, terwijl in andere landen verpleegkundigen voorschrijven in een ondergeschikte positie. In de meeste landen blijft de bevoegdheid inzake voorschrijven overwegend bij de medische beroepsgroep. Er lijkt een mechanisme te zijn dat de jurisdictie tussen beroepen koppelt aan de krachten die hebben geleid tot de introductie van voorschrijven door verpleegkundigen. Op efficiëntie gerichte krachten lijken te leiden tot uitgebreidere voorschrijfrechten.

Laurant, M., et al., Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(7).

Background: Current and expected problems such as ageing, increased prevalence of chronic conditions and multi-morbidity, increased emphasis on healthy lifestyle and prevention, and substitution for care from hospitals by care provided in the community encourage countries worldwide to develop new models of primary care delivery. Owing to the fact that many tasks do not necessarily require the knowledge and skills of a doctor, interest in using nurses to expand the capacity of the primary care workforce is increasing. Substitution of nurses for doctors is one strategy used to improve access, efficiency, and quality of care. This is the first update of the Cochrane review published in 2005.

Objectives: Our aim was to investigate the impact of nurses working as substitutes for primary care doctors on:

- patient outcomes; • processes of care; and • utilisation, including volume and cost.

Search methods: We searched the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), part of the Cochrane Library (www.cochranelibrary.com), as well as MEDLINE, Ovid, and the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) and EbscoHost (searched 20.01.2015). We searched for grey literature in the Grey Literature Report and OpenGrey (21.02.2017), and we searched the International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) and ClinicalTrials.gov trial registries (21.02.2017). We did a cited reference search for relevant studies (searched 27.01.2015) and checked reference lists of all included studies. We reran slightly revised strategies, limited to publication years between 2015 and 2017, for CENTRAL, MEDLINE, and CINAHL, in March 2017, and we have added one trial to 'Studies awaiting classification'. Randomised trials evaluating the outcomes of nurses working as substitutes for doctors. The review is limited to primary healthcare services that provide first contact and ongoing care for patients with all types of health problems, excluding mental health problems. Studies which evaluated nurses supplementing the work of primary care doctors were excluded. Two review authors independently carried out data extraction and assessment of risk of bias of included studies. When feasible, we combined study results and determined an overall estimate of the effect. We evaluated other outcomes by completing a structured synthesis.

Main results: For this review, we identified 18 randomised trials evaluating the impact of nurses working as substitutes for doctors. One study was conducted in a middle-income country, and all other studies in high-income countries. The nursing level was often unclear or varied between and even within studies. The studies looked at nurses involved in first contact care (including urgent care), ongoing care for physical complaints, and follow-up of patients with a particular chronic conditions such as diabetes. In many of the studies, nurses could get additional support or advice from a doctor. Nurse-doctor substitution for preventive services and health education in primary care has been less well studied. Study findings suggest that care delivered by nurses, compared to care delivered by doctors, probably generates similar or better health outcomes for a broad range of patient conditions (low- or moderate-certainty evidence):

- Nurse-led primary care may lead to slightly fewer deaths among certain groups of patients, compared to doctor-led care. However, the results vary and it is possible that nurse-led primary care makes little or no difference to the number of deaths (low-certainty evidence).
- Blood pressure outcomes are probably slightly improved in nurse-led primary care. Other clinical or health status outcomes are probably similar (moderate-certainty evidence).
- Patient satisfaction is probably slightly higher in nurse-led primary care (moderate-certainty evidence). Quality of life may be slightly higher (low-certainty evidence).

We are uncertain of the effects of nurse-led care on process of care because the certainty of this evidence was assessed as very low. The effect of nurse-led care on utilisation of care is mixed and depends on the type of outcome. Consultations are probably longer in nurse-led primary care (moderate-certainty evidence), and numbers of attended return visits are slightly higher for nurses than for doctors (high-certainty evidence). We found little or no difference between nurses and doctors in the number of prescriptions and attendance at accident and emergency units (high-certainty evidence). There may be little or no difference in the number of tests and investigations, hospital referrals and hospital admissions between nurses and doctors (low-certainty evidence). We are uncertain of the effects of nurse-led care on the costs of care because the certainty of this evidence was assessed as very low.

Authors' conclusions: This review shows that for some ongoing and urgent physical complaints and for chronic conditions, trained nurses, such as nurse practitioners, practice nurses, and registered nurses, probably provide equal or possibly even better quality of care compared to primary care doctors, and probably achieve equal or better health outcomes for patients. Nurses probably achieve higher levels of patient satisfaction, compared to primary care doctors. Furthermore, consultation length is probably longer when nurses deliver care and the frequency of attended return visits is probably slightly higher for nurses, compared to doctors. Other utilisation outcomes are probably the same. The effects of nurse-led care on process of care and the costs of care are uncertain, and we also cannot ascertain what level of nursing education leads to the best outcomes when nurses are substituted for doctors.

Conclusies van de auteurs: Uit dit onderzoek blijkt dat getrainde verpleegkundigen, zoals nurse practitioners, praktijkverpleegkundigen en geregistreerde verpleegkundigen, voor sommige aanhoudende en urgente lichamelijke klachten en voor chronische aandoeningen, waarschijnlijk dezelfde of mogelijk zelfs betere kwaliteit van zorg bieden in vergelijking met huisartsen. , en waarschijnlijk bereiken ze gelijke of betere gezondheidsresultaten voor patiënten. Verpleegkundigen behalen waarschijnlijk een hogere mate van patiënttevredenheid in vergelijking met huisartsen.

Bovendien is de consultatieduur waarschijnlijk langer wanneer verpleegkundigen zorg verlenen en is de frequentie van bijgewoonde nabezoeken waarschijnlijk iets hoger voor verpleegkundigen dan voor artsen. Andere benuttingsresultaten zijn waarschijnlijk hetzelfde. De effecten van verpleegkundig geleide zorg op het zorgproces en de zorgkosten zijn onzeker, en we kunnen ook niet vaststellen welk niveau van verpleegkundige opleiding tot de beste uitkomsten leidt wanneer verpleegkundigen worden vervangen door artsen.

Lovink MH et al., Effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians concerning healthcare for the ageing population: a systematic literature review. *J Adv Nurs*. 2017;73(9):2084-2102. doi:10.1111/jan.13299

To evaluate the effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians in long-term care facilities and primary healthcare for the ageing population (primary aim) and to describe what influences the implementation (secondary aim).

BACKGROUND: Healthcare for the ageing population is undergoing major changes and physicians face heavy workloads. A solution to guarantee quality and contain costs might be to substitute nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians.

DESIGN: A systematic literature review.

DATA SOURCES: PubMed, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, CENTRAL, Web of Science; searched January 1995-August 2015.

REVIEW METHODS: Study selection, data extraction and quality appraisal were conducted independently by two reviewers. Outcomes collected: patient outcomes, care provider outcomes, process of care outcomes, resource use outcomes, costs and descriptions of the implementation. Data synthesis consisted of a narrative summary.

RESULTS: Two studies used a randomized design and eight studies used other comparative designs. The evidence of the two randomized controlled trials showed no effect on approximately half of the outcomes and a positive effect on the other half of the outcomes. Results of eight other comparative study designs point towards the same direction. The implementation was influenced by factors on a social, organizational and individual level.

CONCLUSION: Physician substitution in healthcare for the ageing population may achieve at least as good patient outcomes and process of care outcomes compared with care provided by physicians. Evidence about resource use and costs is too limited to draw conclusions.

RESULTATEN: Twee studies gebruikten een gerandomiseerde opzet en acht studies gebruikten andere vergelijkende ontwerpen. Het bewijs van de twee gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken toonde geen effect op ongeveer de helft van de uitkomsten en een positief effect op de andere helft van de uitkomsten. Resultaten van acht andere vergelijkende onderzoeksontwerpen wijzen in dezelfde richting. De implementatie werd beïnvloed door factoren op sociaal, organisatorisch en individueel niveau.

CONCLUSIE: Artsenvervanging in de gezondheidszorg voor de vergrijzende bevolking kan minstens even goede patiëntresultaten en zorgprocesresultaten opleveren als zorg die door artsen wordt verleend. Het bewijs over het gebruik van hulpbronnen en de kosten is te beperkt om conclusies te trekken.

Martinez-Gonzalez, N.A., et al., Task-Shifting From Physicians to Nurses in Primary Care and its Impact on Resource Utilization: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Med Care Res Rev*, 2015. 72(4): p. 395-418.

Task-shifting from physicians to nurses has gained increasing interest in health policy but little is known about its efficiency. This systematic review was conducted to compare resource utilization with task-shifting from physicians to nurses in primary care. Literature searches yielded 4,589 citations. Twenty studies comprising 13,171 participants met the inclusion criteria. Meta-analyses showed nurses had more return consultations and longer consultations than physicians but were similar in their use of referrals, prescriptions, or investigations. The evidence has limitations, but suggests that the effects may be influenced by the utilization of resources, context of care, available guidance, and supervision. Cost data suggest physician–nurse salary and physician’s time spent on supervision and delegation are important components of nurse-led care costs. More rigorous research involving a wider range of nurses from many countries is needed reporting detailed accounts of nurses’ roles and competencies, qualifications, training, resources, time available for consultations, and all-cause costs.

Meta-analyses lieten zien dat verpleegkundigen meer terugkeerconsultaties en langere consultaties hadden dan artsen, maar vergelijkbaar waren in hun gebruik van verwijzingen, recepten of onderzoeken. Het bewijs heeft beperkingen, maar

suggereert dat de effecten kunnen worden beïnvloed door het gebruik van middelen, de context van zorg, beschikbare begeleiding en supervisie. Kostengegevens suggereren dat het salaris van arts-verpleegkundige en de tijd die de arts besteedt aan supervisie en delegatie, belangrijke componenten zijn van de kosten van door verpleegkundigen geleide zorg. Er is meer rigoureuus onderzoek nodig waarbij een breder scala aan verpleegkundigen uit vele landen betrokken is, waarin gedetailleerde verslagen worden gerapporteerd over de rollen en competenties van verpleegkundigen, kwalificaties, training, middelen, beschikbare tijd voor consultaties en alle mogelijke kosten.

Martinez-Gonzalez, N.A., et al., The impact of physician-nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. *Hum Resour Health*, 2015. 13: p. 55.

Background: Physician–nurse task shifting in primary care appeals greatly to health policymakers. It promises to address workforce shortages and demands of high-quality, affordable care in the healthcare systems of many countries. This systematic review was conducted to assess the evidence about physician–nurse task shifting in primary care in relation to the course of disease and nurses’ roles.

Methods: We searched MEDLINE, Embase, The Cochrane Library and CINAHL, up to August 2012, and the reference list of included studies and relevant reviews. All searches were updated in February 2014. We selected and critically appraised published randomized controlled trials (RCTs).

Results: Twelve RCTs comprising 22 617 randomized patients conducted mainly in Europe met the inclusion criteria. Nurse-led care was delivered mainly by nurse practitioners following structured protocols and validated instruments in most studies. Twenty-five unique disease-specific measures of the course of disease were reported in the 12 RCTs. While most (84 %) study estimates showed no significant differences between nurse-led care and physician-led care, nurses achieved better outcomes in the secondary prevention of heart disease and a greater positive effect in managing dyspepsia and at lowering cardiovascular risk in diabetic patients. The studies were generally small, of varying follow-up episodes and were at risk of biases. Descriptive details about roles, qualifications or interventions were also incomplete or not reported.

Conclusion: Trained nurses may have the ability to achieve outcome results that are at least similar to physicians’ for managing the course of disease, when following structured protocols and validated instruments. The evidence, however, is limited by a small number of studies reporting a broad range of disease-specific outcomes; low reporting standards of interventions, roles and clinicians’ characteristics, skills and qualifications; and the quality of studies. More rigorous studies using validated tools could clarify these findings.

Resultaten: Twaalf RCT's bestaande uit 22 617 gerandomiseerde patiënten, voornamelijk uitgevoerd in Europa, voldeden aan de inclusiecriteria. Verpleegkundige zorg werd in de meeste onderzoeken voornamelijk verleend door verpleegkundigen volgens gestructureerde protocollen en gevalideerde instrumenten. In de 12 RCT's werden vijftientig unieke ziektespecifieke metingen van het ziekteverloop gerapporteerd. Hoewel de meeste (84%) studieschattingen geen significante verschillen lieten zien tussen door verpleegkundigen geleide zorg en door artsen geleide zorg, behaalden verpleegkundigen betere resultaten bij de secundaire preventie van hartaandoeningen en een groter positief effect bij het beheersen van dyspepsie en bij het verlagen van het cardiovasculaire risico bij diabetespatiënten. De onderzoeken waren over het algemeen klein, met wisselende follow-up-episodes en liepen het risico op biases. Beschrijvende details over rollen, kwalificaties of interventies waren ook onvolledig of niet gerapporteerd.

Conclusie: Getrainde verpleegkundigen hebben mogelijk het vermogen om uitkomstresultaten te behalen die ten minste vergelijkbaar zijn met die van artsen voor het beheersen van het ziekteverloop, wanneer ze gestructureerde protocollen en gevalideerde instrumenten volgen. Het bewijs is echter beperkt door een klein aantal onderzoeken die een breed scala aan ziektespecifieke uitkomsten rapporteren; lage rapportagestandaarden voor interventies, rollen en kenmerken, vaardigheden en kwalificaties van klinici; en de kwaliteit van studies. Meer rigoureuze studies met gevalideerde tools zouden deze bevindingen kunnen verduidelijken.

Niezen, M.G. and J.J. Mathijssen, Reframing professional boundaries in healthcare: a systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine to the nursing domain. *Health Policy*, 2014. 117(2): p. 151-69.

Aim: To explore the main facilitators and barriers to task reallocation.

Background: One of the innovative approaches to dealing with the anticipated shortage of physicians is to reallocate tasks from the professional domain of medicine to the nursing domain. Various (cost-)effectiveness studies demonstrate that nurse practitioners can deliver as high quality care as physicians and can achieve as good outcomes. However, these studies do not examine what factors may facilitate or hinder such task reallocation.

Method: A systematic literature review of PubMed and Web of Knowledge supplemented with a snowball research method. The principles of thematic analysis were followed.

Results: The 13 identified relevant papers address a broad spectrum of task reallocation (delegation, substitution and complementary care). Thematic analysis revealed four categories of facilitators and barriers: (1) knowledge and capabilities, (2) professional boundaries, (3) organisational environment, and (4) institutional environment.

Conclusion: Introducing nurse practitioners in healthcare requires organisational redesign and the reframing of professional boundaries. Especially the facilitators and barriers in the analytical themes of 'professional boundaries' and 'organisational environment' should be considered when reallocating tasks. If not, these factors might hamper the costeffectiveness of task reallocation in practice.

Resultaten: De 13 geïdentificeerde relevante artikelen gaan over een breed spectrum van taakherschikking (delegatie, vervanging en complementaire zorg). Thematische analyse bracht vier categorieën aan het licht van facilitatoren en barrières: (1) kennis en capaciteiten, (2) professionele grenzen, (3) organisatorische omgeving en (4) institutionele omgeving.

Conclusie: De introductie van nurse practitioners in de zorg vereist een herontwerp van de organisatie en het verleggen van professionele grenzen. Vooral de facilitators en barrières in de analytische thema's 'professionele grenzen' en 'organisatieomgeving' moeten in overweging worden genomen bij het opnieuw toewijzen van taken. Als dit niet het geval is, kunnen deze factoren de kosteneffectiviteit belemmeren van taakherschikking in de praktijk.

Nkansah, N., et al., Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010(7): p. Cd000336.

Background: The roles of pharmacists in patient care have expanded from the traditional tasks of dispensing medications and providing basic medication counseling to working with other health professionals and the public. Multiple reviews have evaluated the impact of pharmacist-provided patient care on health-related outcomes. Prior reviews have primarily focused on in-patient settings. This systematic review focuses on services provided by outpatient pharmacists in community or ambulatory care settings. This is an update of the Cochrane review published in 2000.

Objectives: To examine the effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient and health professional outcomes. This review has been split into two phases. For Phase I, we searched the Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) Group Specialised Register (January 1966 through March 2007). For Phase II, we searched MEDLINE/EMBASE (January 1966 through March 2008). The Phase I results are reported in this review; Phase II will be summarized in the next update. Randomized controlled trials comparing 1. Pharmacist services targeted at patients versus services delivered by other health professionals; 2. Pharmacist services targeted at patients versus the delivery of no comparable service; 3. Pharmacist services targeted at health professionals versus services delivered by other health professionals; 4. Pharmacist services targeted at health professionals versus the delivery of no comparable service.

Data collection and analysis: Two authors independently reviewed studies for inclusion, extracted data, and assessed risk of bias of included studies.

Main results: Forty-three studies were included; 36 studies were pharmacist interventions targeting patients and seven studies were pharmacist interventions targeting health professionals. For comparison 1, the only included study showed a significant improvement in systolic blood pressure for patients receiving medication management from a pharmacist compared to usual care from a physician. For comparison 2, in the five studies evaluating process of care outcomes, pharmacist services reduced the incidence of therapeutic duplication and decreased the total number of medications prescribed. Twenty-nine of 36 studies reported clinical and humanistic outcomes. Pharmacist interventions resulted in improvement in most clinical outcomes, although these improvements were not always statistically significant. Eight studies reported patient quality of life outcomes; three studies showed improvement in at least three subdomains. For comparison 3, no studies were identified meeting the inclusion criteria. For comparison 4, two of seven studies demonstrated a clear statistically significant improvement in prescribing patterns.

Authors' conclusions: Only one included study compared pharmacist services with other health professional services, hence

we are unable to draw conclusions regarding comparisons 1 and 3. Most included studies supported the role of pharmacists in medication/therapeutic management, patient counseling, and providing health professional education with the goal of improving patient process of care and clinical outcomes, and of educational outreach visits on physician prescribing patterns. There was great heterogeneity in the types of outcomes measured across all studies. Therefore a standardized approach to measure and report clinical, humanistic, and process outcomes for future randomized controlled studies evaluating the impact of outpatient pharmacists is needed. Heterogeneity in study comparison groups, outcomes, and measures makes it challenging to make generalised statements regarding the impact of pharmacists in specific settings, disease states, and patient populations.

Belangrijkste resultaten: Drieënveertig onderzoeken werden geïnccludeerd; 36 onderzoeken waren apothekersinterventies gericht op patiënten en zeven onderzoeken waren apothekersinterventies gericht op gezondheidswerkers. Ter vergelijking 1: de enige opgenomen studie toonde een significante verbetering van de systolische bloeddruk voor patiënten die medicatiebehandeling kregen van een apotheker in vergelijking met de gebruikelijke zorg van een arts. Ter vergelijking 2: in de vijf onderzoeken die het proces van zorguitkomsten evalueerden, verminderden apothekersdiensten de incidentie van therapeutische duplicatie en verminderden ze het totale aantal voorgeschreven medicijnen. Negenentwintig van de 36 onderzoeken rapporteerden klinische en humanistische resultaten. Interventies van apothekers resulteerden in verbetering van de meeste klinische resultaten, hoewel deze verbeteringen niet altijd statistisch significant waren. Acht studies rapporteerden resultaten over de kwaliteit van leven van patiënten; drie onderzoeken lieten verbetering zien in ten minste drie subdomeinen. Ter vergelijking 3: er zijn geen onderzoeken gevonden die voldoen aan de inclusiecriteria. Ter vergelijking 4: twee van de zeven onderzoeken toonden een duidelijke statistisch significante verbetering van het voorschrijfpatroon aan.

Conclusies van de auteurs: Slechts één opgenomen studie vergeleek apothekersdiensten met andere zorgverleners, daarom kunnen we geen conclusies trekken met betrekking tot vergelijkingen 1 en 3. De meeste opgenomen onderzoeken ondersteunden de rol van apothekers bij medicatie / therapeutisch management, patiëntbegeleiding en het geven van gezondheidsvoorlichting met als doel het zorgproces en de klinische resultaten van de patiënt te verbeteren, en educatieve outreach-bezoeken over voorschrijfpatronen van artsen. Er was grote heterogeniteit in de soorten uitkomsten die in alle onderzoeken werden gemeten. Daarom is een gestandaardiseerde benadering nodig om klinische, humanistische en procesresultaten te meten en te rapporteren voor toekomstige gerandomiseerde gecontroleerde studies die de impact van poliklinische apothekers evalueren. Heterogeniteit in vergelijkingsgroepen, uitkomsten en metingen van onderzoeken maakt het een uitdaging om algemene uitspraken te doen over de impact van apothekers in specifieke settings, ziekte-toestanden en patiëntenpopulaties.

Noblet, T., et al., Barriers to and facilitators of independent non-medical prescribing in clinical practice: a mixed-methods systematic review. *J Physiother*, 2017. 63(4): p. 221-234.

Question: What are the factors that affect the implementation or utilisation of independent non-medical prescribing (iNMP)?

Design: Mixed-methods systematic review. Two reviewers independently completed searches, eligibility and quality assessments.

Data sources: Pre-defined search terms were utilised to search electronic databases. Reference lists, key journals and grey literature were searched alongside consultation with authors/experts. Eligibility criteria for included studies: Qualitative and quantitative studies investigating independent prescribing by any non-medical professional group. Study participants included any stakeholders involved in actual or proposed iNMP. Measurements reported on data describing stakeholders' perceptions and experiences of the barriers to/facilitators of iNMP.

Results: A total of 43 qualitative and seven quantitative studies from three countries (n = 12, 117 participants) were included. Quality scores varied from 9 to 35 (Quality Assessment Tool for Studies with Diverse Designs, 0 to 48). Qualitative data were synthesised into four themes (and subthemes): systems (government and political, organisational, formulary); education and support (non-medical prescribing (NMP) courses/continuous professional development (CPD)); personal and professional (medical profession, NMP professions, service users); and financial factors. Quantitative data corroborated the qualitative themes. Integration of the qualitative themes and quantitative data enabled the development of a NMP implementation framework. Conclusion: Barriers to and facilitators of the implementation and utilisation of iNMP are evident, demonstrating multifactorial and context-specific variables within four explicit themes. Professional bodies,

politicians, policy and healthcare managers and clinicians could use the resulting NMP implementation framework to ensure the safe and successful implementation and utilisation of NMP. Clinical physiotherapists and other clinicians should consider whether these variables have been adequately addressed prior to adopting NMP into their clinical practice.

Resultaten: In totaal werden 43 kwalitatieve en zeven kwantitatieve onderzoeken uit drie landen (n = 12, 117 deelnemers) geïnccludeerd. Kwaliteitsscores varieerden van 9 tot 35 (Quality Assessment Tool for Studies with Divers Design, 0 tot 48). Kwalitatieve gegevens werden samengevat in vier thema's (en subthema's): systemen (overheid en politiek, organisatorisch, formularium); opleiding en ondersteuning (niet-medisch voorschrijven (NMP) cursussen / continue professionele ontwikkeling (CPD)); persoonlijk en professioneel (medisch beroep, NMP-beroepen, servicegebruikers); en financiële factoren. Kwantitatieve gegevens bevestigden de kwalitatieve thema's. Integratie van de kwalitatieve thema's en kwantitatieve gegevens maakte de ontwikkeling van een NMP-implementatiekader mogelijk.

Conclusie: Belemmeringen voor en facilitatoren van de implementatie en het gebruik van iNMP zijn duidelijk, waarbij multifactoriële en contextspecifieke variabelen binnen vier expliciete thema's. Beroepsorganen, politici, beleids- en gezondheidszorgmanagers en klinici zouden het resulterende NMP-implementatiekader kunnen gebruiken om de veilige en succesvolle implementatie en gebruik van NMP te waarborgen. Klinisch fysiotherapeuten en andere klinici dienen te overwegen of deze variabelen adequaat zijn aangepakt voordat NMP in hun klinische praktijk wordt toegepast.

Noblet, T., et al., Clinical and cost-effectiveness of non-medical prescribing: A systematic review of randomised controlled trials. *PLoS One*, 2018. 13(3): p. e0193286.

Objective: To evaluate the clinical and cost-effectiveness of non-medical prescribing (NMP).

Design: Systematic review. Two reviewers independently completed searches, eligibility assessment and assessment of risk of bias.

Data sources: Pre-defined search terms/combinations were utilised to search electronic databases. In addition, hand searches of reference lists, key journals and grey literature were employed alongside consultation with authors/experts.

Eligibility criteria for included studies: Randomised controlled trials (RCTs) evaluating clinical or cost-effectiveness of NMP.

Measurements reported on one or more outcome(s) of: pain, function, disability, health, social impact, patient-safety, costs-analysis, quality adjusted life years (QALYs), patient satisfaction, clinician perception of clinical and functional outcomes.

Results: Three RCTs from two countries were included (n = 932 participants) across primary and tertiary care settings. One RCT was assessed as low risk of bias, one as high risk of bias and

one as unclear risk of bias. All RCTs evaluated clinical effectiveness with one also evaluating cost-effectiveness. Clinical effectiveness was evaluated using a range of safety and

patient-reported outcome measures. Participants demonstrated significant improvement in outcomes when receiving NMP compared to treatment as usual (TAU) in all RCTs. An associated cost analysis showed NMP to be more expensive than TAU (regression coefficient $p = 0.0000$), however experimental groups generated increased QALYs compared to TAU.

Conclusion: Limited evidence with overall unclear risk of bias exists evaluating clinical and cost-effectiveness of NMP across all professions and clinical settings. GRADE assessment revealed

moderate quality evidence. Evidence suggests that NMP is safe and can provide beneficial clinical outcomes. Benefits to the health economy remain unclear, with the cost-effectiveness

of NMP assessed by a single pilot RCT of low risk of bias. Adequately powered low risk of bias RCTs evaluating clinical and cost effectiveness are required to evaluate NMP across clinical specialities, professions and settings.

Resultaten: Drie RCT's uit twee landen werden geïnccludeerd (n = 932 deelnemers) in primaire en tertiaire zorginstellingen.

Eén RCT werd beoordeeld als laag risico op bias, één als hoog risico op bias en

een als onduidelijk risico van vertekening. Alle RCT's evalueerden de klinische effectiviteit, waarbij één ook de kosteneffectiviteit evalueerde. De klinische effectiviteit werd geëvalueerd met behulp van een reeks veiligheids- en door de patiënt gerapporteerde uitkomstmaten. Deelnemers vertoonden in alle RCT's een significante verbetering van de resultaten bij het ontvangen van NMP in vergelijking met de gebruikelijke behandeling (TAU). Een bijbehorende kostenanalyse toonde aan dat NMP duurder was dan TAU (regressiecoëfficiënt $p = 0,0000$), maar experimentele groepen genereerden verhoogde QALY's in vergelijking met TAU.

Conclusie: er bestaat beperkt bewijs met een algeheel onduidelijk risico op vertekening, dat de klinische en kosteneffectiviteit van NMP in alle beroepen en klinische omgevingen evalueert. GRADE-beoordeling onthuld

bewijs van matige kwaliteit. Er zijn aanwijzingen dat NMP veilig is en gunstige klinische resultaten kan opleveren. Voordelen voor de gezondheidseconomie blijven onduidelijk, evenals de kosteneffectiviteit van NMP beoordeeld door een enkele pilot-RCT met laag risico op bias. Adequaat aangedreven RCT's met laag risico op bias die de klinische en kosteneffectiviteit evalueren, zijn vereist om NMP te evalueren in klinische specialismen, beroepen en omgevingen.

Nuttall, D., Nurse prescribing in primary care: a metasynthesis of the literature. *Prim Health Care Res Dev*, 2018. 19(1): p. 7-22.

Aim: The aim of this metasynthesis was to develop an understanding of the existing theoretical perspectives around nurse prescribing and to identify any gaps in knowledge, which would support further research into the lived experience of the nurse prescriber in the primary care setting. **Background:** Nurse prescribing has been the focus of many research studies since its introduction, with many benefits to the patient, the prescriber and service identified; however, there remains variation in the utilisation of the prescribing qualification, particularly in primary care settings. Although a range of quantitative and qualitative studies have been undertaken, which aimed to explore the influences on prescribing, few have used a research methodology that supports the in-depth exploration of the nurse prescriber's experience. **Methods:** An extensive literature search was undertaken in April 2015 (20–24), which included UK and non-UK studies since 1999. Inclusion and exclusion criteria were applied to search for studies in which participants included nurse prescribers who practiced in primary or community care settings. Studies that only used a quantitative methodology and those not available in English were excluded. The literature search yielded 124 papers, with 50 papers remaining after the initial screen of full papers against the inclusion/exclusion criteria. The papers were reviewed and graded for their quality, with a further 13 papers excluded. A three-step qualitative analysis technique of metasynthesis was applied to the remaining 37 papers. Identification of similarities and differences enabled first-order interpretations to be identified, which were grouped into broader themes (second-order interpretations) by identifying concepts that applied to two or more studies. Further interpretation through synthesis of translation enabled third-order interpretations to emerge. **Findings:** From the metasynthesis of the 37 papers, nine themes emerged: patient-centred care; benefits to the service; the need for knowledge; professional accountability and boundary setting; safety consciousness; barriers to effective prescribing; role preservation; power-shifts and interprofessional relationships; and culture of prescribing.

Bevindingen: Uit de metasynthese van de 37 artikelen kwamen negen thema's naar voren: patiëntgerichte zorg; voordelen voor de dienst; de behoefte aan kennis; professionele verantwoording en het stellen van grenzen; veiligheidsbewustzijn; belemmeringen voor effectief voorschrijven; rolbehoud; machtsverschuivingen en interprofessionele relaties; en de cultuur van voorschrijven.

Pennestrì, F. and G. Banfi, Task shifting to enhanced physical therapy in musculoskeletal secondary care. An evidence-based narrative review. *Epidemiology, Biostatistics and Public Health*, 2019. 16(4).

Background: The World Health Organization defines task shifting as the rational redistribution of tasks among the healthcare workforce teams. The transfer of tasks to physical therapy is well suited for musculoskeletal conditions, either where exercise and physical activity are an important part of the treatment, or to sort the flow of emergency patients. **Methods:** What are the benefits, limits and implementation challenges associated to the employment of enhanced physical therapy in the redistribution of secondary healthcare workforce? The aim of this narrative review is to collect evidence from the most recent publications, in order to address clinical studies, policy making and further research. **Results:** A clear correlation between healthcare system and type of service was not found, supporting that task shifting can be employed to meet different needs. In emergency departments, enhanced physical therapists are employed to improve the flow of musculoskeletal patients, reduce waiting time, length of stay and free up professionals in support of more complex conditions. Otherwise, enhanced physical therapists are employed to sort the flow of chronic musculoskeletal patients, triaging to orthopaedic surgery, and performing follow-up. Clinical outcomes were equal or better than those achieved by other professionals. Appropriate diagnoses and referrals were also demonstrated, despite two studies show enhanced physical therapy to be effective but dependent by medical support. Specific training is therefore fundamental. **Conclusion:** Task shifting is a promising innovation which is worthy introducing in the management of chronic musculoskeletal conditions, when most of the treatments may be repeated under the supervision of medical consultants.

Resultaten: Er werd geen duidelijke correlatie gevonden tussen het gezondheidszorgsysteem en het type dienst, wat ondersteunt dat taakverschuiving kan worden toegepast om aan verschillende behoeften te voldoen. Op de spoedeisende

hulp worden versterkte fysiotherapeuten ingezet om de doorstroming van musculoskeletale patiënten te verbeteren, de wachttijd en de opnameduur te verminderen en professionals vrij te maken ter ondersteuning van complexere aandoeningen. Anders worden verbeterde fysiotherapeuten ingezet om de stroom van chronische musculoskeletale patiënten te sorteren, triage naar orthopedische chirurgie en het uitvoeren van follow-up. De klinische resultaten waren gelijk aan of beter dan die van andere professionals. Passende diagnoses en verwijzingen werden ook aangetoond, ondanks twee onderzoeken die aantonen dat verbeterde fysiotherapie effectief is, maar afhankelijk is van medische ondersteuning. Specifieke training is daarom fundamenteel.

Conclusie: Taakverschuiving is een veelbelovende innovatie die het waard is om geïntroduceerd te worden bij de behandeling van chronische musculoskeletale aandoeningen, wanneer de meeste behandelingen kunnen worden herhaald onder toezicht van medisch adviseurs.

Poh, E.W., et al., Effects of pharmacist prescribing on patient outcomes in the hospital setting: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*, 2018. 16(9): p. 1823-1873.

Objective: The objective of the review was to synthesize the best available evidence on the safety and effectiveness of pharmacist prescribing on patient outcomes in patients who present to hospital.

Introduction: Pharmacist prescribing is legal in many countries. Different models of prescribing include dependent, collaborative and independent. Existing reviews of pharmacist prescribing focus on studies in the community setting, or both community and hospital settings. Other reviews focus on descriptions of current practice or perspectives of clinicians and patients on the practice of pharmacist prescribing. A systematic review on the effects of pharmacist prescribing on patient outcomes in the hospital has not been previously undertaken and is important as this practice can help ease the burden on the healthcare system.

Inclusion criteria: Studies with controlled experimental designs comparing pharmacist prescribing to medical prescribing in the hospital setting were included in the review. Primary outcomes of interest included clinical outcomes such as therapeutic failure or benefit, adverse effects, and morbidity or mortality. Secondary outcomes included error rates in prescriptions, medication omissions on the medication chart, time or proportion of International Normalized Ratios in therapeutic range, time to reach therapeutic range, and patient satisfaction.

Methods: A comprehensive three-step search strategy was utilized. The search was conducted in January 2017 in eight major databases from database inception. Only studies in English were included. The recommended Joanna Briggs Institute approach to critical appraisal, study selection and data extraction was used. Narrative synthesis was performed due to heterogeneity of the studies included in the review.

Results: The 15 included studies related to dependent and collaborative prescribing models. In four studies that measured clinical outcomes, there was no difference in blood pressure management between pharmacists and doctors while patients of pharmacist prescribers had better cholesterol levels (mean difference in low density lipoprotein of 0.4 mmol/L in one study and 1.1 mmol/L in another; mean difference in total cholesterol of 1.0 mmol/L) and blood sugar levels (mean difference of fasting blood sugar levels of 15 mg/dL, mean difference of glycosylated hemoglobin of 2.6%). In two studies, pharmacists were better at adhering to warfarin dosing nomograms than doctors (average of 100% versus 62% compliance). In six studies, when prescribing warfarin according to dosing nomograms, equivalent numbers or more patients were maintained in therapeutic range by pharmacist prescribers compared to doctors. The incidence of adverse effects related to anticoagulant prescribing was similar across arms but all six studies were underpowered to detect this outcome. Three studies found that pharmacist prescribers made less prescribing errors (20 to 25 times less errors) and omissions (three to 116 times less omissions) than doctors when prescribing patients' usual medications on admission to hospital or in the preoperative setting. Two studies reported that patients were as satisfied with the services provided by pharmacist prescribers as with doctors.

Conclusions: This review provides low to moderate evidence that pharmacists can prescribe to the same standards as doctors. Pharmacists are better at adhering to dosing guidelines when prescribing by protocol and make significantly less prescribing errors when charting patients' usual medications on admission to hospital.

Resultaten: De 15 geïncludeerde studies met betrekking tot afhankelijke en samenwerkende voorschrijfmodellen. In vier onderzoeken waarin klinische resultaten werden gemeten, was er geen verschil in bloeddrukbeheer tussen apothekers en artsen, terwijl patiënten van apothekers-voorschrijvers betere cholesterolwaarden hadden (gemiddeld verschil in lipoproteïne met lage dichtheid van 0,4 mmol / l in één onderzoek en 1,1 mmol / l in een ander; gemiddeld verschil in totaal

cholesterol van 1,0 mmol / l) en bloedsuikerspiegels (gemiddeld verschil in nuchtere bloedsuikerspiegels van 15 mg / dl, gemiddeld verschil van geglycosyleerd hemoglobine van 2,6%). In twee onderzoeken waren apothekers beter in het naleven van warfarine-doseringssnomogrammen dan artsen (gemiddeld 100% versus 62% therapietrouw). In zes onderzoeken, bij het voorschrijven van warfarine volgens doseringssnomogrammen, werden equivalente of meer patiënten binnen therapeutisch bereik gehouden door apothekersvoorschrijvers vergeleken met artsen. De incidentie van bijwerkingen gerelateerd aan het voorschrijven van anticoagulantia was vergelijkbaar in de armen, maar alle zes onderzoeken waren onvoldoende in staat om dit resultaat te detecteren. Uit drie onderzoeken bleek dat apothekersvoorschrijvers minder voorschrijffouten (20 tot 25 keer minder fouten) en weglatingen (drie tot 116 keer minder weglatingen) maakten dan artsen bij het voorschrijven van de gebruikelijke medicatie van patiënten bij opname in het ziekenhuis of in de preoperatieve setting. Twee onderzoeken meldden dat patiënten even tevreden waren met de diensten van apothekersvoorschrijvers als met artsen.

Conclusies: Deze review levert weinig tot matig bewijs dat apothekers kunnen voorschrijven volgens dezelfde normen als artsen. Apothekers zijn beter in het volgen van doseringsrichtlijnen bij het voorschrijven volgens protocol en maken significant minder voorschrijffouten bij het in kaart brengen van de gebruikelijke medicatie van patiënten bij opname in het ziekenhuis.

Riordan, D.O., et al., The effect of pharmacist-led interventions in optimising prescribing in older adults in primary care: A systematic review. *SAGE Open Med*, 2016. 4: p. 2050312116652568.

Objective: To evaluate studies of pharmacist-led interventions on potentially inappropriate prescribing among community-dwelling older adults receiving primary care to identify the components of a successful intervention.

Data sources: An electronic search of the literature was conducted using the following databases from inception to December 2015: PubMed, Embase, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, MEDLINE (through Ovid), Trip, Centre for Reviews and Dissemination databases, Cochrane Database of Systematic Reviews, ISI Web of Science, ScienceDirect, ClinicalTrials.gov, metaRegister of Controlled Trials, ProQuest Dissertations & Theses Database (Theses in Great Britain, Ireland and North America).

Review methods: Studies were included if they were randomised controlled trials or quasi-randomised studies involving a pharmacist-led intervention compared to usual/routine care which aimed to reduce potentially inappropriate prescribing in older adults in primary care. Methodological quality of the included studies was independently assessed.

Results: A comprehensive literature search was conducted which identified 2193 studies following removal of duplicates. Five studies met the inclusion criteria. Four studies involved a pharmacist conducting a medication review and providing feedback to patients or their family physician. One randomised controlled trial evaluated the effect of a computerised tool that alerted pharmacists when elderly patients were newly prescribed potentially inappropriate medications. Four studies were associated with an improvement in prescribing appropriateness.

Conclusion: Overall, this review demonstrates that pharmacist-led interventions may improve prescribing appropriateness in community-dwelling older adults. However, the quality of evidence is low. The role of a pharmacist working as part of a multidisciplinary primary care team requires further investigation to optimise prescribing in this group of patients.

Resultaten: er werd een uitgebreid literatuuronderzoek uitgevoerd waarbij 2193 onderzoeken werden gevonden na verwijdering van duplicaten. Vijf onderzoeken voldeden aan de inclusiecriteria. Bij vier onderzoeken voerde een apotheker een medicatiebeoordeling uit en gaf feedback aan patiënten of hun huisarts. Een gerandomiseerde gecontroleerde studie evalueerde het effect van een geautomatiseerde tool die apothekers waarschuwden wanneer oudere patiënten onlangs mogelijk ongeschikte medicijnen werden voorgeschreven. Vier onderzoeken werden in verband gebracht met een verbetering van de geschiktheid voor voorschrijven.

Conclusie: Al met al laat deze review zien dat door apothekers geleide interventies de geschiktheid voor voorschrijven bij thuiswonende ouderen kunnen verbeteren. De kwaliteit van het bewijs is echter laag. De rol van een apotheker die deel uitmaakt van een multidisciplinair eerstelijnszorgteam vereist verder onderzoek om het voorschrijven bij deze groep patiënten te optimaliseren.

Saha, S.K., L. Hawes, and D. Mazza, Effectiveness of interventions involving pharmacists on antibiotic prescribing by general practitioners: a systematic review and meta-analysis. *J Antimicrob Chemother*, 2019. 74(5): p. 1173-1181.

Background: The use of community antibiotic stewardship programmes (ASPs) is rising; however, their effectiveness when pharmacists are involved is uncertain.

Objectives: To assess the effectiveness of ASPs involving pharmacists at improving antibiotic prescribing by general practitioners (GPs).

Methods: Medline, Embase, Emcare, PubMed, PsycINFO, Cochrane CENTRAL, CINAHL Plus and Web of Science databases were searched to February 2018. Randomized and non-randomized studies of ASPs involving pharmacists as interventionists to GPs were included. Primary outcomes were absolute changes in GPs' antibiotic prescribing rate (APR) and antibiotic prescribing adherence rate (APAR) according to recommendations/guidelines. Meta-analysis used random effects models.

Results: Fifteen studies reporting 18 trials were included in the meta-analysis: 8 assessed the APR and 10 the APAR. APR reductions (OR 0.86, 95% CI 0.78–0.95, moderate-certainty evidence) and APAR improvements (OR 1.96, 95% CI 1.56–2.45, high-certainty evidence) were observed at 6months median intervention follow-up. High-quality randomized trials reduced the APR (OR 0.92, 95% CI 0.90–0.94) and increased the APAR (OR 2.55, 95% CI 2.16–3.01). Interventions were successful in decreasing the APR (OR 0.93, 95% CI 0.90–0.95) and increasing the APAR (OR 1.72, 95% CI 1.04–2.84) when implemented by a pharmacist–GP team. Interventions involving pharmacist–infectious disease professional teams also decreased the APR (OR 0.81, 95% CI 0.66–1.0) and increased the APAR (OR 2.36, 95% CI 1.87–2.96). GP education plus prescribing feedback, and group meetings were effective in both outcomes, whereas GP education, academic detailing and workshop training were effective in APAR outcome. However, substantial heterogeneity was demonstrated.

Conclusions: ASPs involving pharmacists are effective in decreasing antibiotic prescribing and increasing guideline-adherent antibiotic prescribing by GPs.

Resultaten: Vijftien onderzoeken die 18 onderzoeken rapporteerden, werden in de meta-analyse opgenomen: 8 beoordeelden de APR en 10 de APAR. APR-verlagingen (OR 0,86, 95% BI 0,78-0,95, bewijs met matige zekerheid) en APAR-verbeteringen (OR 1,96, 95% BI 1,56-2,45, bewijs met hoge zekerheid) werden waargenomen na 6 maanden mediane follow-up van de interventie. Gerandomiseerde studies van hoge kwaliteit verlaagden de APR (OR 0,92, 95% BI 0,90-0,94) en verhoogden de APAR (OR 2,55, 95% BI 2,16-3,01). Interventies waren succesvol bij het verlagen en verhogen van de APR (OR 0,93, 95% BI 0,90-0,95)

de APAR (OR 1,72, 95% BI 1,04-2,84) indien geïmplementeerd door een apotheker-huisarts-team. Interventies waarbij professionele teams van apothekers en infectieziekten betrokken waren, verlaagden ook de APR (OR 0,81, 95% BI 0,66-1,0) en verhoogden de APAR (OR 2,36, 95% BI 1,87-2,96). Huisartsonderwijs plus het voorschrijven van feedback en groepsbijeenkomsten waren effectief in beide uitkomsten, terwijl huisartsonderwijs, academische detaillering en workshop training effectief waren in APAR-uitkomsten. Er werd echter een aanzienlijke heterogeniteit aangetoond.

Conclusies: ASP's waarbij apothekers betrokken zijn, zijn effectief in het verminderen van het voorschrijven van antibiotica en het verhogen van het voorschrijven van antibiotica door huisartsen.

Shahmalak, U., et al., The experiences of lay health workers trained in task-shifting psychological interventions: a qualitative systematic review. *Int J Ment Health Syst*, 2019. 13: p. 64.

Abstract

Introduction: The prevalence of common mental disorders, such as depression and anxiety, is high and the demand for psychological interventions and talking therapies is increasing. In order to meet this need, it is necessary to explore alternative methods to deliver talking therapies. Training lay health workers (LHWs) to deliver psychological interventions might be one possible solution to address current gaps in service provision. A number of studies have successfully used this approach to deliver psychological interventions in order to meet the demand for mental health care. Despite increased interest in this area, the evidence has not been synthesised or systematically reviewed.

Methods: Electronic databases (MEDLINE, EMBASE, PsycINFO and CINHAL) were systematically searched to specifically capture studies on task-shifting psychological interventions for common mental disorders. Data were extracted on the experiences of the lay-workers on training and therapy delivery. Thematic analysis was used to analyse the data. Themes and subthemes of LHWs views on receiving training, barriers and facilitators to therapy delivery, factors required to become a successful therapist and the impact of training and therapy delivery on the therapists are described.

Results: 10 studies were eligible for inclusion. Key messages were: LHWs were satisfied with training but wanted more robust supervision; not enough time was given to training on understanding mental health problems; LHWs grew in confidence and this impacted on their personal relationships with others.

Conclusion: This is the first review to explore LHWs experiences in training and therapy delivery by synthesising existing qualitative research. A number of key messages derived out of this review can help in further improving the quality of the training programmes and highlighting the benefits that are available for the LHW in delivering psychological interventions.

Resultaten: 10 onderzoeken kwamen in aanmerking voor opname. Kernboodschappen waren: LZW's waren tevreden over de opleiding, maar wilden meer robuust toezicht; er werd niet genoeg tijd besteed aan training in het begrijpen van geestelijke gezondheidsproblemen; LHW's kregen meer zelfvertrouwen en dit had invloed op hun persoonlijke relaties met anderen.

Conclusie: dit is de eerste review waarin LHW's ervaringen met training en therapie worden onderzocht door bestaand kwalitatief onderzoek te synthetiseren. Een aantal kernboodschappen die uit deze review zijn afgeleid, kunnen helpen bij het verder verbeteren van de kwaliteit van de opleidingen en het benadrukken van de voordelen die de LHW heeft bij het leveren van psychologische interventies.

Weeks, G., et al., Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016. 11: p. Cd011227.

Background: A range of health workforce strategies are needed to address health service demands in low-, middle- and high-income countries. Non-medical prescribing involves nurses, pharmacists, allied health professionals, and physician assistants substituting for doctors in a prescribing role, and this is one approach to improve access to medicines.

Objectives: To assess clinical, patient-reported, and resource use outcomes of non-medical prescribing for managing acute and chronic health conditions in primary and secondary care settings compared with medical prescribing (usual care).

Search methods: We searched databases including CENTRAL, MEDLINE, Embase, and five other databases on 19 July 2016. We also searched the grey literature and handsearched bibliographies of relevant papers and publications.

Selection criteria: Randomised controlled trials (RCTs), cluster-RCTs, controlled before-and-aler (CBA) studies (with at least two intervention and two control sites) and interrupted time series analysis (with at least three observations before and aler the intervention) comparing: 1. non-medical prescribing versus medical prescribing in acute care; 2. non-medical prescribing versus medical prescribing in chronic care; 3. Nonmedical prescribing versus medical prescribing in secondary care; 4 non-medical prescribing versus medical prescribing in primary care; 5.

comparisons between diGerent non-medical prescriber groups; and 6. non-medical healthcare providers with formal prescribing training versus those without formal prescribing training.

Data collection and analysis: We used standard methodological procedures expected by Cochrane. Two review authors independently reviewed studies for inclusion, extracted data, and assessed study quality with discrepancies resolved by discussion. Two review authors independently assessed risk of bias for the included studies according to EPOC criteria. We undertook meta-analyses using the fixed-eGect model where studies were examining the same treatment eGect and to account for small sample sizes. We compared outcomes to a random-eGects model where clinical or statistical heterogeneity existed.

Main results: We included 46 studies (37,337 participants); non-medical prescribing was undertaken by nurses in 26 studies and pharmacists in 20 studies. In 45 studies non-medical prescribing as a component of care was compared with usual care medical prescribing. A further study compared nurse prescribing supported by guidelines with usual nurse prescribing care.

No studies were found with non-medical prescribing being undertaken by other health professionals. The education requirement for non-medical prescribing varied with country

and location. A meta-analysis of surrogate markers of chronic disease (systolic blood pressure, glycated haemoglobin, and low-density lipoprotein) showed positive intervention group eGects. There was a moderate-certainty of evidence for studies of blood pressure at 12 months (mean diGerence (MD) -5.31 mmHg, 95% confidence interval (CI) -6.46 to -4.16; 12 studies, 4229 participants) and low-density lipoprotein (MD -0.21, 95% CI -0.29 to -0.14; 7 studies, 1469 participants); we downgraded the certainty of evidence from high due to considerations of

serious inconsistency (considerable heterogeneity), multifaceted interventions, and variable prescribing autonomy. A high-certainty of evidence existed for comparative studies of glycated haemoglobin management at 12 months (MD -0.62, 95% CI -0.85 to -0.38; 6 studies, 775 participants). While there appeared little diGerence in medication adherence across studies, a meta-analysis of continuous outcome data from four studies showed an eGect favouring patient adherence in the non-medical prescribing group (MD 0.15, 95% CI 0.00 to 0.30; 4

studies, 700 participants). We downgraded the certainty of evidence for adherence to moderate due to the serious risk of

performance bias. While little diGerence was seen in patient-related adverse events between treatment groups, we downgraded the certainty of evidence to low due to indirectness, as the range of adverse events may not be related to the intervention and selective reporting failed to adequately report adverse events in many studies. Patients were generally satisfied with non-medical prescriber care (14 studies, 7514 participants). We downgraded the certainty of evidence from high to moderate due to indirectness, in that satisfaction with the prescribing component of care was only addressed in one study, and there was variability of satisfaction measures with little use of validated tools. A meta-analysis of health-related quality of life scores (SF-12 and SF-36) found a diGerence favouring non-medical prescriber care for the physical component score (MD 1.17, 95% CI 0.16 to 2.17), and the mental component score (MD 0.58, 95% CI -0.40 to 1.55). However, the quality of life measurement may more appropriately reflect composite care rather than the prescribing component of care, and for this reason we downgraded the certainty of evidence to moderate due to indirectness of the measure of eGect. A wide variety of resource use measures were reported across studies with little diGerence between groups for hospitalisations, emergency department visits, and outpatient visits. In the majority of studies reporting medication use, non-medical prescribers prescribed more drugs, intensified drug doses, and used a greater variety of drugs compared to usual care medical prescribers. The risk of bias across studies was generally low for selection bias (random sequence generation), detection bias (blinding of outcome assessment), attrition bias (incomplete outcome data), and reporting bias (selective reporting). There was an unclear risk of selection bias (allocation concealment) and for other biases. A high risk of performance bias (blinding of participants and personnel) existed.

Authors' conclusions

The findings suggest that non-medical prescribers, practising with varying but high levels of prescribing autonomy, in a range of settings, were as eGective as usual care medical prescribers. Non-medical prescribers can deliver comparable outcomes for systolic blood pressure, glycated haemoglobin, low-density lipoprotein, medication adherence, patient satisfaction, and health-related quality of life. It was diGicult to determine the impact of non-medical prescribing compared to medical prescribing for adverse events and resource use outcomes due to the inconsistency and variability in reporting across studies. Future eGorts should be directed towards more rigorous studies that can clearly identify the clinical, patient-reported, resource use, and economic outcomes of non-medical prescribing, in both high-income and low-income countries.

Conclusies

De bevindingen suggereren dat niet-medische voorschrijvers, die oefenden met wisselende maar hoge niveaus van voorschrijfautonomie, in een reeks van instellingen, net zo effectief waren als medische voorschrijvers. Niet-medische voorschrijvers kunnen vergelijkbare resultaten opleveren voor systolische bloeddruk, geglyceerd hemoglobine, lipoproteïne met lage dichtheid, therapietrouw, patiënttevredenheid en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Het was moeilijk om de impact van niet-medisch voorschrijven te bepalen in vergelijking met medisch voorschrijven voor bijwerkingen en uitkomsten van het gebruik van middelen vanwege de inconsistentie en variabiliteit in de rapportage tussen onderzoeken. Toekomstige eGorts zouden gericht moeten zijn op meer rigoureuze studies die de klinische, door de patiënt gerapporteerde, het gebruik van hulpbronnen en de economische resultaten van niet-medisch voorschrijven duidelijk kunnen identificeren, zowel in landen met hoge als lage inkomens.