

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

www.igz.nl



STAAT VAN DE GEZONDHEIDSZORG 2007

**Taakherschikking blijkt positief
voor de kwaliteit van zorg**

Den Haag, december 2007

Inhoudsopgave

Voorwoord 6

DEEL I: BELANGRIJKSTE CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN 9

- 1 Belangrijkste conclusie: taakherschikking is een positieve ontwikkeling als risico's adequaat zijn ondervangen 9**
- 2 Doel van dit onderzoek: inzicht in kwaliteit van zorg en risico's 10**
- 3 Kwaliteitsverbetering door taakherschikking 11**
 - 3.1 Intensievere behandeling en begeleiding van patiënten 11
 - 3.2 Betere basiszorg in care-sector als deze van tweede naar eerste lijn verschuift 11
 - 3.3 Taken en verantwoordelijkheden vastleggen en protocollair werken 12
- 4 Risico's op onverantwoorde zorg 13**
 - 4.1 Versnippering van de zorg: wie houdt het overzicht? 13
 - 4.2 Risico op fouten bij overdracht en afstemming: gezamenlijk dossier noodzakelijk 13
 - 4.3 Behandelingsvrijheid niet-artsen vraagt om goede waarborgen in protocollen en wet- en regelgeving 14
 - 4.4 Toegankelijkheid specialistische zorg bij taakherschikking in de care-sector is risicofactor 15
- 5 Aanbevelingen 16**
 - 5.1 Onderzoeksprogramma nodig om effecten taakherschikking op kwaliteit van zorg vast te stellen 16
 - 5.2 Instellingen en beroepsgroepen moeten taakherschikking benutten voor verbeteren kwaliteit van zorg 16
 - 5.3 Minister, zorgverzekeraars en Nederlandse Zorgautoriteit: voorwaarden scheppen voor verantwoorde uitvoering taakherschikking 17

DEEL II: RESULTATEN PER SECTOR 19

- 1 Inleiding 19**
 - 1.1 Aanleiding voor deze Staat van de Gezondheidszorg 19
 - 1.2 Omschrijving van taakherschikking 20
 - 1.3 Doel en opzet van het onderzoek 20

2	Taakherschikking in de huisartsenpraktijk: diabeteszorg	22
2.1	Conclusies	22
2.2	Taakverdeling en zorgproces na taakherschikking	23
2.3	Taakherschikking en de kwaliteit van zorg	25
2.4	Risico's en risicobeheersing	29
2.5	Gevolgen van taakherschikking voor de huisartsenpraktijk	31
2.6	Toekomstbeeld	35
3	Taakherschikking bij hartfalen en cardiochirurgie	38
3.1	Conclusies	38
3.2	Taakverdeling en zorgproces na taakherschikking	39
3.3	Gevolgen voor de kwaliteit van zorg	42
3.4	Risico's en risicobeheersing	45
3.5	Gevolgen van taakherschikking voor de zorg bij hartfalen en cardiochirurgie	48
3.6	Toekomstbeeld	52
4	Taakherschikking tussen GGZ en verpleeg- en verzorgingshuizen	53
4.1	Conclusies	53
4.2	Taakverdeling en zorgproces na taakherschikking	53
4.3	Taakherschikking en de kwaliteit van zorg	58
4.4	Risico's en risicobeheersing	62
4.5	Gevolgen van taakherschikking tussen GGZ en verpleeg- en verzorgingshuizen	68
4.6	Toekomstbeeld	70
5	Taakherschikking bij de medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking	72
5.1	Conclusies	72
5.2	Taakverdeling en zorgproces na taakherschikking	72
5.3	Gevolgen voor de kwaliteit van zorg	77
5.4	Risico's en risicobeheersing	81
5.5	Gevolgen van taakherschikking voor de medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking	85
5.6	Toekomstbeeld	88

6	Taakherschikking bij de algemene infectieziektebestrijding	90
6.1	Conclusies	90
6.2	Taakverdeling en zorgproces na taakherschikking	91
6.3	Gevolgen voor de kwaliteit van zorg	95
6.4	Risico's en risicobeheersing	97
6.5	Gevolgen van taakherschikking voor de algemene infectieziektebestrijding	101
6.6	Toekomstbeeld	103

Summary 105

Bijlagen

Geraadpleegde literatuur 115

Lijst van afkortingen 118

Voorwoord

Omdat verschuiving van taken in de gezondheidszorg steeds meer voorkomt, heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg besloten om de Staat van de Gezondheidszorg 2007 te wijden aan het onderwerp taakherschikking. De organisatie van de zorg is altijd dynamisch geweest, maar de laatste jaren zetten vernieuwingen zich in hoog tempo door. Er ontstaan nieuwe beroepen, zoals de nurse practitioner en physician assistant, die taken van de arts overnemen. Daarbij gaat het vooral om routinematige en goed protocollerbare taken. Taakherschikking vindt niet alleen plaats door taken van de arts naar andere beroepsgroepen te verschuiven. Ook herschikking tussen artsen onderling en verschuiving van taken van verpleegkundigen naar verzorgenden komen voor.

Aanvankelijk had de inspectie enige bezorgdheid over de effecten van taakherschikking op de kwaliteit van zorg. Dit rapport laat echter zien dat die bezorgdheid niet terecht lijkt. Patiënten hebben baat bij de onderzochte vormen van taakherschikking. De zorg wordt veiliger, kan beter op de behoeften van patiënten worden afgestemd en is – ook daardoor – in veel gevallen effectiever. Een vanzelfsprekende voorwaarde is dat beroepsgroepen en instellingen bij taakherschikking zelf maatregelen nemen om risico's voor de kwaliteit van zorg te beheersen. Potentiële risico's worden in dit rapport besproken, waarbij de inspectie opmerkt dat risico's veelal goed zijn ondervangen. Een risico dat mede door taakherschikking toeneemt, is de versnippering in de zorg voor patiënten. Hoe meer mensen betrokken zijn bij de zorg, hoe groter het risico dat er iets mis gaat. Instellingen moeten laten zien wie de regie over een patiënt voert – en als meer instellingen betrokken zijn moeten de betrokken hulpverleners de zorg in de hele keten zorgvuldig afstemmen. Een patiënt moet weten wie zijn aanspreekpunt is. In dit opzicht sluiten de bevindingen aan op eerdere observaties van de inspectie in de SGZ 2003 over de ketenzorg bij chronische patiënten en de SGZ 2006 over patiënt en recht. De inspectie zal in het toezicht speciale aandacht besteden aan de manier waarop instellingen risico's van taakherschikking beheersen. De inspectie heeft daartoe een toezichtkader opgesteld.

Taakherschikking leidt tot het structureel beleggen van zorgtaken bij beroepsgroepen die niet geregistreerd zijn in de Wet BIG. Dit geldt bijvoorbeeld voor de praktijkondersteuners bij huisartsen. De inspectie doet de aanbeveling te onderzoeken of de registratie met deze beroepsgroepen kan worden uitgebreid om daarmee de professionaliteit te bevorderen.

Het onderzoek is verkennend van aard en beperkt in zijn opzet. Dat maakt het wenselijk om de uitkomsten te toetsen. De inspectie doet de aanbeveling een onderzoeksprogramma op te zetten dat zich richt op de gevolgen voor de kwaliteit van zorg van de vele vormen van taakherschikking die zijn ontstaan. Sluiten deze uitkomsten aan bij de bevindingen in dit rapport, dan pleit de inspectie voor het stimuleren van taakherschikking. De zorg kan efficiënter en effectiever georganiseerd worden. Bij een stimuleringsbeleid past ook een vergoedingensysteem dat taakherschikking zonder kunstgrepen mogelijk maakt. Taakherschikking lijkt niet goed te passen binnen de huidige financieringssystematiek; de inspectie krijgt regelmatig signalen dat hierdoor projecten op de tocht komen te staan. Vanuit het perspectief van kwaliteit van zorg lijkt dat een onwenselijke ontwikkeling.

Prof. dr. G. van der Wal,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg



DEEL I: BELANGRIJKSTE CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

1 **Belangrijkste conclusie:** **taakherschikking is een positieve ontwikkeling als risico's adequaat zijn ondervangen**

Taakherschikking levert een positieve bijdrage aan veilige, effectieve, patiëntgerichte en toegankelijke zorg. Deze conclusie trekt de Inspectie voor de Gezondheidszorg na verkennend onderzoek naar vijf vormen van taakherschikking in de cure, care en preventieve gezondheidszorg. Patiënten hebben er merkbaar voordeel van. Onder meer omdat ze beter op hun persoon toegesneden zorg krijgen, complicaties sneller worden herkend en medicatie sneller ingeregeld is.

Omschrijving taakherschikking

Onder taakherschikking verstaat de inspectie in deze Staat van de Gezondheidszorg (SGZ) taken die structureel verschuiven van een arts naar een niet-arts (zoals een nurse practitioner of gespecialiseerde verpleegkundige), of van een gespecialiseerde naar een generalistische arts (zoals van een Arts Verstandelijk Gehandicapten naar de huisarts).

Naast inzicht in de voordelen van taakherschikking zijn in dit onderzoek ook potentiële risico's in kaart gebracht. Deels zijn dit bekende risico's zoals het niet gebruiken van één dossier, waardoor overdrachtsproblemen versterkt worden. Daarnaast ziet de inspectie nieuwe risico's ontstaan: taakherschikking leidt tot meer versnippering in de zorg. Met name voor mensen met meer aandoeningen is het een risico als niemand de regie neemt over de behandeling van deze patiënten. Ook constateert de inspectie dat de huidige financieringssysteem een belemmering kan vormen voor de continuïteit van nieuwe zorgvormen. Instellingen en beroepsgroepen kunnen veel risico's zelf ondervangen, maar op een aantal punten zijn maatregelen door beroepsorganisaties en de overheid gewenst.

De inspectie had bij de start van dit onderzoek twijfels over de wenselijkheid van taakherschikking. Inmiddels is de aanvankelijke scepsis verdwenen. Er is vanuit het perspectief van de patiënt en de kwaliteit van zorg alle aanleiding om taakherschikking te stimuleren.

2 Doel van dit onderzoek: inzicht in kwaliteit van zorg en risico's

Aanleiding: onderzoek naar kwaliteit van zorg bij taakherschikking ontbreekt

Hoewel taken in de gezondheidszorg nooit star waren vastgelegd, is er de laatste jaren een sterkere tendens om taken anders te organiseren. Structurele vormen van taakherschikking vinden plaats in alle sectoren van de zorg en de variëteit is groot. Dit proces lijkt onomkeerbaar.

Vanuit het perspectief van patiënten en cliënten is het van belang dat de zorg – hoe deze ook georganiseerd is – veilig, effectief, patiëntgericht en toegankelijk is. Er is weinig onderzoek naar de effecten van taakherschikking op de kwaliteit van zorg. Hierdoor heeft de inspectie nog onvoldoende inzicht in de risico's. De inspectie wil het toezicht meer afstemmen op deze risico's.

Doel en opzet van het onderzoek

De inspectie heeft voor deze Staat van de Gezondheidszorg een verkennend onderzoek uitgevoerd naar vijf voorbeelden van taakherschikking in verschillende sectoren. Doel was een eerste inzicht te verkrijgen in hoeverre taakherschikking de kwaliteit van zorg beïnvloedt, wat potentiële risico's zijn, en hoe deze door de sector zelf worden beperkt. Hiertoe is literatuuronderzoek verricht en heeft de inspectie gesprekken gevoerd met betrokken hulpverleners.

De vijf onderzochte vormen van taakherschikking zijn:

- *Huisartsenzorg voor diabetespatiënten.* Zorg verschuift van huisarts naar praktijk-ondersteuners en diabetesverpleegkundigen.
- *Ziekenhuis: hartfalenpoli en hartchirurgie.* Hier nemen gespecialiseerde verpleegkundigen, nurse practitioners en physician assistants gestandaardiseerde taken over van de specialist.
- *Ouderenzorg: ouderen met chronische psychiatrische problemen.* Patiënten verhuizen van GGZ-instelling naar verpleeg- en verzorgingshuizen. De medische zorg wordt overgenomen door de verpleeghuisarts of huisarts.
- *Verstandelijk gehandicaptenzorg.* Verschuiving van Arts Verstandelijk Gehandicapten (AGV) naar huisarts en nurse practitioner.
- *GGD Infectieziektebestrijding.* Herschikking van taken van arts naar de sociaal verpleegkundige.

3 Kwaliteitsverbetering door taakherschikking

De inspectie constateert dat de onderzochte voorbeelden van taakherschikking positief uitpakken voor patiënten en bewoners. De toegankelijkheid van de zorg verbetert, er is meer tijd en aandacht voor op de patiënt afgestemde voorlichting en er zijn sterke aanwijzingen dat ook de veiligheid en effectiviteit toenemen.

3.1 Intensievere behandeling en begeleiding van patiënten

Betere zorg als gespecialiseerde niet-artsen routinematige handelingen uitvoeren

Veel voorspelbare en routinematige medische handelingen die nu nog vaak door artsen worden uitgevoerd, kunnen heel goed – of zelfs beter – door speciaal hiervoor opgeleide andere beroepsgroepen worden verricht. Dit geldt bijvoorbeeld voor patiënten met een chronische ziekte zonder bijkomende aandoeningen (comorbiditeit). Gespecialiseerde verpleegkundigen, nurse practitioners, physician assistants en praktijkondersteuners bij huisartsen volgen in het algemeen protocollen beter dan de arts en hebben – door meer contactmomenten met patiënten – hun medicatie ook sneller ingeregeld. Meer contact leidt er bovendien toe dat complicaties eerder aan het licht komen. Deze ontwikkeling leidt derhalve tot effectievere en veiliger zorg voor patiënten.

Er is ook meer tijd en aandacht voor begeleiding van patiënten en voorlichting over de behandeling en leefstijl. Uit het onderzoek van de inspectie kwamen veel voorbeelden naar voren waar chronische patiënten actief gevolgd werden, waardoor het voor patiënten ook moeilijker wordt zich aan de behandeling te onttrekken (ze worden nagebeld als ze niet komen). Dit is een uitbreiding van de zorg die voorheen door artsen niet werd geboden.

3.2 Betere basiszorg in care-sector als deze van tweede naar eerste lijn verschuift

Betrokken zorgverleners zien positieve effecten

Ook in de care-sector lijken de veiligheid en effectiviteit van de zorg toegenomen bij de twee voorbeelden die de inspectie heeft onderzocht. Geïnterviewden (zowel medisch specialisten, als verpleeghuisartsen, huisartsen en nurse practitioners) zien dat de verschuiving van tweede naar de eerste lijn gunstig is voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Maatschappelijke ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat meer gehandicapten in woonwijken wonen, vaak op grote afstand van het instellings-terrein. Daardoor verschuift de basis-medische zorg van de instellingsarts en later

de AGV naar huisartsen en nurse practitioners. Oudere psychiatrische patiënten verhuizen vaker van een GGZ-instelling naar verpleeg- of verzorgingshuizen, waardoor de medische zorg ook naar de verpleeghuisarts of huisarts verschuift.

Meer aandacht voor kwaliteit van leven

Geïnterviewden geven aan dat er in de nieuwe woonsituatie meer aandacht is voor kwaliteit van leven en dat bewoners minder als patiënt worden gezien. Dit wordt echter zelden bij bewoners of hun relaties getoetst.

3.3 Taken en verantwoordelijkheden vastleggen en protocollair werken

Vastleggen taken en verantwoordelijkheden

Instellingen en beroepsgroepen doen zelf veel om risico's die door taakherschikking kunnen ontstaan, te beperken. Dit geldt in alle onderzochte sectoren. De taken en verantwoordelijkheden zijn in de onderzochte casus in het algemeen goed vastgelegd en geprotocolleerd. Soms gebeurt dit al aan het begin van een taakherschikkingproject, soms later, bijvoorbeeld in het kader van HKZ-certificering. In protocollen zijn potentiële risico's ondervangen. De protocollen zijn operationeel en meestal geborgd. Ook supervisie en casusbesprekingen zijn veel voorkomende manieren om risico's te verminderen.

Opleiding en nascholing

Een ander belangrijk punt is het borgen van goede scholing en nascholing. Dat is nog niet voor alle nieuwe beroepsgroepen goed geregeld. Zo ontbreekt de verplichte nascholing voor praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk. Er is een betere match nodig tussen de eisen die taakherschikking stelt aan diverse beroepsgroepen en de competenties waar de reguliere opleidingen zich op richten. Dit geldt niet alleen voor de nieuwe beroepen. Ook aan artsen worden andere eisen gesteld – ze zijn niet meer de overall behandelaar. Door taakherschikking richten zij zich vooral op de behandeling van complexe gevallen, en worden ze coördinator van de zorg.

4 Risico's op onverantwoorde zorg

De inspectie is positief over de mate waarin risico's onderkend worden door instellingen en beroepsbeoefenaren. Dit neemt niet weg dat er wel degelijk risico's bestaan, en niet altijd is duidelijk in hoeverre deze adequaat en structureel zijn ondervangen.

Hierna worden de belangrijkste risico's besproken die het niveau van de individuele zorgaanbieder overstijgen. In het hoofdrapport staan de risico's en aanbevelingen per sector.

4.1 Versnippering van de zorg: wie houdt het overzicht?

Versnippering zorg kan risico vormen voor patiënt

De toenemende specialisatie die zich zowel in ziekenhuizen als huisartsenpraktijken voltrekt, heeft als keerzijde dat de zorg versnipperd wordt. En wie heeft dan nog het overzicht over de behandeling van een individuele patiënt? Vooral voor patiënten met meerdere aandoeningen (comorbiditeit) is dit een risico.

Het is niet ondenkbaar dat een patiënt die bijvoorbeeld zowel diabetes heeft als COPD, door verschillende gespecialiseerde verpleegkundigen of praktijkondersteuners wordt behandeld zonder dat de huisarts hem regelmatig ziet. Kan bijvoorbeeld een verpleegkundige die gespecialiseerd op één terrein is, ook adequaat signalen van andere aandoeningen herkennen? Weet hij of zij hoe verschillende typen medicatie op elkaar inwerken? Ook in ziekenhuizen speelt dit risico voor patiënten met comorbiditeit. Multidisciplinair patiëntenoverleg waarbij tevens de gespecialiseerde verpleegkundigen of nurse practitioners van verschillende afdelingen zijn betrokken, is wenselijk.

Korte lijnen zijn van belang

De gespecialiseerde verpleegkundige moet bij twijfel snel de desbetreffende arts kunnen raadplegen of de patiënt meteen naar de arts kunnen doorsturen.

4.2 Risico op fouten bij overdracht en afstemming: gezamenlijk dossier noodzakelijk

Als instellingen of afdelingen bewust kiezen voor taakherschikking, lijkt men zich goed te realiseren dat het betrekken van meer personen in de zorg voor een patiënt leidt tot meer potentiële risico's. Vaak hebben deze instellingen juist over de overdracht en afstemming goede afspraken gemaakt, waardoor er op dit punt geen problemen ontstaan. In de verstandelijk gehandicaptenzorg was de taakherschikking

voor instellingen een stimulans om met elektronische patiëntendossiers te gaan werken.

Dit is echter nog lang niet overal het geval. Zo hebben in ziekenhuizen specialistische afdelingen vaak nog eigen dossiers, soms naast een algemeen dossier. Ook de dossiers van huisartsen en bijvoorbeeld de verpleeghuisarts of AVG corresponderen niet altijd met elkaar. Er zijn echter geen aanwijzingen dat de overdracht slechter is geworden na invoering van taakherschikking.

4.3 Behandelingsvrijheid niet-artsen vraagt om goede waarborgen in protocollen en wet- en regelgeving

Verantwoordelijkheden inzichtelijk maken

Nurse practitioners, gespecialiseerde verpleegkundigen of praktijkondersteuners hebben een grote eigen handelingsvrijheid. Ze weten op bepaalde terreinen, zoals een patiënt snel en adequaat instellen op medicatie, vaak meer dan de arts. Die kan dan inhoudelijke beslissingen minder goed beoordelen, en zal zich er meer op richten of procedures zorgvuldig zijn gevolgd.

Waar taken van artsen naar niet-artsen verschuiven, is het van groot belang dat duidelijk is wie waarvoor verantwoordelijk is. Ook voor patiënten is dit belangrijke informatie, die in een protocol moet zijn vastgelegd.

Voorschrijven van medicatie door verpleegkundigen wordt mogelijk gemaakt

Medicatie wordt soms zelfstandig voorgeschreven door nurse practitioners, praktijkondersteuners of physician assistants.

Sinds juli 2007 is de Wet op de geneesmiddelenvoorziening (WOG) gewijzigd en de Geneesmiddelenwet van kracht. Verpleegkundigen mogen – onder voorwaarden – medicatie voorschrijven. De Wet BIG zou hierop via een experimenteerartikel en algemene maatregel van bestuur nog nader aangepast moeten worden. De inspectie oordeelt positief over deze verruiming van bevoegdheden.

Uitbreiding beroepsgroepen BIG-register wenselijk

Voor beroepen die in het BIG-register zijn opgenomen, zijn de eisen duidelijk. Zij vallen ook onder het tuchtrecht. Dit geldt bijvoorbeeld niet voor praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk, die onder meer bij de behandeling van diabetespatiënten een grote eigen behandelingsvrijheid hebben. Zij zijn net als sommige physician assistants niet in het BIG-register opgenomen en zijn ook niet verplicht om bijscholing te volgen. Dat vindt de inspectie een onwenselijke situatie.

4.4 Toegankelijkheid specialistische zorg bij taakherschikking in de care-sector is risicofactor

Toegankelijkheid medisch specialisten

Een mogelijk risico is dat de toegankelijkheid van specialistische zorg minder kan worden dan in de oude situatie. In de gehandicaptenzorg en ouderenzorg zijn voorbeelden onderzocht waar taken worden verschoven van de ene arts naar de andere (bijvoorbeeld van psychiater in een GGZ-instelling naar de verpleeghuisarts of huisarts). Voor sommige artsen is de drempel om de psychiater of AVG in te schakelen vrij hoog. In de onderzochte casus heeft dit – ook volgens de betrokken medisch specialisten – niet tot problemen voor patiënten geleid.

Vergoedingensysteem als risicofactor voor kwaliteit van zorg

Het vergoedingensysteem houdt onvoldoende rekening met taakherschikking. Dit geldt bijvoorbeeld voor verpleeg- en verzorgingshuizen die oudere psychiatrische patiënten overnemen van een GGZ-instelling. Scholing en begeleiding door de GGZ is hierbij van groot belang omdat medewerkers adequaat moeten leren omgaan met de ziektebeelden en behoeften van deze groep bewoners. Vanaf januari 2008 wordt deze dienstverlening van de GGZ echter niet meer door de verzekeraars gefinancierd. De verwachting is dat dit tot serieuze problemen voor de kwaliteit van zorg kan leiden.

5 Aanbevelingen

5.1 Onderzoeksprogramma nodig om effecten taakherschikking op kwaliteit van zorg vast te stellen

Verkenkend onderzoek te beperkt om algemene conclusies te trekken

De beperking van dit inspectieonderzoek is dat slechts gekeken is naar een beperkt aantal vormen van taakherschikking in een beperkt aantal instellingen. Hoewel dit onderzoek voor de inspectie aan haar doel voldoet – inzicht in risico's om hiermee beter rekening te kunnen houden bij het toezicht – is het onderzoek te beperkt voor het trekken van harde algemene conclusies.

Gedegen onderzoek naar de effecten van taakherschikking op de veiligheid, effectiviteit, toegankelijkheid en patiëntgerichtheid van de zorg ontbreekt. Instellingen meten zelf zelden de effecten van het anders organiseren van zorgprocessen op de kwaliteit van zorg. Ook onderzoeksinstellingen hebben zich tot nu toe vooral op andere aspecten van taakherschikking gericht. Dit terwijl er steeds meer en steeds verdergaande vormen van taakherschikking ontstaan, waarbij steeds meer taken van artsen door niet-artsen kunnen worden uitgevoerd.

De inspectie zal de instellingen stimuleren om zelf onderzoek te doen naar de effecten van hun beleid op het gebied van taakherschikking en naar de tevredenheid van de patiënten en zorgverleners op dit punt.

Aanbeveling aan de minister van VWS

- 1 De inspectie vraagt de minister van VWS om een onderzoeksprogramma in te richten bij ZonMw naar de effecten van taakherschikking op de uitkomsten van de zorg. Speciale aandacht wordt gevraagd voor veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid en toegankelijkheid van de zorg.

5.2 Instellingen en beroepsgroepen moeten taakherschikking benutten voor verbeteren kwaliteit van zorg

Aanbevelingen aan directies van instellingen en beroepsgroepen

- 2 Directies van instellingen en de betrokken beroepsgroepen moeten bij de behandeling van chronische zieken de mogelijkheden van taakherschikking vaker benutten om de kwaliteit van zorg te verbeteren.
- 3 Het management van zorginstellingen dient bij taakherschikking het zorgproces zodanig in te richten dat integrale zorg geborgd is en dat duidelijk is wie de regie heeft over het gehele zorgproces.

5.3 Minister, zorgverzekeraars en Nederlandse Zorgautoriteit: voorwaarden scheppen voor verantwoorde uitvoering taakherschikking

Aanbevelingen aan de minister van VWS

- 4 De inspectie vraagt de minister van VWS om met wet- en regelgeving ontwikkelingen te stimuleren en te faciliteren, die de professionaliteit borgen van beroepsgroepen die in het kader van taakherschikking structureel medische taken uitvoeren.

Aanbevelingen aan zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit

- 5 De inspectie vraagt zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit om voldoende flexibiliteit in het vergoedingensysteem om taakherschikking mogelijk te maken.



DEEL II: RESULTATEN PER SECTOR

1 Inleiding

1.1 Aanleiding voor deze Staat van de Gezondheidszorg

De organisatie van de gezondheidszorg is altijd dynamisch geweest. Dat geldt ook voor de taakverdeling tussen professionals die bij de medische zorg betrokken zijn. Artsen hebben in de loop der tijd veel taken afgestoten die ook heel goed door anderen overgenomen konden worden. Zo ligt de tijd ver achter ons dat je voor een 'brilrecept' naar de oogarts moest. En ook medische handelingen zoals het geven van injecties en meten van de bloeddruk zijn verschoven naar onder meer verpleegkundigen. De laatste jaren zet de vernieuwde verdeling van taken zich in hoog tempo door. Er ontstaan nieuwe beroepen, zoals de nurse practitioner en physician assistant, die medische taken van de arts overnemen. Zij nemen taken over van de arts die routinematig en goed protocollieerbaar zijn, zoals het instellen van chronisch zieke patiënten op medicatie en het verrichten van kleine ingrepen.

Dit proces van taakherschikking vindt niet alleen plaats door taken van de arts naar andere beroepsgroepen te verschuiven. Ook tussen artsen onderling treden verschuivingen op. Huisartsen krijgen te maken met nieuwe patiëntengroepen doordat bewoners die eerst in grootschalige instellingen voor verstandelijke gehandicaptenzorg woonden, steeds vaker in kleinschalige voorzieningen in woonwijken worden ondergebracht. Waar bijvoorbeeld eerst de Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) de medische zorg voor bewoners verzorgde, verschuift dit om praktische redenen naar huisartsen. De AVG wordt meer een tweedelijns arts die zich verder kan specialiseren. Ook vindt verschuiving plaats van verpleegkundigen naar verzorgenden.

Taakherschikking kent evenveel aanleidingen als er vormen zijn. Soms wordt bijvoorbeeld een (dreigend) tekort aan artsen opgevangen door de taken nog eens goed tegen het licht te houden en waar mogelijk taken van de arts naar andere beroepsbeoefenaren over te brengen. Maar ook het patiëntgericht maken van de zorg kan een aanleiding zijn, evenals efficiency-overwegingen.

Vanuit het perspectief van patiënten en cliënten is het van belang dat de zorg – hoe deze ook georganiseerd is – veilig, effectief, patiëntgericht en toegankelijk is. Er is weinig onderzoek beschikbaar naar de effecten van taakherschikking op de kwaliteit van zorg. Dat is opmerkelijk omdat taakherschikking een vlucht neemt in alle sectoren van de zorg. Voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg is dit voldoende aanleiding om de Staat van de Gezondheidszorg 2007 aan kwaliteit van zorg na taakherschikking te wijden.

1.2 Omschrijving van taakherschikking

Het kernbegrip in dit onderzoek is taakherschikking. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002) definieert taakherschikking als “het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen”. Voor deze Staat van de Gezondheidszorg beperkt de inspectie zich tot taken die structureel overgaan van een arts naar een niet-arts (zoals een nurse practitioner of gespecialiseerde verpleegkundige), van een gespecialiseerde arts naar een generalistische arts of van verpleegkundigen naar verzorgenden.

In de praktijk valt een breed scala aan veranderingen in de taakverdeling waar te nemen, die inhoudelijk veel van elkaar verschillen. De inspectie is zich ervan bewust dat er vele termen in omloop zijn om de verschillende varianten te benoemen, zoals taakdifferentiatie, taakverschuiving en taakdelegatie. In deze Staat van de Gezondheidszorg omvatten we dit allemaal onder de noemer taakherschikking.

Een belangrijk aspect van taakherschikking is de vraag of er naast taken ook verantwoordelijkheden worden overgedragen. Dat onderscheid blijkt in de praktijk echter niet scherp te zijn. Wanneer een lager opgeleide zorgprofessional binnen de kaders van een vastgesteld protocol zelfstandig beslissingen mag nemen, is er dan sprake van overdracht van verantwoordelijkheden? Sommigen menen van wel, omdat er sprake is van beslissingsruimte, anderen menen van niet, omdat die beslissingsruimte strikt is vastgelegd. Het verschil lijkt gradueel. Uit dit alles blijkt dat het begrip ‘taakherschikking’ een containerbegrip lijkt, waaronder vrijwel alles valt dat te maken heeft met het bewust nadenken over het structureel herverdelen van taken.

1.3 Doel en opzet van het onderzoek

Doelstelling en deelvragen

De inspectie heeft als doel met dit onderzoek inzicht te verwerven in de gevolgen die taakherschikking in verschillende sectoren heeft op de kwaliteit van zorg, de potentiële risico’s die eraan verbonden zijn en in de wijze waarop deze risico’s worden beperkt. De resultaten van dit verkennende onderzoek zijn voor de inspectie ook van belang om het toezicht effectiever op potentiële risico’s van taakherschikking te kunnen toespitsen.

De enorme diversiteit aan vormen van taakherschikking maakt het noodzakelijk een selectie te maken. Dit onderzoek beperkt zich daarom tot vijf sectoren waarin één vorm van taakherschikking is onderzocht.

De vijf onderzochte vormen van taakherschikking zijn:

- *Huisartsenzorg voor diabetespatiënten.* Zorg verschuift van huisarts naar praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen.

- *Ziekenhuis: hartfalenpoli en hartchirurgie.* Hier nemen gespecialiseerde verpleegkundigen, nurse practitioners en physician assistants gestandaardiseerde taken over van de specialist.
- *Ouderenzorg: ouderen met chronische psychiatrische problemen.* Patiënten verhuizen van GGZ-instelling naar verpleeg- en verzorgingshuizen. De medische zorg wordt overgenomen door de verpleeghuisarts of huisarts.
- *Verstandelijk gehandicaptenzorg.* Verschuiving van Arts Verstandelijk Gehandicapten (AGV) naar huisarts en nurse practitioner.
- *GGD Infectieziektebestrijding.* Herschikking van taken van arts naar de sociaal verpleegkundige.

In dit onderzoek worden de volgende deelvragen beantwoord:

- Hoe ziet de taakherschikking eruit in de geselecteerde voorbeelden?
- Welke effecten heeft taakherschikking op de kwaliteit van zorg (veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid en toegankelijkheid)?
- Wat zijn de mogelijke risico’s en hoe is beperking hiervan gewaarborgd?

Werkwijze

Dit onderzoek bestaat uit twee componenten: literatuuronderzoek en inspectiebezoeken aan instellingen in elke deelsector. Prismant heeft de uitvoering van dit onderzoek ondersteund. Op basis van literatuuronderzoek naar taakherschikking in de Nederlandse gezondheidszorg is een vragenlijst opgesteld. Deze is gebruikt in de gesprekken met beroepsbeoefenaren in elke deelsector. Voor de casus ‘diabeteszorg in de huisartsenpraktijk’ zijn 39 huisartsenpraktijken bezocht. Voor de overige casus zijn steeds 10 instellingen bezocht, waar met bij taakherschikking betrokken beroepsbeoefenaren is gesproken. De analyse van de resultaten vormde de input voor een discussie binnen de inspectie en met externe experts. Dit alles resulteert in de beschrijving per deelsector in de volgende hoofdstukken.

Reikwijdte van het onderzoek

Dit is een verkennend onderzoek, waarbij een eerste inzicht wordt verkregen in de gevolgen van taakherschikking voor de kwaliteit van zorg. De inspectie pretendeert niet een wetenschappelijk verantwoord beeld te presenteren. Wel biedt het voldoende aanknopingspunten voor de inspectie voor het aanscherpen van zijn toezichtkader. En voor nader (wetenschappelijk) onderzoek. Een andere beperking van dit onderzoek is dat niet met patiënten gesproken is. Binnen de kaders van dit onderzoek was het niet haalbaar om een betrouwbaar beeld te krijgen van patiëntenervaringen. Voor vervolgonderzoek vindt de inspectie het wel van groot belang de ervaringen van patiënten te betrekken.

2 Taakherschikking in de huisartsenpraktijk: diabeteszorg

Dit hoofdstuk beschrijft de taakherschikking in de huisartsenzorg op het gebied van de diabeteszorg. Het gaat om de herschikking van structurele taken van de huisarts naar de praktijkondersteuner huisartsen.

In totaal zijn 39 huisartsenpraktijken bezocht; het betreft zowel solo- als groepspraktijken en praktijken die deel uitmaken van een gezondheidscentrum. De inspectie heeft gesprekken gevoerd met zowel huisartsen als praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst.

2.1 Conclusies

- In de diabeteszorg komt het herschikken van goed protocolleerbare taken van de huisarts naar de praktijkondersteuner huisartsen en gekwalificeerde dokters-assistenten de kwaliteit van de zorg ten goede. Dat geldt zowel voor de effectiviteit, veiligheid, toegankelijkheid en patiëntgerichtheid van de diabeteszorg.
- Vooral de zorg voor chronische patiënten komt in aanmerking voor taakherschikking en kan worden uitgevoerd door de praktijkondersteuner. Een aanzienlijk deel van de zorg voor deze patiënten is goed te protocolleren, zoals controle, monitoring en signalering van problemen. Praktijkondersteuners zien de patiënten frequenter dan de arts voorheen. Daardoor kunnen zij hen beter onder controle houden en therapietrouw bevorderen. Problemen komen eerder aan het licht, wat de effectiviteit en patiëntveiligheid ten goede komt.
- Patiënten zijn in het algemeen zeer tevreden met diabeteszorg zoals die na taakherschikking vorm heeft gekregen. Praktijkondersteuners hebben vaak meer tijd voor de patiënt, zijn gemakkelijker te bereiken en de drempel voor de patiënt om vragen te stellen en zorgen te uiten is lager dan bij de huisarts.
- Taakherschikking brengt geen extra risico's met zich mee, wanneer aan een aantal voorwaarden is voldaan. Zo moeten de ondersteuners adequaat zijn opgeleid en zich strikt houden aan de grenzen die de protocollen hen voorschrijven. Verder moet er binnen de huisartsenpraktijk een goede communicatiestructuur zijn, waarin ruimte is voor zowel ad hoc overleg op patiënteniveau als systematisch overleg over patiëntengroepen en te volgen procedures. Tenslotte dient te allen tijde de huisarts verantwoordelijk te zijn voor het zorgproces als geheel.

2.2 Taakverdeling en zorgproces na taakherschikking

2.2.1 Taken van de betrokken professionals

Het algemene beeld is dat de zorg voor diabetespatiënten in de eerste lijn wordt overgedragen van de huisarts naar de doktersassistente, de praktijkondersteuner huisarts (POH) of de diabetesverpleegkundige. Soms is de zorg vrijwel geheel overgedragen, soms gedeeltelijk. Op dit algemene beeld worden echter vele variaties aangetroffen die mede afhangen van de aard van de huisartsenpraktijk (solo-, duo- of groepspraktijk), van de locatie (zelfstandige praktijk of gehuisvest in een gezondheidscentrum) en van de ontstaansgeschiedenis van de taakherschikking.

Er is wel een verschil in taakoverdracht, afhankelijk van de opleiding van degene aan wie taken worden overgedragen:

- Doktersassistenten (mede afhankelijk van de vraag of zij een aanvullende opleiding hebben) voeren de eenvoudige diabeteszorg uit. Zij voeren controles uit bij stabiele patiënten die geen of orale medicatie gebruiken.
- De taken en verantwoordelijkheden van praktijkondersteuners verschillen. Sommigen hebben beperkte taken in de diabeteszorg, anderen doen er veel meer in, bijvoorbeeld ook insuliner therapie. Uit de inspectiebezoeken komt de indruk naar voren dat deze laatste groep in omvang toeneemt.
- Diabetesverpleegkundigen zijn meestal werkzaam in de eerste lijn of in de thuiszorg. Zij kunnen volledige diabeteszorg leveren. Zij weten vaak meer van bijvoorbeeld insuliner therapie dan de huisarts.^[1]

Soms heeft ook het huisartsenlaboratorium een rol. Deze kan verschillen, zowel naar de aard van de onderzoeken die daar worden verricht als de rol die zij hebben in de logistiek van de patiëntencontroles.

2.2.2 Het zorgproces

De taakherschikking in de diabeteszorg in de eerste lijn resulteert in een zorgproces dat er in grote lijnen als volgt uitziet.

De huisarts stelt de diagnose en verzorgt de startmedicatie. Daarna wordt de regie van het zorgproces overgedragen aan de praktijkondersteuner. Deze zorgt ervoor dat de patiënt driemaandelijks op controle komt en voert deze controles zelfstandig uit. Eens per jaar vindt een meer uitgebreide controle plaats. In veel gevallen doet de huisarts dit zelf, maar het blijkt dat deze jaarcontrole ook vaak aan de praktijkondersteuner

[1] De terminologie voor de ondersteunende beroepen is niet altijd duidelijk. Soms wordt gesproken over een 'praktijkverpleegkundige', soms is de praktijkondersteuner zelf van oorsprong een diabetes-

verpleegkundige. Vanwege de leesbaarheid zal in de rest van dit hoofdstuk 'praktijkondersteuner' als verzamelterm worden gebruikt.

wordt overgelaten. In het algemeen ‘ziet’ de huisarts iedere diabetespatiënt echter tenminste één keer per jaar. Daarnaast houdt de huisarts hoe dan ook overzicht door dat hij met de praktijkondersteuner alle patiënten nabespreekt en/of via de computer alle uitslagen van de controles kan volgen. In geval van complicaties of comorbiditeit (bijkomende aandoeningen) komt de patiënt altijd bij de huisarts terecht.

*Soms willen patiënten zelf niet meer naar de jaarcontrole door de huisarts.
“Er gebeurt zo weinig bij de dokter”.*

De huisarts is verantwoordelijk voor de medicatie. De praktijkondersteuner kan wel een voorstel doen voor medicatie, maar in veel gevallen controleert de huisarts ieder recept en ondertekent het. In sommige praktijken heeft de praktijkondersteuner hierin meer verantwoordelijkheid. Daar is bijvoorbeeld afgesproken dat de praktijkondersteuner binnen de grenzen van een vastgesteld protocol zelf aanpassingen in de medicatie mag verrichten. Met de apotheek zijn dan afspraken gemaakt over de aflevering van de betreffende medicijnen. Maar ook in die situaties is de huisarts verantwoordelijk voor de medicatie.

In de meeste gevallen is het de doktersassistente die de patiënten oproept voor de driemaandelijke of jaarlijkse controle. Soms verzorgt de praktijkondersteuner dat zelf. Wanneer patiënten niet op hun afspraak komen, worden zij nagebeld. Daardoor worden mensen gestimuleerd om zich te houden aan de discipline van de driemaandelijke controles.

De praktijkondersteuner kan de patiënt binnen de grenzen van het protocol doorverwijzen naar andere zorgprofessionals, zoals de diëtist, de podotherapeut of de fysiotherapeut. Het zelfde geldt ook voor het laten uitvoeren van bepaalde onderzoeken door bijvoorbeeld het huisartsenlaboratorium. Eventuele verwijzingen naar de internist gaan altijd via de huisarts.

Op dit algemene beeld van het zorgproces zijn vele varianten te zien. Soms doet de huisarts zelf helemaal geen controles meer van diabetespatiënten, ook al blijft hij ze wel één keer per jaar zien. In andere situaties speelt de diabetesverpleegkundige uit de thuiszorg of de tweede lijn een rol, wanneer bijvoorbeeld patiënten moeilijk zijn in te stellen. In groepspraktijken is er soms één huisarts die zich specialiseert in diabeteszorg. Deze wordt dan het aanspreekpunt van de praktijkondersteuner. Dat neemt niet weg dat de eigen huisarts altijd verantwoordelijk blijft voor de zorg aan zijn of haar patiënt.

2.3 Taakherschikking en de kwaliteit van zorg

2.3.1 Patiëntveiligheid

Een belangrijk aspect van taakherschikking is de vraag wat de gevolgen zijn voor de patiëntveiligheid. Loopt de patiënt meer risico bij een herschikking van taken of juist minder? Over het algemeen zijn de professionals van mening dat de patiëntveiligheid door de taakherschikking is toegenomen. Voor die mening worden de volgende argumenten gegeven:

- Het is voor patiënten minder gemakkelijk om zich aan controles te onttrekken. Wanneer een patiënt niet op een afspraak verschijnt, wordt hij nagebeld (desnoods meerdere malen) en meestal resulteert dat erin dat de patiënt alsnog op controle komt.
- Door de strakke, regelmatige controles vallen onzorgvuldige patiënten eerder op en kunnen zij worden gecorrigeerd. Patiënten zijn zodoende beter ingesteld en er zijn minder ontregelingen.
- Doordat wordt gewerkt volgens strakke protocollen, komen eventuele complicaties eerder aan het licht. Zo melden meerdere praktijken bijvoorbeeld dat bij alle diabetespatiënten jaarlijks voet- en oogcontroles plaatsvinden. Daardoor worden problemen eerder opgemerkt en kan actie ondernomen worden. Enkele praktijken melden dat er meer voetafwijkingen zijn geconstateerd sinds de taakherschikking is ingevoerd.
- In de meeste gevallen ziet de huisarts conform het afgesproken protocol diabetespatiënten tenminste éénmaal per jaar. Dat is zeker het geval wanneer sprake is van problemen. Het komt er dus in feite op neer dat de patiënt door twee paar ogen wordt gevolgd; die van de praktijkondersteuner en die van de huisarts.
- Er wordt vrijwel geen melding gemaakt van (bijna-)ongelukken in de huisartsenpraktijk.

Een bijzonder aspect van de taakherschikking is de vraag of de patiëntveiligheid in het geding komt doordat er meer schakels in het zorgproces zijn. Geen van de geïnterviewden ziet dit echter als een gevaar voor de patiëntveiligheid. Sommigen stellen zelfs dat de veiligheid toeneemt, omdat er strikter volgens een protocol wordt gewerkt en de betrokken professionals elkaar daarin controleren.

Wel wordt erop gewezen dat de ‘keten’ alleen goed kan werken als de overdracht van gegevens zorgvuldig gebeurt. Goede communicatie is noodzakelijk, want de mogelijkheid van informatieverlies tussen de verschillende schakels in de zorgketen is altijd aanwezig. In dit verband is het wenselijk dat de zorgverlening onder één dak plaatsvindt. Daarbij is het goed om op te merken dat de ketenzorg voor diabetespatiënten door taakherschikking beter beheersbaar is dan vroeger. Diabeteszorg is nu primair de taak van de eerste lijn, terwijl vroeger vaker de tweede lijn een rol speelde.

In geen enkele huisartsenpraktijk werd als gevaar gezien dat ten gevolge van de taakherschikking patiënten te laat zouden worden doorverwezen. Integendeel. Door de regelmatige controles van patiënten volgens strikte protocollen worden eventuele problemen sneller gesignaleerd en is er eerder kans dat mensen te vroeg dan te laat worden doorverwezen.

Het begrip 'veiligheid' kan ook op het niveau van de huisartsenpraktijk als geheel worden gedefinieerd. Ook op dat niveau neemt de patiëntveiligheid toe. Door taakherschikking en strikt protocollair werken krijgt de huisarts zicht op de volledige populatie aan diabetespatiënten in zijn praktijk en – bij een goede registratie – op het verloop van hun ziekte.

2.3.2 Effectiviteit

Over het algemeen oordelen de geïnterviewden positief over de effectiviteit van taakherschikking in de diabeteszorg. Sommige praktijken beschikken over harde (spiegel)informatie om de ontwikkelingen van een aantal hiervoor belangrijke parameters objectief in beeld te krijgen. Andere beschikken (nog) niet over dergelijk cijfermateriaal en hebben impressies weergegeven.

Door geïnterviewden zijn de volgende verbeteringen in de effectiviteit van de diabeteszorg in de huisartsenpraktijk aangegeven na invoering van de taakherschikking:

- Patiënten zijn sneller op hun medicatie ingesteld. In een aantal gevallen ontdekten men na invoering van de taakherschikking dat sommige diabetespatiënten daarvoor niet optimaal waren ingesteld.
- Allerlei parameterwaarden zijn aantoonbaar verbeterd. Zo hebben patiënten gemiddeld een lagere cholesterolverwaarde, lagere glucosewaarden in het bloed, en een lagere bloeddruk. Er worden minder complicaties waargenomen, zoals door diabetes veroorzaakte oogaandoeningen, amputaties en nierdialyses.
- Patiënten worden gestimuleerd tot een gezondere leefstijl. Er zijn minder patiënten die roken. Patiënten gaan gemiddeld meer bewegen.
- De therapietrouw van diabetespatiënten neemt toe. Wanneer mensen eenmaal in het zorgproces zijn opgenomen, wordt uitval steeds beter voorkomen.
- Er vallen steeds minder diabetespatiënten buiten de boot. Diagnoses worden eerder gesteld.

2.3.3 Patiëntgerichtheid

Duidelijk is dat door de taakherschikking de patiëntgerichtheid van de huisartsenzorg sterk is toegenomen. Het feit dat er een apart spreekuur is ingesteld voor de groep diabetespatiënten, is al een teken van de verbetering van de patiëntgerichtheid. Meer specifiek worden de volgende verbeteringen genoemd:

- Er is meer tijd en aandacht voor voorlichting en educatie van de patiënt waardoor deze meer inzicht krijgt in zijn ziekte en in de mogelijke gevolgen daarvan. Daardoor zien patiënten beter het nut in van de verschillende onderdelen van het zorgproces en zijn ze meer gemotiveerd om zich aan de afspraken en adviezen te houden. Patiënten worden hiermee ook meer verantwoordelijk voor (het verloop van) de eigen aandoening.
- De zorg is laagdrempelig geworden. Praktijkondersteuners hebben meer tijd voor de patiënt en het blijkt dat patiënten hen meer durven te vragen en hun onzekerheden meer durven te uiten. Door de grotere aandacht voor de patiënt is het beter mogelijk om zorg op maat te leveren.
- Er ontstaat een voor de patiënten heldere structuur in het zorgproces en er is een betere controle op het nakomen van afspraken.
- Door het werken met protocollen is er meer zorgvuldigheid in de zorgverlening ontstaan. Patiënten blijken deze grotere zorgvuldigheid te waarderen.

Bij de huisartsenpraktijken die taakherschikking in de diabeteszorg hebben doorgevoerd, heerst algemeen het beeld dat patiënten zeer tevreden zijn over deze vernieuwing van de zorgverlening. In een beperkt aantal praktijken is hiernaar ook daadwerkelijk een patiëntwaarderingsonderzoek uitgevoerd. De uitslagen van deze onderzoeken bevestigen het beeld van een grote tevredenheid onder de patiënten. Men is vooral tevreden over het feit dat er meer tijd voor de patiënt beschikbaar is. Een impliciete bevestiging van dit beeld is dat er geen klachten zijn gesignaleerd over de nieuwe manier van werken. De enige klacht die enkele keren is genoemd, is dat de praktijkondersteuner te streng zou zijn. Dat hoort bij een zorgproces, waarin strikt(er) protocollair wordt gewerkt. In enkele gevallen is echter ook opgemerkt dat huisartsen zich soms wat minder streng aan de protocollen houden, omdat zij rekening willen houden met de persoonlijke situatie van de patiënt.

2.3.4 Toegankelijkheid

Zoals hiervoor op een aantal plaatsen al is aangegeven: het beeld overheerst dat de zorg toegankelijker is geworden. De drempel naar een praktijkondersteuner is lager dan naar de huisarts, en de bereikbaarheid is meestal goed. Een en ander is uiteraard afhankelijk van de omvang van de weektaak van de praktijkondersteuner of andere professionals.

Incidenteel klagen patiënten dat ze de huisarts te weinig zien. Algemeen wordt echter aangegeven dat patiënten die contact met de huisarts willen over hun diabetes, daartoe altijd in de gelegenheid worden gesteld. Tegenover dit signaal wordt ook in enkele gevallen gemeld dat de huisarts er juist aan moest wennen dat door de patiënt niet naar hem, maar naar de praktijkondersteuner werd gevraagd.



2.4 Risico's en risicobeheersing

2.4.1 Mogelijke risico's

Door de betrokken partijen worden verschillende risico's genoemd die zich kunnen voordoen bij de hier beschreven vormen van taakherschikking in de diabeteszorg in de huisartsenpraktijk. De genoemde risico's kunnen als volgt worden samengevat.

- De praktijkondersteuner treedt buiten de grenzen van het afgesproken protocol ('dokterje spelen'). Tegelijkertijd dreigt ook het gevaar dat het volgen van het protocol belangrijker wordt gevonden dan de kwaliteit van leven van de patiënt. Er is een zekere vrees voor meer 'fabrieksmatige' zorg. Ook wordt gevreesd dat sterk protocollair werken leidt tot overbehandeling en medicalisering.
- Door de 'versnippering' van de zorg verliest de huisarts het overzicht en raakt daarmee de regie op het zorgproces kwijt. Dat gevaar kan zich voordoen op het niveau van de praktijk als geheel, maar ook ten aanzien van de individuele patiënten. Een concreet voorbeeld daarvan is het gevaar van interacties of bijwerkingen van medicijnen, wanneer de patiënt voor de ene aandoening bij de huisarts komt en voor de andere bij de praktijkondersteuner.
- De huisarts verliest kennis en vaardigheden op het gebied van de diabeteszorg. Een geïnterviewde merkte op dat jonge huisartsen al bijna geen diabetespatiënten meer zien. In het verlengde hiervan werd gewezen op het gevaar dat de huisarts als gevolg van een (te) groot vertrouwen in de kwaliteiten van de praktijkondersteuner geen controle meer uitvoert op diens werkzaamheden.
- Tenslotte wordt gewezen op het gevaar dat de praktijkondersteuner zaken over het hoofd ziet of signalen van de patiënt mist, omdat die niet direct in verband worden gebracht met de diabetes. Ook kan de patiënt zijn situatie beter laten lijken dan deze in werkelijkheid is. De huisarts, die de patiënt breder kent, kan daar doorheen kijken; de praktijkondersteuner die de patiënt maar op één aspect beoordeelt, kan zich daardoor laten misleiden.

2.4.2 Inperken van risico's

Hiervoor zijn vier clusters van risico's beschreven die kunnen ontstaan door processen van taakherschikking. Kort samengevat: de praktijkondersteuner handelt buiten de protocollen; de huisarts verliest het overzicht; de huisarts verliest kennis en vaardigheden; de praktijkondersteuner mist belangrijke signalen. In deze paragraaf wordt beschreven hoe die risico's in de praktijk worden ingeperkt.

Bevoegdheden en verantwoordelijkheden

De integrale verantwoordelijkheid voor de zorg aan diabetespatiënten in de eerste lijn ligt bij de huisarts. In die zin is er in formele zin geen sprake van het (structureel) overhevelen van bevoegdheden. In de praktijk spreken betrokkenen echter wel

degelijk van overheveling van bevoegdheden, zo lang de praktijkondersteuners zich maar houden aan de grenzen van het protocol. Daarbinnen kunnen zij in de meeste situaties zelfstandig te werk gaan. Dat moet ook wel, omdat anders de taakherschikking voor de huisarts geen enkele efficiencywinst op zou leveren. Deze verhoudingen concretiseren zich op het gebied van het voorschrijven van medicatie. De praktijkondersteuner kan binnen de grenzen van het protocol medicatie aanpassen, maar de huisarts blijft verantwoordelijk voor het uitschrijven van het recept.

Ook blijkt de rolverdeling uit de relaties met de tweede lijn. In sommige situaties zijn afspraken gemaakt waarbij de praktijkondersteuner zelfstandig een internist kan consulteren; als het gaat om het doorverwijzen van een patiënt naar de tweede lijn, is dat altijd de verantwoordelijkheid van de huisarts.

De 'regie' op de praktische uitvoering van het protocol kan op meerdere plaatsen liggen. Als sprake is van een grote huisartsenpraktijk (gezondheidscentrum of HOED) kan er een aparte manager zijn die verantwoordelijk is voor logistieke zaken, maar meestal heeft de praktijkondersteuner de regie. De huisarts is echter altijd verantwoordelijk.

Protocollen

In alle gevallen waarin taakherschikking plaatsvindt, wordt gebruikgemaakt van schriftelijk vastgelegde protocollen. Daarbij wordt in veel gevallen uitgegaan van door anderen ontwikkelde protocollen, zoals het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Een aantal praktijken heeft eigen protocollen ontwikkeld, al dan niet op basis van een bestaand protocol. In het protocol kunnen strikte afspraken over het voorschrijven van medicatie zijn opgenomen. Bijvoorbeeld: nieuwe of van het protocol afwijkende medicatie wordt altijd door de huisarts voorgeschreven. Ook kan hierin staan dat de huisarts elke patiënt in elk geval jaarlijks zelf ziet.

Er moeten afspraken gemaakt zijn over de beschikbaarheid van de huisarts, wanneer zich situaties voordoen die buiten het protocol vallen. Gezien de kleinschaligheid van veel huisartsenpraktijken lijkt dat in de dagelijkse praktijk nergens een probleem te zijn.

De controle op de naleving van deze protocollen vindt in de kleinschalige context van de huisartsenpraktijk op natuurlijke wijze plaats. Er vinden frequent (soms dagelijks) patiëntenbesprekingen plaats tussen huisarts en praktijkondersteuner. In die praktijken waar de benodigde software is geïnstalleerd, kan de huisarts via de computer per patiënt zien of het protocol is gevolgd.

Opleiding en bijscholing

Het delegeren van medische taken is alleen verantwoord als degene die de taken overneemt daartoe goed is opgeleid, en waar nodig bevoegd is om de benodigde handelingen te verrichten. Elke betrokken professional dient zijn eigen deskundigheids- en vaardigheidsniveau te bewaken en te onderhouden. Dat houdt ook in: de grenzen van de eigen deskundigheden en vaardigheden te herkennen en te erkennen. Het risico dat de huisarts zijn kennis en vaardigheden op het gebied van diabeteszorg verliest, kan worden voorkomen doordat de huisarts samen met de praktijkondersteuner na- en bijscholingscursussen volgt.

Communicatie

Een ander belangrijk instrument om alle hierboven genoemde risico's af te dekken, is het organiseren en onderhouden van structurele communicatie tussen de huisarts en de praktijkondersteuner over de zorgverlening aan diabetespatiënten. In die structurele communicatie moeten de volgende aspecten aandacht krijgen:

- De huisarts moet 'de vinger aan de pols kunnen houden'. Dat kan bijvoorbeeld worden gerealiseerd door regelmatige (dagelijkse) patiëntenbesprekingen, het zorgvuldig nalezen van de (elektronische) controleverslagen en medicatie via de huisarts te laten lopen.
- Naast deze controle op de lopende zaken is ook structureel overleg over de taakherschikking als zodanig erg belangrijk. Tijdens de inspectiebezoeken werden voorbeelden genoemd van één- of tweemaal per jaar een voortgangs- of evaluatiegesprek. In deze gesprekken worden de protocollen doorgesproken en geëvalueerd. De risico's die met taakherschikking gepaard gaan, worden besproken en de afspraken over strikt protocollair werken worden wederzijds nog eens vastgesteld. Soms worden bij deze evaluaties andere professionals betrokken (fysiotherapeut, diëtist, podotherapeut, apotheker, enzovoort).
- De automatisering moet goed geregeld zijn. Het protocol moet in het huisartseninformatiesysteem (HIS) zijn opgenomen en men moet in staat zijn hieruit meetpunten te halen om de ontwikkelingen te kunnen volgen.

2.5 Gevolgen van taakherschikking voor de huisartsenpraktijk

2.5.1 Redenen voor taakherschikking

Een belangrijke motivatie om tot taakherschikking over te gaan, is de behoefte om de workload van de huisarts te verlagen en tegelijkertijd de kwaliteit van met name de goed protocolleerbare zorg te verbeteren. Veel huisartsen zijn van mening dat goed te protocolleren werkzaamheden kunnen worden gedelegeerd naar lager opgeleide hulpverleners, zoals de praktijkondersteuner. Het ontlast de huisarts van een veelheid aan routinewerkzaamheden. De praktijkondersteuner heeft meer tijd voor de patiënt

en zal strakker vasthouden aan het protocol, hetgeen de kwaliteit van de patiëntenzorg ten goede komt.

Bovendien betekent deze uitbreiding van de werkzaamheden van een praktijkondersteuner een verrijking van het vak. Er is meer sprake van een uitdaging en het plezier in het werk neemt toe.

Daar komen ook overwegingen van efficiency bij kijken. De huisarts is te hoog opgeleid en te duur om routinematige zorg te leveren. Dat wil zeggen: zorg die goed valt te protocolleren en daarom ook door gespecialiseerde, lager opgeleide functionarissen kan worden uitgevoerd.

In één geval werd aangegeven dat het ongeveer 120 patiënten betrof. Dat wil zeggen dat het de huisarts op jaarbasis bijna 500 consulten oftewel vier werkweken scheelde.

2.5.2 Nieuwe taken

Taakherschikking biedt ruimte aan degene die taken delegeert en laat gedelegeerde taken door andere functionarissen uitvoeren. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat er dan ook nieuwe taken ontstaan. Dit blijkt inderdaad het geval. Hieronder een beknopt overzicht.

- De huisartsen geven aan dat zij meer managementtaken krijgen. Daartoe behoren ook meer tijd voor overleg en meer administratieve controle. Daarbij wordt opgemerkt dat de huisartsen dit ook hebben moeten leren: leren om te delegeren en leren om de rol van ‘supervisor’ op zich te nemen. Algemeen was overigens de ervaring dat de taakherschikking de huisarts geen tijdwinst oplevert in de zin dat de vrijkomende tijd direct weer wordt opgevuld, onder andere met de hier beschreven managementtaken.
- De praktijkondersteuner is meer taken gaan doen die tot de diabetescontrole behoren maar daarvoor niet of minder consequent werden uitgevoerd, zoals voetonderzoek. Daarnaast wordt geconstateerd dat de praktijkondersteuner taken gaat doen die voortvloeien uit een veranderd inzicht in de behandeling van diabetes, zoals:
 - ‘Stoppen met roken’ programma.
 - Cholesterolmanagement.
 - Hypertensieprekeuur.
 - Cardiovasculaire risicoscreening.
 - Educatie en lifestyle.

- Ook wordt aangegeven dat de praktijkondersteuner soms andere taken van de huisarts overneemt, zoals:
 - Sociale visites (onder meer aan slecht ter been zijnde diabetespatiënten).
 - Visites aan terminale patiënten.
 - Nazorg na ontslag uit het ziekenhuis.

Zorgverzekeraars hebben besloten dat praktijkondersteuners tenminste 50 procent van hun taak moeten invullen met diabeteszorg en zorg voor COPD-patiënten.

2.5.3 Gevolgen voor de samenwerking in de huisartsenpraktijk

Over het algemeen wordt positief geoordeeld over de gevolgen die deze taakherschikking heeft gehad voor de samenwerking binnen de huisartsenpraktijk. Er is meer overleg nodig en daardoor meer inhoudelijk contact tussen huisarts en ondersteuners. De intensievere samenwerking betekent ook dat men elkaar een spiegel voorhoudt. In meerdere situaties werd bijvoorbeeld toegegeven dat huisartsen soms de neiging hebben zich wat minder strak aan het afgesproken protocol te houden, bijvoorbeeld bij patiënten die erg hun best doen. Praktijkondersteuners zijn daar strikter in. (Sommige patiënten klagen dan ook dat de praktijkondersteuner te streng is.)

Een enkele huisarts gaf aan dat hij zich door de nieuwe werkwijze ontlast voelde van het schuldgevoel dat hij eerder geen optimale diabeteszorg kon verstrekken.

Andere positieve gevolgen doen zich voor in situaties waarin meerdere huisartsen werkzaam zijn. Bij de invoering van de taakherschikking en het daarmee gepaard gaande strengere protocollair werken, bleek dat verschillende huisartsen verschillende werkwijzen hadden. Door het invoeren van protocollair werken ontstaat voor iedereen meer duidelijkheid. Dit is vooral van belang voor de ondersteuners in een dergelijke praktijk, omdat zij niet meer te maken hebben met verschillend beleid van de betrokken huisartsen.

Het invoeren van taakherschikking en het gedwongen protocollair werken hield in sommige gevallen huisartsen onverwacht een spiegel voor. Sommige huisartsen kwamen tot de ontdekking dat hun kennis op het gebied van diabeteszorg tekortschoot. In sommige gevallen stimuleerde de taakherschikking tot na- en bijscholing, zowel door de ondersteuners als door de huisartsen. Soms gaan artsen en ondersteuners gezamenlijk op nascholing.

Taakherschikking leidt in het algemeen tot een hechtere samenwerking binnen de huisartsenpraktijk en een grotere arbeidssatisfactie bij alle betrokkenen. Praktijkondersteuners en doktersassistenten ervaren het als een verrijking van hun arbeidsinhoud, de huisartsen ervaren het als een verlichting van routinematig werk. Dat geeft hen meer ruimte op de spreekuren en daarmee meer tijd om hun aandacht aan andere zaken te besteden. Echte tijdwinst levert het niet op in de zin dat de vrijkomende tijd voor de huisarts direct weer wordt opgevuld. Maar: “De workload is beter gestructureerd.”

Door geprotocolleerde samenwerking ontstaat meer rust en duidelijkheid voor de organisatie. Iedereen weet waar hij of zij aan toe is. De uitslagen van de controles worden beter verwerkt, dus het is voor de huisarts gemakkelijker om overzicht te krijgen.

2.5.4 Effecten voor ‘aanpalende’ beroepsgroepen

De taakherschikking blijkt ook gevolgen te hebben voor zorgprofessionals die niet in de huisartsenpraktijk werkzaam zijn. Enkele voorbeelden:

- Er worden steeds minder mensen doorgestuurd naar de internist. In een enkel geval werd aangegeven, dat de tweede lijn leek te willen concurreren met de eerste lijn: medisch specialisten die hun patiënten ‘vast wilden houden’.
- Ten gevolge van het veel meer strikt protocollair werken door de praktijkondersteuner, zullen meer mensen worden doorverwezen naar aanpalende beroepsgroepen in de eerste lijn. In het bijzonder kunnen worden genoemd:
 - Fysiotherapeuten voor adviezen over meer en beter bewegen.
 - Diëtisten voor voedingsadviezen.
 - Podotherapeuten voor controle van de voeten.
- Ook de vraag naar controles van de ogen zal onder strakker protocollair werken toenemen. Dat kan inhouden meer doorverwijzingen naar oogartsen. Overigens vindt het maken van fundusfoto’s niet alleen in ziekenhuizen plaats, maar ook op sommige plaatsen in Nederland in huisartsenlaboratoria en door optometristen in optiekzaken.
- Een aantal geïnterviewden gaf aan dat er meer contacten waren met een diabetesverpleegkundige (voor zover deze nog niet betrokken was bij de taakherschikking). Diabetesverpleegkundigen kunnen zowel vanuit de tweede lijn als vanuit de thuiszorg hun functie uitoefenen.
- Voor wat dit laatste betreft: in een aantal situaties is erop gewezen dat door het initiatief tot taakherschikking de wijkverpleging dit onderdeel van hun zorgverlening heeft moeten loslaten.

- Waar in het kader van de taakherschikking ook protocollen zijn afgesproken voor het uitschrijven van recepten, moest ook de apotheker wennen aan de nieuwe manier van werken. Recepten worden bijvoorbeeld langs elektronische weg aangeboden aan de apotheker, de huisarts moet er van zijn kant op toezien dat dit plaatsvindt binnen de grenzen van het afgesproken protocol.

2.6 Toekomstbeeld

2.6.1 Omslag in denken nodig voor taakherschikking

Taakherschikking komt niet vanzelf tot stand. Er moet veel tijd en energie worden geïnvesteerd om tot goede afspraken te komen. Voor velen is het ‘pionierswerk’. Het vereist bij alle betrokkenen een omslag in het denken. De huisarts moet leren om taken te delegeren, de ondersteuners moeten leren om meer verantwoordelijkheid te dragen, de doktersassistenten moeten soms wennen aan een nieuwe rolverdeling en de patiënten moeten er aan wennen dat zij niet meer automatisch bij de huisarts terecht komen en zij moeten wennen aan de discipline van regelmatige en strenge(re) controles. Dat blijkt in de praktijk echter geen problemen te geven. De patiënten zijn over het algemeen tevreden met de nieuwe werkwijze.

2.6.2 Toekomstverwachtingen

In het algemeen wordt verwacht dat taakherschikking in de huisartsenzorg zich uiteindelijk zal gaan uitstrekken tot alle goed protocollerebare zorg voor chronisch zieken. Daarbij valt – naast diabetes – bijvoorbeeld te denken aan astma/COPD, osteoporose en cardiovasculaire aandoeningen.

Bij die taakherschikking zullen meer professionals betrokken zijn. Physician assistant’s (PA’s) zullen bijvoorbeeld ingeschakeld kunnen worden om (onder supervisie) een aantal medische taken van de huisarts over te nemen. Daarnaast kunnen nurse practitioners (NP’s) en praktijkondersteuners geprotocolleerde zorg voor bepaalde groepen chronisch zieken op zich nemen. Ook gespecialiseerde verpleegkundigen kunnen taken overnemen van de huisarts. Tegelijk met deze verwachtingen wordt gewezen op het gevaar dat huisartsen hun deskundigheid op deze ‘goed protocollerebare zorg’ zouden kunnen kwijtraken.

Daarnaast worden op dit moment ook op andere gebieden al voorbeelden van (mogelijke) taakherschikking genoemd. Zo laat de huisarts in sommige gevallen bepaalde specifieke onderwerpen over aan praktijkondersteuners, zoals een vrouwensprekkuur, een reissprekkuur, een hypertensiesprekkuur en sociale visites aan slecht ter been zijnde patiënten en aan patiënten die uit het ziekenhuis zijn ontslagen.



Specifiek voor de diabeteszorg wordt door meerdere huisartsen verwacht dat deze op termijn in haar geheel eerstelijnszorg zal worden. Daarbij zullen dan ook allerlei bijkomende onderzoeken in de eerste lijn kunnen worden uitgevoerd, zoals fundusfotografie voor de controle op diabetische retinopathie.

Als de verwachting bewaarheid wordt dat steeds meer protocollerbare zorg voor chronisch zieken naar de eerste lijn zal gaan, dan ligt het ook voor de hand dat steeds meer disciplines zich onder één dak zullen gaan vestigen, zoals dat nu al te zien is in gezondheidscentra. Voor de diabeteszorg kan daarbij worden gedacht aan: diëtist, fysiotherapeut, podotherapeut, apotheek en diabetesverpleegkundige.

Door een enkeling wordt de verwachting uitgesproken dat de zorgverzekeraars de zorg voor diabetespatiënten zullen gaan aanbesteden om complete zorgpakketten in te kopen. Dat zal een prikkel geven om integrale diabeteszorg te organiseren. Dit zou ook de aanzet kunnen geven tot concurrentie. Immers, het organiseren van integrale diabeteszorg kan door meerdere partijen gebeuren: huisartsen, ziekenhuizen en thuiszorg zijn hiertoe alle in staat.

Alles overziend overheerst het beeld dat de huisartsenzorg sterk zal gaan veranderen. Steeds meer zal de 'juiste zorg door de juiste hulpverlener op het juiste moment aan de juiste patiënt' worden geleverd. Huisartsen krijgen nieuwe rollen: manager, supervisor, achtervang voor complexe zorgvragen en wellicht 'eerstelijnspecialist' voor specifieke aandoeningen wanneer ze werkzaam zijn in een groepspraktijk.

3 Taakherschikking bij hartfalen en cardiochirurgie

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van taakherschikking in ziekenhuizen op de afdeling cardiochirurgie en de hartfalenpolikliniek.

Er zijn drie academische ziekenhuizen en zeven algemene ziekenhuizen bezocht.

Hier is onder meer gesproken met medisch specialisten (cardiologen en cardiochirurgen), leden van de Raad van Bestuur, hoofden van afdelingen, nurse practitioners, physician assistants en gespecialiseerde verpleegkundigen.

3.1 Conclusies

- De belangrijkste conclusie is dat routinematige, goed protocollerebare zorg binnen de afdelingen cardiologie en cardiochirurgie goed gedelegeerd kan worden naar andere professionals in de gezondheidszorg, in het bijzonder naar nurse practitioners, physician assistants en/of gespecialiseerde verpleegkundigen. Er is een opvallend grote diversiteit aan vormen van taakherschikking. Sommige instellingen zijn terughoudend in het herschikken van taken, in andere ziekenhuizen worden de grenzen van de wet opgezocht om zoveel mogelijk protocollerebare taken te kunnen herschikken van artsen naar andere zorgprofessionals.
- Taakherschikking blijkt bij te dragen aan een verhoging van de kwaliteit van zorg. De effectiviteit van de zorg neemt toe. Hoewel nog maar weinig harde gegevens beschikbaar zijn, is de stellige indruk van de meeste geïnterviewden dat de patiënten er na invoering van de taakherschikking beter aan toe zijn. Er zijn aanwijzingen dat de gemiddelde ligduur na een operatie afneemt en de medicatie van patiënten met hartfalen sneller goed is ingesteld. De zorg wordt veiliger omdat er strikter volgens protocollen wordt gewerkt. Zij wordt patiëntgerichter omdat degenen die taken hebben overgenomen van de arts meer tijd hebben voor de patiënt om diens vragen te kunnen beantwoorden en met diens onzekerheden om te gaan. Ook zijn deze zorgprofessionals gemakkelijker bereikbaar voor de patiënt, waarmee de toegankelijkheid van de zorg toeneemt.
- De condities voor taakherschikking moeten zich op korte termijn verder uitkristalliseren. Aan welke opleidingseisen moeten HBO-opgeleide zorgprofessionals voldoen om taken van artsen over te kunnen nemen? In hoeverre moet het voor deze zorgprofessionals mogelijk worden om – binnen de grenzen van de protocollen – zelfstandig medicatie te kunnen voorschrijven? Dit type vragen moet worden beantwoord om de verdere ontwikkeling van taakherschikking mogelijk te maken en in goede banen te kunnen leiden.

3.2 Taakverdeling en zorgproces na taakherschikking

3.2.1 Taken van de betrokken professionals

Op de afdeling cardiochirurgie vindt de taakherschikking vooral plaats tussen hartchirurgen en physician assistants (PA's) en/of nurse practitioners (NP's). NP en PA zijn betrekkelijk nieuwe beroepen in de gezondheidszorg, waarvan de werkdomeinen zich nog moeten ontwikkelen en die elkaar op dit moment nog overlappen. In het algemeen werkt de PA in het medisch domein en is gekoppeld aan een medisch specialisme. De NP werkt in het grensgebied van het medische en het verpleegkundige domein en is vooral gekoppeld aan specifieke groepen (chronische) patiënten. In de praktijk blijken de grenzen tussen de werkdomeinen van de beide zorgprofessionals echter vaag. Zo wordt gemeld dat in het ene ziekenhuis de PA de functie van zaalarts vervult en in het andere ziekenhuis wordt dezelfde functie vervuld door een NP. Vanwege de overlap in werkdomein wordt in dit hoofdstuk regelmatig de typering 'NP/PA' gehanteerd. De betreffende uitspraak kan dan in principe voor beide zorgprofessionals opgaan.

In de hartfalenpolikliniek vindt de taakherschikking vooral plaats tussen de cardioloog en de gespecialiseerde hartfalenverpleegkundige, respectievelijk NP.

3.2.2 Het zorgproces

In deze paragraaf wordt een korte typering gegeven van het zorgproces na invoering van de taakherschikking. Achtereenvolgens worden de afdelingen cardiochirurgie en de polikliniek hartfalen beschreven.

Afdeling cardiochirurgie

Op de afdeling cardiochirurgie vindt taakherschikking plaats tussen cardiochirurgen en NP's en tussen cardiochirurgen en PA's. Hoewel de functies van PA en NP in veel opzichten met elkaar overlappen, zijn er toch wel enkele verschillen aan te geven. Zo zal de NP in het algemeen geen werkzaamheden verrichten in de operatiekamer. De NP is meer de verbinding tussen de arts en de verpleegkundigen. De PA kan in de operatiekamer wel bepaalde heelkundige taken overnemen van de chirurg, als ook bepaalde onderdelen van de voorbereiding van de operatie uitvoeren. Ook begeleidt de PA soms de overdracht naar de intensive care en informeert de familie. Gesteld wordt dat de inzet van NP's en PA's vooral goed mogelijk is bij goed protocollerebare routinehandelingen en dus bij patiënten met een voorspelbaar ziekteverloop. Dat betreft naar schatting 80 procent van de patiënten. De artsen zijn dan in de gelegenheid meer tijd te geven aan de zorg voor de 20 procent complexe patiënten. NP's en PA's moeten vooral goed in staat zijn om afwijkingen van het te verwachten verloop te signaleren.



Het algemene beeld van de taakherschikking op de afdeling cardiochirurgie ziet er in grote lijnen voor beide type professionals als volgt uit.

De NP's en PA's verzorgen de pré- en postoperatieve zorg. NP's en PA's verzorgen de pre-operatieve screening, dat soms zowel het onderzoek voor de cardiochirurg als voor de anesthesist omvat. De screening betreft:

- Afnemen anamnese.
- Lichamelijk onderzoek.
- Nagaan medicijngebruik.
- Controle van gegevens uit diagnostische onderzoeken.
- Eventueel regelen van aanvullend onderzoek.
- Geven van voorlichting.

De NP of PA levert ook de postoperatieve zorg, bijvoorbeeld het verwijderen van drains en pacemaker-draden en het inregelen van de pacemaker. Soms schrijven zij, als de patiënt naar huis gaat, de voorlopige ontslagbrief (de definitieve wordt later gemaakt en getekend door de arts-behandelaar). Eventueel onderhoudt de NP of PA contacten met de huisarts en/of de thuiszorg.

Op sommige plaatsen schrijven NP's en/of PA's medicijnen voor binnen de grenzen van het protocol en hun deskundigheid, maar wordt het recept getekend door de arts. In een academisch ziekenhuis schrijven de PA's en NP's zelfstandig bepaalde recepten uit. Het gaat hierbij om (hernieuwde) thuismedicatie. Zij hebben hiervoor aparte scholing gekregen. Afsproken is dat de ziekenhuisapothek controleert en terugkoppelt, wanneer blijkt dat met het recept buiten de grenzen van het protocol wordt getreden. Voor cardiologische medicatie blijft ook hier de handtekening van de arts nodig.

PA's en NP's kunnen deelnemen aan complicatiebesprekingen.

Polikliniek hartfalen

Wanneer een ziekenhuis beschikt over een hartfalenpolikliniek worden taken van de cardioloog overgenomen door een hartfalenverpleegkundige. Dit is een NP of een gespecialiseerde verpleegkundige.

Het zorgproces binnen een polikliniek hartfalen ziet er globaal als volgt uit.

De cardioloog stelt een behandelplan op. Een belangrijk element daarin is het instellen van de patiënt op de meest adequate medicatie. Dit vindt plaats via een stappenplan, waarin fasegewijs wordt toegewerkt naar het juiste geneesmiddel in de juiste dosering. Dit proces wordt 'optitreren' genoemd. Dit is een arbeidsintensieve fase die relatief veel tijdsbeslag van de cardioloog vraagt. Omdat dit proces goed is te protocolleren, is het bij uitstek geschikt voor taakherschikking naar de hartfalenverpleegkundige.

De hartfalenverpleegkundige begeleidt op basis van het protocol de titratiefase.

Een belangrijke taak is het onderkennen en signaleren van alle mogelijke medicatieproblemen. De hartfalenverpleegkundige doet voorstellen voor (wijzigingen in) de medicatie. De cardioloog schrijft de medicatie voor en ondertekent het recept. Daarnaast verrichten de hartfalenverpleegkundigen nog een groot aantal andere taken, zoals:

- (Beperkt) lichamelijk onderzoek volgens protocol.
- Meten en beoordelen bloeddruk.
- Maken en beoordelen ECG's.
- Aanvragen laboratoriumonderzoek of foto's.
- Signaleren van risicovolle veranderingen in de situatie van de patiënt en daarover overleg voeren met de cardioloog.
- Verwijzen naar diëtiste, fysiotherapeut en revalidatie.
- Voorlichting geven over zaken als de aandoening, leefregels en medicatie.
- Consulten op de verpleegafdeling.
- Deelnemen aan de 'grote visites' op de verpleegafdeling.
- Zo nodig contacten onderhouden met de eerste lijn of de thuiszorg (bijvoorbeeld ten behoeve van het bewaken van de therapietrouw).

Alle acties worden genoteerd in het medisch dossier, al dan niet op een apart herkenbaar formulier.

Tijdens kantooruren zijn hartfalenverpleegkundigen altijd telefonisch bereikbaar. In sommige gevallen wordt vóór het spreekuur de lijst patiënten doorgenomen met de cardioloog.

Soms is sprake van een regulier multidisciplinair overleg van de hartfalenverpleegkundige met verpleegkundigen van de afdeling cardiologie, diëtiste, fysiotherapeut, maatschappelijk werkster en hartrevalidatie.

3.3 Gevolgen voor de kwaliteit van zorg

3.3.1 Patiëntveiligheid

Over het geheel genomen zijn betrokkenen van mening dat de patiëntveiligheid verder is toegenomen. De volgende argumenten worden daarvoor genoemd:

- Hartfalenpatiënten worden stelselmatig en consequent gecontroleerd. Daardoor kan sneller worden gereageerd op problemen.
- Er is meer continuïteit in de zorgverlening. Hierdoor is de 'body of knowledge' per patiënt maar ook per patiëntengroep toegenomen.
- De NP/PA speelt een belangrijke rol bij de bewaking van de protocollen en de compleetheid van het behandeltraject. Zij hebben daarin een belangrijke regiefunctie die de veiligheid van de patiëntenzorg ten goede komt.

- Door het werken met protocollen is er meer eenduidigheid in de medicatie.
- Tenslotte worden er hoge eisen gesteld aan de verslaglegging door NP's en PA's, hetgeen de supervisie op het zorgproces ten goede komt.

3.3.2 Effectiviteit

Over het algemeen oordelen betrokkenen positief over de effectiviteit van taakherschikking in de cardiologische zorg. Er zijn echter nog weinig empirische gegevens beschikbaar. De indruk bestaat dat hartfalenpatiënten beter ingesteld zijn na de taakherschikking van cardioloog naar hartfalenverpleegkundige. In één ziekenhuis is vastgesteld dat er minder (her)opnames van hartfalenpatiënten nodig waren en dat de gemiddelde opnameduur in de afgelopen drie tot vijf jaar was verkort van 9,5 naar 7,5 dagen.

Taakherschikking vindt vooral plaats voor patiënten voor wie de zorg goed te protocolleren is en die dus een voorspelbaar ziekteverloop kennen. Zoals eerder opgemerkt geldt dat voor ongeveer 80 procent van de patiënten. Dat betekent dat er voor 80 procent van de patiënten voor de artsen tijdwinst valt te behalen wanneer die zorg wordt overgenomen door NP's of PA's. Artsen hebben daardoor meer tijd voor het stellen van diagnoses en voor de zorg voor de moeilijke patiënten.

Door taakherschikking kan meer productie worden behaald met minder personeel (maar wel NP's, zie ook tabel 1). Dat wordt mede bepaald doordat de functies van NP en PA 'op maat' kunnen worden ingevuld, passend bij de situatie op de afdeling.

Tabel 1

Eén voorbeeld van een cardiochirurgische afdeling

	5 jaar geleden	Nu
Bedden	58	35
Fte Verpleging	58	46 (waarvan 7 NP's)
Operaties	1.500	1.800

Een ander voorbeeld van de toegenomen effectiviteit is de ervaring dat het instellen van hartfalenpatiënten op de juiste medicatie sneller gaat wanneer het wordt uitgevoerd door een hartfalenverpleegkundige dan wanneer dit door de cardioloog zou worden gedaan.

Een tegengeluid over de toegenomen effectiviteit van zorg is dat de vele controles op taakherschikking een tegengesteld effect kunnen geven: iedereen blijft scherp, maar door het toegenomen aantal overlegsituaties gaat een deel van de efficiencywinst verloren.

Aan de beperkt beschikbare literatuur zijn de volgende gegevens te ontleen:

Ten aanzien van de inzet van NP's in de cardiologie constateren Broers et al (2006) uit een vergelijkend onderzoek naar de inzet van assistent-geneeskundigen en NP's, dat taakverschuiving van assistent-geneeskundige naar NP's haalbaar en effectief is bij stabiele patiënten met een recent myocardinfarct. De patiëntwaardering was significant hoger in de groep NP's ten opzichte van de assistent-geneeskundigen. Dit was onder meer het gevolg van het feit dat de NP dagelijks visite doet, meer coördinerend optreedt dan de assistent-geneeskundige en het ontslaggesprek doet met de patiënt en de partner over de behandeling, de prognose en de leefregels.

De werkwijze van de NP leidde in 2005 tot een daling van de ligduur van gemiddeld 4 dagen per patiënt na overplaatsing van de hartbewaking. Voor bypasspatiënten was de daling van 15 naar 11 dagen; voor patiënten met een myocardinfarct van 9 naar 5 dagen. Hoewel een kosten-batenanalyse niet verricht werd, leidde de inzet van de NP niet alleen tot een veilig klinisch pad, maar ook tot een effectief gebruik van mensen en middelen.

Als succesfactoren voor de inzet van NP's worden door hen aangegeven:

- *Gedegen opleiding van de NP. Onderwijssysteem geïntegreerd in het bestaande curriculum voor artsen en verpleegkundigen.*
- *Aanwijzen van een specifieke, goed omschreven patiëntencategorie die aan de zorg van de NP toevertrouwd kan worden.*

Umans (2006), die eveneens bij dit onderzoek betrokken was, voegt hier nog aan toe: "Deze onderzoeken laten zien dat taakverschuiving van arts naar nurse practitioner winst oplevert voor patiënten, artsen, verpleegkundigen en organisatie."

3.3.3 Patiëntgerichtheid

Uit de inspectiebezoeken komt als algemeen beeld naar voren dat de patiëntgerichtheid onder invloed van de taakherschikking sterk is toegenomen. NP, PA en hartfalenverpleegkundige hebben meer tijd voor de patiënt en zijn daardoor beter in staat om voorlichting te geven en vragen van de patiënt te beantwoorden. Het is ook beter mogelijk om zorg op maat te leveren en aandacht te geven aan de verhoging van de kwaliteit van leven.

"Door de logistieke activiteiten van de PA is het sinds drie jaar niet meer voorgekomen dat een operatie moest worden afgezegd omdat er na de IC geen bed op de afdeling beschikbaar was."

Door het laagdrempelige en vaak veelvuldige contact ontstaat sneller een vertrouwensband tussen patiënt en NP/PA of hartfalenverpleegkundige dan met de arts. Zoals het tijdens één bezoek werd verwoord: "De cardioloog handelt tijdens zijn spreekuur zijn eigen agenda af; de NP handelt de agenda van de patiënt af."

Op de afdelingen is door de komst van de NP/PA de continuïteit van de zorg toegenomen. Op afdelingsniveau geldt dat de NP en PA langer op de afdeling werken dan bijvoorbeeld een arts-assistent. Daardoor zijn de NP en PA beter op de hoogte van de gang van zaken. Op het niveau van de individuele patiënt krijgt de betere continuïteit van zorg betekenis doordat de patiënt in de pré- en postoperatieve fase met dezelfde hulpverlener te maken heeft.

Er wordt gesteld dat er door de taakherschikking een veel betere begeleiding is van catheterisatiepatiënten. Dergelijke begeleiding werd voorheen eigenlijk niet geboden. Er zijn slechts in enkele gevallen onderzoeken gedaan naar de patiëntwaardering na de taakherschikking. De indruk bestaat dat de patiënten zeer tevreden zijn over zaken als de pré-operatieve screening en de postoperatieve zorg door NP's of PA's en over de begeleiding door de hartfalenverpleegkundige.

3.3.4 Toegankelijkheid van de zorg

De toegankelijkheid van de zorg is toegenomen na de taakherschikking. NP's, PA's en hartfalenverpleegkundigen hebben meer tijd voor de patiënt en zijn gemakkelijker te benaderen. Dit laatste maakt het in principe voor de patiënt ook gemakkelijker om bij ernstige problemen via de NP/PA de specialist te raadplegen. De NP/PA kan triage uitvoeren op de vraag van de patiënt, routinevragen zelf afhandelen en complexe vragen doorspelen naar de specialist.

3.4 Risico's en risicobeheersing

3.4.1 Mogelijke risico's

De geïnterviewden zijn van mening dat er in de praktijk nauwelijks risico's zijn verbonden aan taakherschikking. Ze noemen de volgende potentiële risico's.

- Het risico dat de zorg zich tevens buiten de specifieke deskundigheid van de NP of PA afspeelt. Hierbij wordt gedacht aan het risico van voorschrijven van medicatie door niet-artsen, met name wanneer er sprake is van comorbiditeit en mogelijke

interactie van medicijnen. Het risico dat te laat wordt doorverwezen naar de arts, wordt zeer klein geacht omdat taakherschikking nu eenmaal een hoge mate van overleg en communicatie met zich meebrengt.

- Fragmentatie van de zorg. Het risico dat bij een patiënt dezelfde handeling meerdere keren wordt verricht (bijvoorbeeld bloed prikken), omdat de patiënt meerdere aandoeningen heeft en op verschillende afdelingen wordt gecontroleerd. Achterliggend is het probleem dat de zorg voor chronische patiënten met meerdere aandoeningen (diabetes, hart, longen, enz.) wordt versnipperd doordat iedere afdeling zijn eigen protocollen en eigen gespecialiseerde verpleegkundigen heeft. Goed overleg zou dit risico moeten minimaliseren. Evenals het voeren van één patiëntendossier. Een structurele oplossing zou zijn dat voor deze patiënten een éénduidige regie voor het hele zorgproces wordt georganiseerd.
- Er is gewezen op het risico van demotivatie door eentonig werk. Hier is in zekere zin sprake van een paradox. Men biedt verpleegkundigen en paramedici de mogelijkheid om zich op hun vakgebied verder te ontwikkelen. Vervolgens komen sommigen van hen in werk terecht dat dermate strak is geprotocolleerd, dat het na enige tijd pure routinewerkzaamheden worden. De uitdaging van het werk dreigt te verdwijnen en er is een risico van demotivatie.
- Het risico dat artsen te veel gaan vertrouwen op de NP's of PA's.

Het feit dat er door taakherschikking meerdere schakels in de zorgketen zitten, wordt niet als een extra risico gezien. Juist verpleegkundigen zijn immers gewend om te signaleren en voor een goede overdracht van de patiënten zorg te dragen. Tijdens de tien inspectiebezoeken is dan ook in slechts één geval een bijna-ongeluk genoemd.

3.4.2 Inperken van risico's

Hoewel door betrokkenen de risico's van taakherschikking niet groot worden geacht, is men zich wel bewust van de noodzaak om er alles aan te doen om die risico's zo klein mogelijk te houden. De volgende voorwaarden daartoe worden genoemd:

- Bevoegdheden en verantwoordelijkheden moeten duidelijk zijn. Het moet duidelijk zijn om welke taken het gaat. De arts blijft verantwoordelijk voor integrale zorg.
- Er moet sprake zijn van geprotocolleerde zorg binnen een bepaald specialisme.
- Er moet sprake zijn van voldoende opleiding en scholing van degenen aan wie taken worden overgedragen.
- De communicatie moet goed geregeld zijn.

Bevoegdheden en verantwoordelijkheden

De artsen (hartchirurg, respectievelijk cardioloog) hebben de supervisie over het zorgproces en zijn verantwoordelijk voor de gehele zorg. Deze verantwoordelijkheid

is ook in de protocollen vastgelegd. Soms is de positie van de NP of PA, de supervisor en de opleider vastgelegd in regelingen en instructies.

De arts dient regelmatig met de NP, PA of hartfalenverpleegkundige de werkzaamheden te bespreken en te beoordelen. Supervisie is nodig, evenals dagelijkse structurele controlemomenten.

De supervisie door de arts wordt concreet vorm gegeven door bijvoorbeeld controles, door de dagelijkse overdrachtmomenten, door (multidisciplinaire) patiënt-besprekingen en door het vooraf of achteraf bespreken van de spreekuur-patiënten. Laboratoriumuitslagen worden meestal door de arts beoordeeld.

De NP's, PA's en hartfalenverpleegkundigen moeten hun grenzen kennen en aan de bel trekken, wanneer zich iets bijzonders voordoet.

Protocollen

In alle gevallen vindt de taakherschikking plaats op basis van schriftelijk vastgelegde protocollen. Voor de NP's, PA's en hartfalenverpleegkundigen geven deze protocollen de taken, maar ook de grenzen van hun handelen aan. In de protocollen, regelingen of instructies zijn soms ook afspraken vastgelegd over de noodzaak en het moment van tussenkomst van de arts.

Verschillende instellingen melden dat er veel energie is gaan zitten in het ontwikkelen van deze protocollen. Protocollen worden zoveel mogelijk gebaseerd op bestaande richtlijnen. Op allerlei plaatsen is men nog steeds bezig met de ontwikkeling van protocollen. Niet alle ziekenhuizen zijn even ver.

Waar mogelijk worden deze protocollen opgenomen in een documentbeheerssysteem. In één ziekenhuis werd melding gemaakt van protocollen die in de vorm van een 'Elektronisch Klinisch Pad' per patiënt worden gehanteerd en ingevuld. Het elektronisch protocol/de checklist waarschuwt wanneer data niet kloppen of buiten het protocol wordt getreden. Dit is een voorbeeld van een geavanceerd systeem dat bewaakt of de protocollen worden gevolgd. In verreweg de meeste gevallen is de bewaking van de protocollen minder expliciet.

Onder supervisie van de cardioloog of de hartchirurg hebben de NP, PA en hartfalenverpleegkundige zelf de verantwoordelijkheid om de grenzen van de protocollen te bewaken. In de praktijk vindt deze bewaking langs natuurlijke weg plaats in de vorm van dagelijks contact met de medisch specialist, overdrachtmomenten, bespreking van (complexe) patiënten en het gegeven dat alle acties van de NP en/of de PA door hen worden vastgelegd in het medisch dossier (soms op een apart herkenbaar formulier) en deze door de medisch specialist dagelijks worden gezien.

Uit de bezoeken komt geen uniform beeld naar voren over mogelijke evaluaties van de protocollen als zodanig. De indruk bestaat dat dergelijke evaluaties wel plaatsvinden, maar niet systematisch (bijvoorbeeld eens per jaar met alle betrokken professionals).

Opleiding en scholing

Er moet sprake zijn van voldoende opleiding en (bij)scholing van degenen aan wie de taken worden overgedragen.

- NP en PA moeten zelfstandig kunnen werken en een passende achtergrond en werkervaring hebben, bijvoorbeeld als IC- of CCU-verpleegkundige.
- NP en PA moeten een goed gevoel hebben voor ‘pluis / niet-pluis’. Zij moeten gefundeerd kunnen aangeven wat nodig is of veranderd moet worden.
- Partijen moeten bereid zijn tot continue scholing.

Communicatie

Een goede communicatie tussen artsen en degenen aan wie taken zijn overgedragen, is absoluut noodzakelijk. Men moet elkaar goed kennen en elkaar gemakkelijk weten te vinden. Men moet een team vormen. De arts dient regelmatig met de NP, PA of hartfalenverpleegkundige de werkzaamheden te bespreken en te beoordelen. Het dossier is een belangrijk communicatiemiddel. NP's en PA's moeten hun activiteiten vastleggen in het medisch dossier, waarbij belangrijk is dat verschillende beroepsbeoefenaren gebruikmaken van één (elektronisch) patiëntendossier.

3.5 Gevolgen van taakherschikking voor de zorg bij hartfalen en cardiochirurgie

3.5.1 Redenen voor taakherschikking

In de gesprekken zijn de volgende motieven genoemd om met taakherschikking aan de slag te gaan:

- Een verwacht tekort aan artsen.
- De behoefte om de routinematige werkzaamheden van artsen te beperken en daarmee artsen meer tijd te geven voor de zorg aan moeilijke patiënten. Een goed voorbeeld hiervan is het tijdrovende proces van het optimaal instellen van de medicatie voor hartfalenpatiënten.
- De behoefte om middels taakherschikking een bijdrage te leveren aan het opvangen van de groeiende zorgvraag.
- De behoefte om carrièremogelijkheden voor verpleegkundigen te vergroten en hen daarbij te behouden voor de zorgverlening in plaats van een carrière in het management.
- De behoefte om te komen tot een betere organisatie van de zorg.
- Het geven van een kwaliteitsimpuls aan de zorgverlening. NP's en PA's zorgen voor een verbetering van de continuïteit van zorg en zijn beter dan de gemiddelde arts in staat voorlichting te geven aan de patiënt en informatie over te dragen.
- De verwachting dat hierdoor de patiëntwaardering zal toenemen.
- Streven naar een meer efficiënte wijze van werken, waardoor op productniveau de kosten lager kunnen worden.

3.5.2 Nieuwe taken

Ook op andere plaatsen binnen de cardiologie worden NP's en PA's, als het ware 'op maat', ingezet. De invulling van een NP/PA-functie kan worden gemodelleerd naar de behoefte die ontstaat door bijvoorbeeld een andere organisatie van de zorg (klinische paden, redesign) of doordat zich andere patiëntengroepen aandienen.

Zo is tijdens het onderzoek gesproken met PA's en NP's die werkzaam waren op een shortstaycardiologie-afdeling en op een polokliniek voor harttransplantatiepatiënten. Op deze shortstay-afdeling begeleidt de PA/NP de patiënt tijdens het traject van cardiologisch diagnostische interventies zoals catheterisatie, die in een dagopname worden uitgevoerd.

Bij de harttransplantatiepolikliniek gaat het om het begeleiden van patiënten die wachten op een harttransplantatie of op een steunhart, en om de (levenslange) begeleiding postoperatief.

3.5.3 Gevolgen voor samenwerking en effecten voor 'aanpalende' beroepsgroepen

Degenen die ervaring hebben met taakherschikking zijn positief over de gevolgen voor de organisatie van de zorg. In veel gevallen zijn ook de arts-assistenten betrokken bij de taakherschikking in de zin dat de NP's, PA's, respectievelijk de hartfalenverpleegkundigen taken uitvoeren die voorheen door hen werden gedaan. In de praktijk blijkt dat meestal geen probleem op te leveren. Meerdere keren is aangegeven dat arts-assistenten moeten worden opgeleid om behandelplannen te kunnen opstellen, niet om sterk geprotocolleerde handelingen uit te voeren die ook kunnen worden verricht door NP's en PA's. Als een belangrijk voordeel van het inzetten van NP's of PA's in plaats van arts-assistenten wordt gezien de grotere continuïteit van zorg. Arts-assistenten blijven een betrekkelijk korte tijd op een afdeling, NP's en PA's werken er permanent.

Het algemene beeld is dat arts-assistenten en NP/PA's meer van elkaar leren dan dat ze elkaar 'in de weg zitten'.

Ook de verpleging op de afdeling heeft te maken met de taakherschikking. Zoals hiervoor aangegeven bevinden de NP's zich qua functie op het grensgebied tussen het medische en het verpleegkundige domein, maar komen zij vaak voort uit de 'eigen' verpleegkundige groep. Voor NP's is het soms lastig om hun positie te bepalen. Taakherschikking levert een betere verdeling van taken en de stroomlijning van het zorgproces loopt soepeler. Binnen de grenzen van de protocollen kunnen de NP's en PA's een regiefunctie hebben voor het hele zorgproces.

De onderlinge samenwerking verbetert doordat er veel overleg, controle en supervisie is.

Er zijn geen aanwijzingen dat er door de taakherschikking meer tijd voor artsen beschikbaar is gekomen. Kennelijk wordt de vrijkomende tijd onmiddellijk opgevuld.

3.5.4 Visie op taakherschikking

Uit de inspectiebezoeken in het kader van dit onderzoek blijkt dat lang niet alle bestuurders van ziekenhuizen een duidelijke beleidsvisie hebben op taakherschikking in de medisch specialistische zorgverlening. Sommige ziekenhuizen willen wel, maar bevinden zich nog in een 'pioniersfase'. Andere ziekenhuizen zijn terughoudend met het implementeren van taakherschikking of in ieder geval om deze taakherschikking vorm te geven door het inschakelen van NP's en PA's. Door enkele geïnterviewden wordt als reden voor die terughoudendheid aangegeven dat er voor dit onderwerp geen draagvlak bestaat bij de medische staf. In één situatie werd daarbij geconstateerd dat de 'snijdende' specialismen meer zien in taakherschikking dan de 'beschouwende' specialismen. Terughoudendheid is ook een factor bij de overweging dat toenemende specialisatie de zorgverlening steeds fragmentarischer maakt en het overzicht zoek raakt.

Waar instellingen wél een uitgesproken visie hebben, is deze gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- Iedere medewerker moet doen waar hij goed in is.
- In het bijzonder de oneigenlijke en/of routinematige taken van de arts komen in aanmerking voor taakherschikking.
- Er moet sprake zijn van kwaliteitsverbetering.
- Aan de taakherschikking moet een adequate opleiding ten grondslag te liggen.
- De taakherschikking moet gaan over routinematige handelingen ten behoeve van de zorg voor een specifieke en redelijk omvangrijke patiëntengroep, voor wie bepaalde taken goed geprotocolleerd kunnen worden uitgevoerd. In veel gevallen zal het daarbij gaan om groepen chronische patiënten.
- De taakherschikking moet financieel haalbaar zijn.

Door ziekenhuizen worden diverse belemmeringen ervaren bij de invoering van taakherschikking, zoals:

- Wettelijke belemmeringen. De huidige regelgeving laat nauwelijks taakherschikking in strikte zin toe, omdat het niet mogelijk is om bevoegdheden over te dragen aan niet-artsen. Dit gold met name voor het voorschrijven van medicatie door niet-artsen. Vanaf 1 juli 2007 mogen verpleegkundigen conform de Geneesmiddelenwet medicatie voorschrijven. Dit moet in de Wet BIG echter nog nader geregeld worden.
- Niet alle artsen zijn even enthousiast over taakherschikking. Zo kan het voorkomen dat binnen één afdeling sommige cardiologen hun patiënten wel doorsturen naar de hartfalenverpleegkundige en andere niet.

3.5.5 Implementatie van taakherschikking

Omdat ziekenhuizen zich in verschillende stadia van ontwikkeling bevinden waar het gaat om de invoering van taakherschikking, is het lastig een algemeen beeld te schetsen van het implementatieproces.

De ziekenhuizen die al ver gevorderd zijn, blijken vaak al vele jaren met het onderwerp bezig te zijn. Voor deze ziekenhuizen zijn de volgende gemeenschappelijke elementen in het implementatieproces aan te geven:

- De invoering vindt in hoofdzaak van onderaf vrijwillig plaats. Afdelingen kunnen aan de Raad van Bestuur te kennen geven dat zij met taakherschikking aan de slag willen. Afhankelijk van het algemene beleid en de (financiële) mogelijkheden stemt de Raad van Bestuur hiermee in, al of niet na advies van de medische staf of van interne adviescolleges. Taakherschikking wordt dus, voor zover bekend, niet van bovenaf opgelegd.
- Er zijn functieomschrijvingen en competentieprofielen gemaakt voor degenen naar wie taken worden overgedragen. Ook is een FWG-inschaling gemaakt. Soms worden instroomcondities voor de te volgen opleiding geformuleerd.
- In tenminste één ziekenhuis zijn juridische kaders ontwikkeld om de positie van NP's en PA's intern te formaliseren in afwachting van wijzigingen in de wet- en regelgeving.

De ziekenhuizen gaan wisselend om met het communiceren over de taakherschikking. Sommigen beperken zich tot communicatie met de betrokken afdeling(en), anderen geven er via het huisblad in ieder geval ziekenhuisbreed bekendheid aan en slechts een enkeling noemt ook communicatie naar cliënten en externe partijen.

De volgende voorwaarden worden genoemd alvorens te starten met taakherschikking:

- Het moet duidelijk zijn om welke taken het gaat.
- Het moet gaan om routinematige handelingen.
- Het moet gaan om een goed te identificeren patiëntengroep.
- Er moet draagvlak voor zijn bij de medische staf en bij de leiding van de afdeling.

3.5.6 Bijkomende effecten van taakherschikking

Hoewel er sinds circa tien jaar in de ziekenhuizen met taakherschikking wordt gewerkt, zijn er tot nu toe weinig onverwachte effecten te melden. De volgende opvallende zaken zijn al wel genoemd:

- Het bleek voor NP's en PA's in het begin niet gemakkelijk om hun positie te bepalen ten opzichte van de verpleging enerzijds en de arts-assistenten anderzijds.
- Het onderwijsveld lijkt met de ontwikkeling van taakherschikking op de loop te zijn gegaan. Het gevolg daarvan is dat de inhoud van de opleidingen en de behoeften van het veld niet altijd op elkaar zijn afgestemd.

- NP's ervaren een zwaardere verantwoordelijkheid in vergelijking met hun vroegere functie als verpleegkundige.
- Er zijn niet minder artsen nodig.

Bij de taakherschikking op de hartfalenpoli gingen betrokkenen er op voorhand van uit dat betere begeleiding door hartfalenverpleegkundigen zou leiden tot minder (her)opnames. Uit de eerste ervaringen komen nu signalen dat deze veronderstelling wel eens onjuist zou kunnen zijn. Door betere begeleiding worden eventuele problemen eerder ontdekt en wordt de patiënt eerder opgenomen. Daar staat dan wel weer tegenover dat de patiënt er minder ernstig aan toe is en de opname korter zal zijn.

3.6 Toekomstbeeld

3.6.1 Meer taakherschikking

De ziekenhuizen die al actief zijn met taakherschikking verwachten dat het aantal NP's en PA's verder zal toenemen. Verder wordt verwacht dat de NP's en PA's steeds meer als zaalarts zullen gaan functioneren. Daarmee zullen ze met name de basisartsen die niet in opleiding zijn tot medisch specialist (anio's) steeds meer gaan vervangen. Eén ziekenhuis heeft dit zelfs al als beleid geformuleerd: geen anio's meer in dienst nemen als hetzelfde werk ook door een PA of NP kan worden gedaan.

Verwacht wordt dat bij aanpassing van de wettelijke regelingen, taakherschikking zal toenemen. Tenslotte wordt verwacht dat de NP/PA steeds meer een functie zal krijgen in de organisatorische regie van de zorg.

3.6.2 Marktwerking

Onder invloed van de invoering van marktwerking en concurrentie in de gezondheidszorg, in combinatie met de contracteervrijheid van zorgverzekeraars, zullen ziekenhuizen en medisch specialisten de komende jaren onder druk staan om de prijs per zorgproduct zo laag mogelijk te houden bij een maximale kwaliteit. Taakherschikking is één van de instrumenten om de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg te vergroten en zij zal de komende jaren dan ook naar alle waarschijnlijkheid prominent op de beleidsagenda van ziekenhuizen blijven staan. Het lijkt waarschijnlijk dat de kracht en breedte van de ontwikkeling naar taakherschikking naar NP's, PA's en gespecialiseerde verpleegkundigen mede zal afhangen van de vraag hoe snel de ontwikkeling naar gereguleerde marktwerking zal doorzetten en hoe vrij die markt uiteindelijk zal zijn. Marktwerking is echter niet de enige drijfveer achter taakherschikking. De te verwachten toenemende zorgvraag, met name van chronisch zieken, zal eveneens een sterke prikkel vormen om goed protocollerbare routine-matige taken over te dragen aan daartoe gespecialiseerde beroepsbeoefenaren.

4 Taakherschikking tussen GGZ en verpleeg- en verzorgingshuizen

Dit hoofdstuk beschrijft de taakherschikking die ontstaat als ouderen met psychiatrische problemen verhuizen van een GGZ-instelling naar een verpleeg- of verzorgingshuis. Hierbij verschuiven taken van de psychiater naar verpleeghuisarts en huisarts, en van bijvoorbeeld psychiatrisch verpleegkundigen naar verzorgenden. Er zijn tien verpleeg- en verzorgingshuizen bezocht. Het aantal verschijningsvormen van de zorg aan psychiatrische patiënten binnen de ouderenzorg is groot doordat de betrokken instellingen (voor zich) eigen werkvormen hebben gezocht en gevonden. Tijdens deze bezoeken is gesproken met psychiaters, huisartsen, verpleeghuisartsen, teamleiders en uitvoerenden uit zowel de GGZ als de ouderenzorg.

4.1 Conclusies

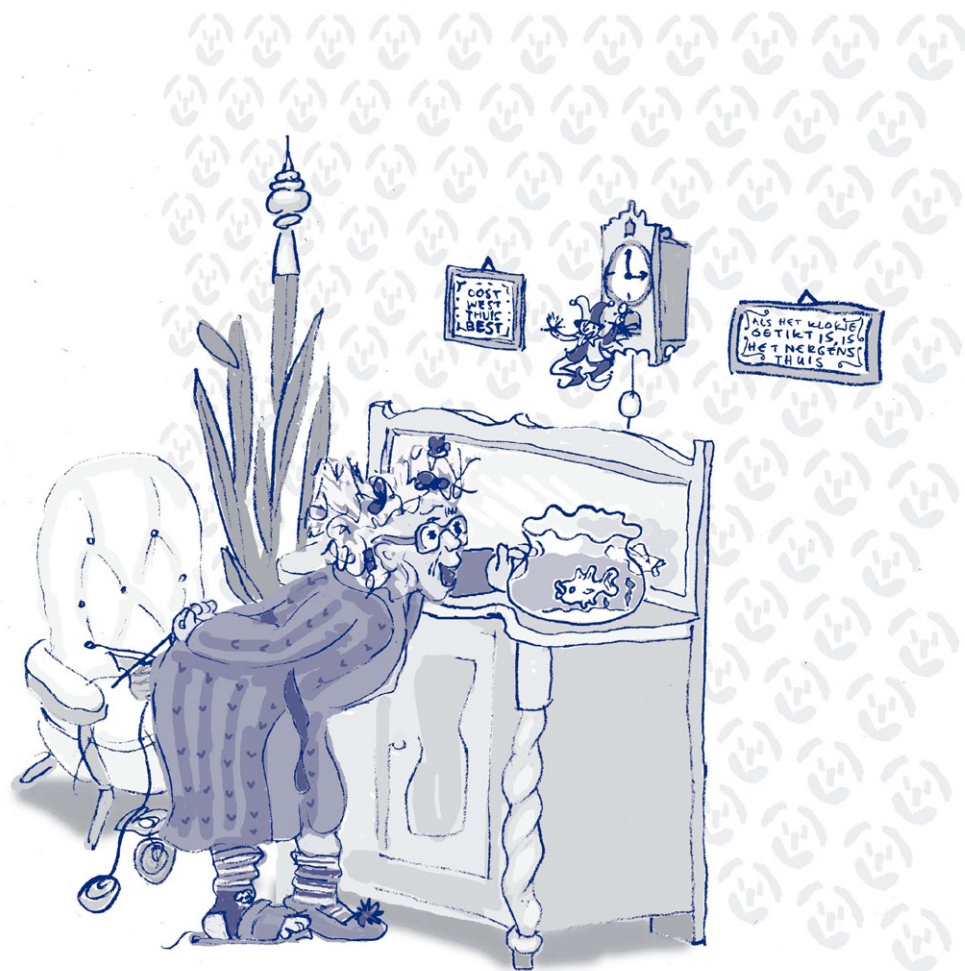
- De belangrijkste conclusie uit al die ervaringen is dat taakherschikking vanuit de GGZ naar de ouderenzorg goed mogelijk is. Er lijkt voor de cliënten belangrijke winst te behalen. De algemene ervaring is dat kwaliteit van leven van de cliënten sterk is verbeterd.
- Er zijn (nog) geen objectieve gegevens beschikbaar om deze conclusie te onderbouwen, maar deze groep cliënten lijkt beter af te zijn in de ouderenzorg. De somatische zorg is beter: klachten worden eerder opgemerkt en sneller verholpen. Cliënten bloeien op. Zij krijgen meer grip op hun eigen leven doordat ze in een beter psychosociaal klimaat vertoeven, met meer aandacht voor het activeren van de cliënten. Bij dit alles is de cliëntveiligheid niet afgenomen.
- De toegankelijkheid van de eerstelijnszorg is verbeterd. De toegankelijkheid van de psychiatrische zorg is soms wat moeilijker geworden.

4.2 Taakverdeling en zorgproces na taakherschikking

4.2.1 Patiënten

De groep cliënten waar het bij deze taakherschikking om draait, lijkt vrij homogeen hoewel er ook grote verschillen gezien zijn. Het betreft veelal cliënten met min of meer uitgebluste psychiatrische problematiek (zoals schizofrenie, persoonlijkheidsstoornissen, stemmingsstoornissen) die grotendeels afkomstig zijn uit het psychiatrisch ziekenhuis.

Het aantal cliënten dat niet afkomstig is uit het psychiatrisch ziekenhuis neemt toe; zij zijn doorverwezen vanuit de thuissituatie (soms ambulante psychiatrie) of vanuit maatschappelijke opvang (daklozen) en verslavingszorg (zowel alcohol- als drugs-verslaafden).



De mate waarin de psychiatrische problematiek actief is, varieert van uitgebluste ziektebeelden tot een nog regelmatig opvlammende pathologie of verslaving.

Verder is van belang dat alle cliënten te maken hebben met dubbelproblematiek. Dat betekent dat zij, naast de psychiatrische/begeleidende zorg, ook behoefte hebben aan somatische zorg. Het psychiatrisch ziekenhuis lijkt minder ingericht op het verlenen van deze somatische zorg.

Het aandeel bewoners met psychiatrische problemen van het totale aantal bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen varieert van minder dan 5 tot 100 procent.

De verandering voor de cliënten is vaak groot. Zij komen in de ouderenzorg in een totaal andere leefwereld. Daarbij komt dat men in de GGZ meestal gewend was aan meerpersoonskamers. De eenpersoonskamers en appartementen en het accent op wonen en welzijn in de ouderenzorg zorgen ervoor dat cliënten meer invloed hebben en meer zeggenschap over hun leven. Citaat van een bewoner: "Hier mag ik een kat hebben".

4.2.2 Taken van de betrokken professionals

De zorg voor ouderen met psychiatrische problemen in de verpleeg- en verzorgingshuizen is overgedragen vanuit de GGZ. De hiermee gepaard gaande taakherschikking vindt plaats op twee niveaus, op het niveau van de artsen en op het niveau van de uitvoerenden van de dagelijkse begeleiding. De psychiater uit het psychiatrisch ziekenhuis draagt taken over naar de (verpleeg)huisarts in het verpleeg- of verzorgingshuis. Het gaat hier om taakverschuiving: overdracht aan beroepsbeoefenaren met een gelijk opleidingsniveau. Dat het hier wel om andere specialisaties gaat, doet daar niets aan af.

De tweede overdracht van taken vindt plaats tussen de uitvoerenden uit de GGZ (veelal psychiatrisch verpleegkundigen, maar ook anderen) naar uitvoerenden in de ouderenzorg (vooral verzorgenden). Dit is een vorm van taakherschikking waarbij de taken worden overgedragen naar beroepsbeoefenaren met een lager opleidingsniveau. Vanuit de GGZ kunnen naast de psychiater ook psychiatrisch verpleegkundigen, casemanagers, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV) of een psycholoog betrokken zijn bij de taakherschikking.

De diversiteit in de verschijningsvormen van de taakherschikking is groot, waarbij vooral de verschillende manieren waarop wordt samengewerkt met de GGZ opvallen. De intensiteit van de samenwerking varieert van zeer intensief tot bijna nihil. Dit geldt zowel voor de artsen als voor de uitvoerenden. Twee uitersten illustreren dit:

In een verpleeghuis met 70 cliënten met psychiatrische problemen zijn de psychiater en SPV-ers alleen op afroep beschikbaar voor consultatie en advies.

In een verzorgingshuis met acht cliënten met psychiatrische problemen zijn twee psychiatrisch verpleegkundigen en een psycholoog vanuit de GGZ betrokken bij de dagelijkse begeleiding van deze cliënten.

Gedeeltelijk los hiervan, is ook de mate waarin de ouderenzorginstellingen een beroep doen op consultatie en advies vanuit de GGZ nogal verschillend. Dit geldt ook voor de rol van de psychiater bij de screening en de overdracht van cliënten.

Varianten in de ondersteuning door de GGZ-medewerkers zijn:

- B-verpleegkundigen vanuit de GGZ verzorgen het dagprogramma in het verzorgingshuis. Het psychiatrisch ziekenhuis is hier verantwoordelijk voor dagactiviteiten en dagstructurering.
- Twee psychiatrisch verpleegkundigen doen in het verzorgingshuis de specifieke begeleiding van de cliënten doordeweeks van 8:30 tot 17:00 uur.
- Een liaisonverpleegkundige vanuit de GGZ die in het verpleeghuis een dag per week aanwezig is ter ondersteuning van de verzorgenden en tweewekelijks intervisie, begeleidt.
- Verzorgenden kunnen in het verpleeghuis bij acute problemen een beroep doen op casemanagers vanuit de GGZ-instelling. Deze casemanagers zijn ook de contactpersoon tussen de psychiater en de cliënt.

4.2.3 Het zorgproces

De psychiater screent de eigen of aangemelde cliënt om te kunnen bepalen of deze in aanmerking komt voor plaatsing in het verpleeg- of verzorgingshuis. Hiervoor zijn doorgaans in samenwerking tussen GGZ en ouderenzorginstelling in- en exclusiecriteria opgesteld. Met deze criteria wordt aangegeven aan welke cliënten de instelling zorg kan verlenen en welke cliënten niet geplaatst kunnen worden. Vanuit de ouderenzorg bewaakt men mee dat de cliënt past binnen de doelgroep.

De in- en exclusiecriteria die instellingen op dit moment hanteren, zijn gericht op verschillende aspecten. Ten eerste op een aantal algemene kenmerken, zoals leeftijd en niet zelfstandig kunnen wonen. Daarnaast vooral criteria die samenhangen met de zorgbehoefte van de cliënt. In grote lijnen gaat het dan om de volgende exclusiecriteria: actieve pathologie of verslaving en ernstige gedragsstoornissen en (voor de verzorgingshuizen) ernstige somatische problematiek. Ook hebben, in aanvulling hierop, de meeste instellingen geen BOPZ-aanmerking en kunnen zij geen middelen en maatregelen

toepassen. Een psychogeriatrische zorgbehoefte is meestal ook een exclusiecriteria. Daarnaast moet het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) een indicatie stellen.

Bij opname wordt een zorg- of begeleidingsplan opgesteld waarbij de GGZ meestal wordt betrokken. In een enkel geval wordt in samenwerking tussen de GGZ en de ouderenzorg een geïntegreerd plan opgesteld. Vaker wordt gewerkt met een afzonderlijk medisch plan of behandelplan, met daarnaast een verpleeg- of begeleidingsplan waarin ook het activiteitenplan is opgenomen.

Uitvoering van de zorg gebeurt door de medewerkers van de verpleeg- en verzorgingshuizen, in multidisciplinair verband, al dan niet ondersteund door medewerkers vanuit de GGZ.

Regie en coördinatie over het zorgproces liggen in de meeste gevallen bij de persoonlijk begeleiders of eerst verantwoordelijk verzorgenden (EVV) in de ouderenzorg, ondersteund door een teamleider of door een medewerker vanuit de GGZ (psycholoog, B-verpleegkundige, SPV-er, liaisonverpleegkundige).

Alleen wanneer GGZ-medewerkers de begeleiding van de cliënten blijven uitvoeren, nemen zij ook de regierol op zich. Een voorbeeld maakt dit duidelijk:

De PMZ (Psychiatrische Meerzorg) verpleegkundige coördineert het geheel en is ook aanspreekpunt voor de cliënt. De verpleegkundige rapporteert wat de afspraken zijn en wat de benaderingswijze of het omgangsadvies is voor het personeel naar de cliënt. De verpleegkundige geeft ook waar nodig het personeel informatie over onduidelijkheden betreffende de begeleiding/behandeling van de cliënt.

Voor de continuïteit van de zorg op cliëntniveau zijn het zorgdossier en het multidisciplinair overleg (MDO) van groot belang. In het zorgdossier staan alle afspraken vermeld; hier rapporteren de verschillende disciplines hun bevindingen. Tijdens het MDO worden de afspraken bewaakt, geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. De mate waarin de GGZ betrokken is bij het MDO varieert sterk.

De medische verantwoordelijkheid is volledig overgedragen en ligt bij de (verpleeg)huisarts. De psychiater is in alle gevallen beschikbaar voor consultatie. Soms zijn er daarnaast structurele overleggen tussen psychiater en (verpleeg)huisarts. In het algemeen verloopt consultatie van de psychiater via de (verpleeg)huisarts. In minimaal één geval zijn alle betrokken cliënten ingeschreven als ambulante patiënten bij de GGZ. De psychiater is in dat kader aanwezig bij de multidisciplinaire overleggen over deze cliënten.

Andere relevante verschillen in de organisatie van de zorg binnen de huizen zijn:

- In sommige ouderenzorginstellingen is de personele samenstelling aangepast en zijn psychiatrisch geschoolde medewerkers, vooral SPW (Sociaal Pedagogisch Werkende) en SPH (Sociaal Pedagogische Hulpverlener), aangenomen.
- Cliënten vanuit de GGZ worden zowel geconcentreerd op één afdeling als gespreid over verschillende afdelingen geplaatst. Achtergrond hiervan is vaak de specifieke zorgvisie waarbij in het ene geval de normalisatiegedachte accent krijgt en in het andere geval andere overwegingen prevaleren (zoals concentreren van de specifieke deskundigheid, het bieden van een specifiek leefklimaat en/of het voorkomen van onrust bij andere bewoners door eventuele gedragsproblemen). De gespreide plaatsing leidt er in elk geval toe dat een veel grotere groep medewerkers geconfronteerd wordt met deze nieuwe groep cliënten.

4.3 Taakherschikking en de kwaliteit van zorg

4.3.1 Patiëntveiligheid

Is de zorg veiliger geworden door de taakherschikking? Uit dit onderzoek blijkt dat deze vraag moeilijk te beantwoorden is. Dat komt vooral omdat er zowel verbeteringen van de veiligheid worden gesignaleerd alsook kanttekeningen worden geplaatst.

Algemeen beeld is dat de veiligheid in zijn totaliteit niet is afgenomen. Op een aantal specifieke aspecten is de veiligheid zelfs verbeterd. Dit geldt bijvoorbeeld voor de somatische zorg. Somatische klachten zoals doorgezakte voeten en urineweginfecties worden eerder onderkend, zodat snellere behandeling plaatsvindt. Daarbij speelt ook een rol dat de ouderenzorg veel meer toegespitst is op de risico's van de oudere cliënt, zoals valpreventie, decubitusbeleid en eten- en drinkbeleid.

De verminderde psychiatrische zorg zou kunnen zorgen voor een verminderde veiligheid. Over het algemeen schat men echter in dat ook hier de veiligheid niet is afgenomen. Dit komt doordat:

- Er gewerkt wordt met goede in- en exclusiecriteria.
- De deskundigheid van de verzorgenden is bevorderd.
- Er een goede samenwerking met de GGZ is.

Een aantal instellingen signaleert dat op dit terrein nog zaken verbeterd kunnen worden en wijst op de volgende maatregelen:

- De toegang tot psychiatrische zorg zou nog verder verbeterd kunnen worden. Cliënten zijn afhankelijk van doorverwijzing door de huisarts of de verpleeghuisarts. Via de huisartsen levert dit geen problemen op, via de verpleeghuisarts soms wel. Zij houden het dan te lang bij zichzelf (geldt ook voor verzorgenden).

- De deskundigheid van het personeel kan nog meer aandacht krijgen, waardoor zijn gedrag van bewoners beter kunnen plaatsnemen.
- De kwantitatieve en kwalitatieve bezetting moet beter afgestemd worden op de doelgroep. In een aantal instellingen is er bijvoorbeeld behoefte aan meer psychiatrisch geschoold personeel.

Er hebben zich weinig tot geen (bijna-)ongelukken voorgedaan in de bezochte instellingen. Sommigen wijzen in dit verband op de kwaliteit van de in- en exclusiecriteria bij de opname van cliënten. In het verleden heeft een beperkt aantal instellingen, soms ten gevolge van leegstand, problemen gehad met de selectie van cliënten. In- en exclusiecriteria zijn vervolgens aangescherpt, waardoor cliënten met actieve psychiatrische problematiek niet (meer) werden opgenomen. In één instelling leek er nog een spanning te bestaan tussen leegstand en het hanteren van de in- en exclusiecriteria, waardoor het risico ontstaat dat toch cliënten worden opgenomen die men niet aankan.

Een beperkt aantal instellingen rapporteert over agressie-incidenten. Het betreft hier de veiligheid van de medewerkers. Het gaat veelal om verbale agressie. Protocollen en cursussen worden ingezet om op een goede manier met deze incidenten om te gaan en dit heeft een positief effect op de (ervaren) veiligheid van zowel cliënten als medewerkers.

Registratie en analyse van de incidenten en daarop gebaseerde verdere beleidsvorming lijken achter te blijven.

4.3.2 Effectiviteit

De verplaatsing van cliënten vanuit de GGZ naar de ouderenzorg was bedoeld om de levenskwaliteit van de ouderen te verbeteren en hen een 'normaler' leven te bieden. De effectiviteit van deze verplaatsing moeten we dan ook zien tegen deze achtergrond. Heeft de verplaatsing van de cliënten geleid tot beter functioneren van deze cliënten, tot normalisatie en vermaatschappelijking? Hoewel de instellingen niet beschikken over objectieve gegevens over de effecten van deze taakherschikking, komt er uit de gesprekken een duidelijk positief beeld naar voren. Over het algemeen vindt men dat de kwaliteit van leven voor de cliënten aanmerkelijk is verbeterd.

Verskillende factoren spelen daarbij een rol:

- Door de betere somatische zorg knappen bewoners op en dit heeft effect op het totale welbevinden van de cliënten. Deze verbetering lijkt op te wegen tegen de verminderde psychiatrische zorg.

- De cliënten bloeien op doordat zij in een beter psychosociaal klimaat vertoeven. In de ouderenzorg worden de cliënten meer aangesproken op hun gezonde deel en minder op hun psychiatrische problematiek. Daarnaast ervaren zij de verhuizing naar de ouderenzorg als een nieuwe start, los van het GGZ-stigma. Gevoel voor eigenwaarde van cliënten verbetert hierdoor.
- Door de structuur, de persoonlijke aandacht en begeleiding krijgen cliënten meer grip op hun eigen leven en op de werkelijkheid en komen ernstige gedragsproblemen nog maar zelden voor.
- De mogelijkheden tot sociale activiteiten, zowel in als buiten het verpleeg- of verzorgingshuis, zijn toegenomen en cliënten maken daar ook gebruik van. Deelname aan deze activiteiten en ook familiebezoeken zijn toegenomen en vereenzaming wordt minder.

Enkele citaten maken dit duidelijk:

- *“Cliënten voelen zich minder psychiatrisch patiënt en kunnen min of meer zelfstandig wonen.”*
- *“De cliënten wonen ‘normaler’ (kleinschaligheid) en onderhouden meer sociale contacten.”*
- *“Hospitalisatie van de cliënt is afgenomen na opname, autonomie is toegenomen.”*

Ook de psychiaters zijn positief over wat er allemaal gebeurd en bereikt is met de cliënten in de ouderenzorg. Zij zien geen cliënten terug waarvan ze denken ‘had ik die maar eerder terug gezien’ of decompensaties die absoluut niet te verwachten waren.

De komst van deze groep bewoners stelt specifieke eisen aan de dagelijkse zorgverlening en daarmee aan de kennis en vaardigheden. Onder andere scholing van de verzorgenden heeft positieve effecten gehad:

- Verzorgenden worden vaardiger in individuele benadering en het zich aan de gemaakte afspraken houden.
- Verzorgenden worden zich bewuster van hun eigen gedrag. Ze krijgen manieren aangeleerd om iemand respectvol te blijven benaderen.
- De nieuwe kennis en vaardigheden zijn ook weer toe te passen op reguliere afdelingen. Hiermee kan ook het onbegrip rond psychiatrische problematiek in de reguliere verpleeg- en verzorgingshuizen worden weggenomen.
- De verzorgenden voelen zich uitgedaagd om nieuwe dingen aan te gaan zoals koken in de groepen, stimuleren van familieparticipatie en open staan voor nieuwe doelgroepen en werkvormen.

Ook voor andere medewerkers waren er effecten. Iedereen in de instelling wordt geconfronteerd met de nieuwe cliënten, en dus met onbekend gedrag. Dit geldt vooral voor de medewerkers die uitvoerende functies hebben die op alle cliënten zijn gericht: de receptie, facilitaire dienst, huishoudelijk medewerkers, restaurantmedewerkers, paramedici en vrijwilligers.

Dit alles heeft geleid tot een opmerkelijk neveneffect. Geïnterviewden signaleren dat door de komst van de nieuwe doelgroep een andere cultuur en een ander leefklimaat is ontstaan in het gehele huis. De nieuwe cliënten brengen levendigheid en zonnigheid in huis, medewerkers zijn enthousiast, lijken zich uitgedaagd te voelen om nieuwe activiteiten te bedenken. Er is een ‘sprankelende cultuur’ ontstaan. Er is er een soort olievlekwerking naar de rest van het huis waardoor men ook daar anders kijkt naar ander gedrag, levensgerichte zorg (kleinschaligheid, bejegening, vormgeving van afdelingen) en dagactiviteiten (met bewoners eten voorbereiden en zelf koken). Voor de organisatie biedt het bovenstaande extra mogelijkheden om zich te ontwikkelen en nieuwe doelgroepen te bedienen.

4.3.3 Patiëntgerichtheid

Bij alle bezoeken van de inspectie is aangegeven dat de patiëntgerichtheid van de zorg is toegenomen. Dit komt omdat de zorg meer op het individu is gericht en meer tegemoet komt aan alle noden van de cliënt, de somatische, de psychiatrische en de sociaal maatschappelijke. De individuele aandacht leidt tot meer zorg op maat, waarbij voor elke cliënt de juiste balans wordt gezocht tussen de genoemde zorgaspecten. Verder leidt de meer kleinschalige organisatie van de zorg tot een directer zicht van de verzorgenden op eventuele problemen, waardoor men sneller ingrijpt. Tenslotte dragen ook de meer op leeftijd gerichte activiteiten bij tot meer patiëntgerichtheid. Sommige instellingen geven daarbij aan dat, hoewel er overal dagbesteding is, dit nog steeds te weinig is. “Eén dagdeel is niet genoeg, elke dag is dit nodig”.

Over de mate waarin niet-psychiatrisch geschoolde medewerkers goede psychiatrische zorg kunnen leveren, verschillen de meningen. Instellingen zetten veel scholing en andere deskundigheidsbevordering in om de verzorgenden bij te scholen. In dit verband wijst een van de geïnterviewden erop dat een andere interpretatie van vraaggericht werken nodig is voor deze doelgroep. Verzorgenden moeten zich deze andere interpretatie eigen maken.

“Niet zomaar voldoen aan wensen – bijvoorbeeld in bed blijven liggen – waarvan duidelijk is, dat dat uiteindelijk niet goed is voor het welbevinden van die persoon. Verzorgen met de handen op de rug, mensen die zelf iets kunnen, qua zelfverzorging, het zelf laten doen, enzovoort. De verzorgenden moeten omschakelen van het wondgericht verzorgend bezig zijn naar het gedragsgericht handelen.”

Vanuit een instelling waar psychiatrische verpleegkundigen zijn aangesteld om deze bewoners te begeleiden, geeft men aan dat betere communicatie met de cliënt plaatsvindt over wat hij/zij wel of niet wil.

Alle bezochte instellingen hebben recent een patiëntwaarderingsonderzoek uitgevoerd. De resultaten daarvan zijn echter niet herleidbaar naar de voor het onderzoek relevante cliëntengroep.

Uit het onderzoek blijkt dat er weinig klachten zijn. Als cliënten klachten hebben, gaan deze vaak over het zakgeld dat zij krijgen, over spullen die zij kwijt zijn of omdat ze niet goed gekleed zijn (verkeerde sok of niet-passende blouse). Soms hebben klachten direct te maken met het ziektebeeld (bijvoorbeeld bij depressiviteit). Voor de cliënten is volgens geïnterviewden duidelijk waar zij met hun klachten terecht kunnen. Meestal is er eerst een bemiddelingspoging van een medewerker of teamleider, maar de cliënt kan ook direct naar de klachtencommissie of de vertrouwenspersoon. Informatie hierover is opgenomen in patiëntenfolders of informatieboekjes die cliënten bij opname krijgen.

4.3.4 Toegankelijkheid van de zorg

Vrijwel iedereen vindt dat de zorg toegankelijker is geworden, vooral omdat het zorgaanbod voor deze cliëntengroep is uitgebreid. Waar deze cliënten voorheen aangewezen waren op langdurig verblijf in de GGZ, kunnen zij nu ook gebruikmaken van de zorg in verzorgings- en verpleeghuizen. Daarmee is de somatische zorg die deze cliënten nodig hebben beter bereikbaar geworden. De toegang tot allerlei activiteiten en sociale contacten is verbeterd, zowel binnen als buiten de muren van de instelling.

Door enkelen wordt hierbij de kanttekening geplaatst dat het soms moeilijker is om de psychiater of de SPV-er te pakken te krijgen. In die gevallen is de toegankelijkheid van de psychiatrische zorg afgenomen door de extra schakel. Ook wordt in enkele verpleeg- en verzorgingshuizen het aanbod aan zinvolle dagactiviteiten als onvoldoende gekenschetst.

4.4 Risico's en risicobeheersing

4.4.1 Mogelijke risico's

Uit het onderzoek komt een aantal mogelijke risico's naar voren bij deze vorm van taakherschikking.

- *Onvoldoende continuïteit van de zorg*
Zorg verlenen aan deze groep cliënten vereist specifieke expertise en ervaring. Omdat deze niet standaard bij alle medewerkers in het verpleeg- en verzorgingshuis aanwezig zijn, kan de continuïteit van zorg in gevaar komen. Extra kwetsbaar wordt het dan bij verloop van personeel en bij vakanties. De samenwerking met de GGZ is, hoe beperkt soms ook, over het algemeen contractueel vastgelegd in samenwerkingsovereenkomsten, ook wel convenanten of mantelovereenkomsten genoemd. Deze afspraken zijn vaak niet recent geëvalueerd en bijgesteld. Belangrijke onderdelen daarbij zijn: adequate diagnostiek en betrokkenheid van de psychiater bij de opname, overdracht en begeleiding bij plaatsing van cliënt, afspraken over terugplaatsing en crisisinterventie en korte lijnen voor consultatie en advies. Als deze zaken niet goed geregeld zijn, ontstaat het risico dat verkeerde opnames plaatsvinden en daardoor geen adequate zorg kan worden geleverd. Onderbehandeling kan het resultaat zijn. Daarbij valt op dat de bezochte instellingen verschillend denken over de noodzaak om psychiatrisch geschoolde medewerkers op dagelijkse basis te betrekken bij de zorg. Soms is de GGZ alleen betrokken door consultatie en wordt zelfs daar nauwelijks gebruik van gemaakt. Hiertegenover staat een citaat van een B-verpleegkundige die werkzaam is in het verzorgingshuis. Zij zegt: “Als wij er niet waren, ging dit mis.” Haar visie – en die van vele andere partijen – is dat er frequent een B-verpleegkundige of SPV aanwezig moet zijn die direct contact heeft met de bewoners en die er voor kan zorgen dat de signaleringsfunctie goed overeind blijft.
Een beperkt aantal instellingen heeft in het verleden slechte ervaringen gehad met de terugplaatsing van cliënten in crisissituaties. Eén instelling heeft een keer, in uiterste nood, de cliënt in de taxi naar de psychiatrische kliniek gezet. Voor de slechte ervaringen zijn verschillende oorzaken: het ontbreken van goede afspraken over terugplaatsing, onvoldoende communicatie binnen de GGZ over de afspraken en het niet beschikbaar zijn van een crisisbed.
- *Onvoldoende deskundigheid en vaardigheid bij medewerkers in de ouderenzorg*
De medewerkers in de ouderenzorg zijn in hun initiële opleiding doorgaans niet geschoold in het omgaan met cliënten met een psychiatrische achtergrond. Continue aanvullende scholing blijkt nodig, gericht op kennis van psychiatrische ziektebeelden, maar vooral ook op het omgaan met deze cliënten. Ook huis-

houdelijk medewerkers, de receptie en de (para)medici krijgen te maken met andersoortige cliënten. Voor hen vraagt dit in elk geval om training over het omgaan met gedragsproblemen. Huisartsen noemen in een aantal gevallen het te weinig en te laat signaleren door verzorgenden.

- *Onvoldoende borging van adequaat handelen*
 Protocollen voor het verlenen van psychiatrische zorg zijn slechts beperkt aanwezig. Meer protocollen op dit terrein zijn gewenst. In de gesprekken zijn genoemd:
 - Een protocol voor het omgaan met manipulatief gedrag.
 - Een protocol voor het omgaan met dwangmatig gedrag.
 - Een protocol voor observatie van de cliënt.
 - Protocollen en voorschriften voor de dagbesteding (er wordt gewerkt met gereedschap).
 - Protocol voor het systematiseren van zorgvragen.
 - Protocol voor het opstellen van geïntegreerde zorg-leef-behandelplannen.
- *Onvoldoende affiniteit van medewerkers bij de doelgroep*
 Medewerkers moeten deze specifieke zorg willen verlenen. In een aantal gevallen heeft het opnemen van deze nieuwe cliëntengroep min of meer het karakter gekregen van een overval op de medewerkers. Daardoor wisten zij niet wat te verwachten en kwamen er relatief laat achter dat zij voor deze zorg de noodzakelijke motivatie misten. Dit laatste heeft geleid tot problemen met de continuïteit van zorg.
- *Te laat doorverwijzen naar de psychiatrie*
 In enkele instellingen herkent men dat zowel de verpleeghuisarts als de verzorgenden soms te lang zelf ‘doormodderen’ terwijl opname of behandeling door de psychiatrie dan meer voor de hand ligt.
- *Afstemming van het zorgaanbod op de doelgroep.*
 Vooral de dagbesteding vraagt hier om extra aandacht. Hiervan bleek meer nodig dan in eerste instantie was ingezet.
 - Onvoldoende afstemming tussen de GGZ, het Centrum Indicatiestelling Zorg en de ouderenzorg over de screening van cliënten. Soms hebben deze partijen verschillende antwoorden op de vraag: “Past deze cliënt echt goed hier?”.
 - Onbegrip voor het specifieke karakter van de afdeling binnen de instelling. Wanneer er koffie wordt gedronken met de cliënten wordt dat gezien als ‘tijd over hebben’ en moet men bij drukte elders in huis personeel uitlenen naar andere afdelingen.

- Het ‘afvalputje’ worden en het stigma krijgen van: ‘Daar plaats je alle ouderen die lastig zijn’. Dit wordt voorkomen door te werken met heldere inclusie-criteria.

Tenslotte, een risico van geheel andere orde maar niet van minder groot belang, is de financiering van deze zorg. Dit risico is door vrijwel alle bezochte instellingen genoemd en kan leiden tot stopzetting van de projecten. De voornaamste actuele bedreiging betreft het schrappen van de financiering van de GGZ-functie ‘dienstverlening’ per 1 januari 2008. Daarnaast worden ook de financiering van zorg binnen de GGZ door middel van diagnosebehandelingcombinaties (DBC’s) en de ontwikkeling van het zorgzwaartepakket (ZZP) in dit kader genoemd. Stopzetting van het project door de GGZ zou leiden tot een ernstig verlies van de kwaliteit van de zorg. Samenwerking met de GGZ is een harde voorwaarde om de zorg aan deze cliënten goed te laten verlopen.

4.4.2 Inperken van risico’s

De bezochte instellingen hebben de volgende maatregelen genomen om de risico’s in te perken.

Bevoegdheden en verantwoordelijkheden

- Afspraken met de GGZ zijn, waar nodig, aangescherpt en contractueel vastgelegd. Over het algemeen is men overigens tevreden over de samenwerking.
- In een beperkt aantal gevallen is voor een zeer intensieve inwerk- c.q. implementatieperiode gekozen met extra grote betrokkenheid van de GGZ. Een voorbeeld illustreert dit.

In de beginperiode is intensieve ondersteuning geboden door de GGZ. Hierbij is personeel van het verpleeghuis stage gaan lopen op de afdeling waar de cliënten zaten die overgeplaatst zouden gaan worden. Na de overplaatsing is een psychiatrisch verpleegkundige vanuit de GGZ tijdelijk drie maanden gedetacheerd. Deze verpleegkundige is ook betrokken bij de aanneming van nieuw personeel. De personeelsformatie is zowel kwantitatief als kwalitatief op de sterkte van de GGZ-afdeling gebracht. Dit betekent dat ook SPH-ers in dienst zijn genomen.

- Voor de financieringsproblemen lijken momenteel geen structurele oplossingen te zijn. In één instelling is door afspraken te maken met het zorgkantoor een soort ZZP/GGZ grondslag bepaald, waardoor er toch extra geld beschikbaar komt. Een aantal verpleeghuizen heeft zich verenigd en is met de koepel hierover in gesprek.

Protocollen

Bij het verlenen van de zorg aan de nieuwe cliënten worden protocollen gebruikt. Voor een deel zijn dit protocollen die algemeen gebruikt worden in de organisatie. Dat geldt voor de protocollen voor de somatische zorg (verpleegtechnische handelingen) en voor de protocollen die het instellingsbeleid weergeven. Denk daarbij aan protocollen over omgaan met agressie, suïcide, weglopen, bejegening en klachtenprocedure.

Daarnaast zijn er protocollen die specifiek zijn voor de taakherschikking. Het gaat daarbij vooral om de procedures en andere beleidsstukken waarin de afspraken met de GGZ zijn vastgelegd. Voorbeelden daarvan zijn: procedures voor de opnamecommissie, in- en uitsluitingscriteria, verantwoordelijkheidstoedeling tussen GGZ en ouderenzorg en terugplaatsgarantie en ondersteuning door de GGZ. Sommige instellingen geven aan dat deze afspraken verder aangescherpt moeten worden of geactualiseerd.

Protocollen die gericht zijn op het omgaan met de nieuwe cliënten, kortom het verlenen van psychiatrische zorg, zijn slechts zeer beperkt aanwezig. De voorbeelden die men hiervan geeft, worden niet algemeen gebruikt en zijn steeds door een enkele instelling genoemd. Het betreft:

- Een protocol voor de 'zo nodige medicatie'.
Hiervoor hanteert men een soort stoplichtsysteem bij cliënten waarbij de situatie kan escaleren. Groen betekent 'stabiele situatie, er is niets nodig'. Oranje betekent 'dreigende escalatie, er mag zo nodig een van tevoren vastgestelde hoeveelheid medicatie oraal worden toegediend' (zonder tussenkomst van de arts). Rood betekent 'de situatie is geëscaleerd, na overleg met arts mag medicatie per injectie worden toegediend'.
- De niet-pluis index.
Dit is een gemakkelijk in te vullen vragenlijst over het gedrag van een cliënt. Dit hulpmiddel om probleemgedrag eerder op te merken wordt door twee medewerkers, ieder apart, ingevuld, waarna men met elkaar in overleg gaat over het gedrag van cliënten.

Het veelal ontbreken van protocollen voor de psychiatrische zorg betekent overigens niet dat er weinig aandacht is voor de psychiatrische zorg en de manier van omgaan met de cliënt. Afspraken hierover zijn doorgaans vastgelegd in het individuele zorgdossier. Daarbij worden dan ook concrete omgangsadviezen vermeld. Deze maken voor de uitvoerende zorgverleners duidelijk welk gedrag bij de betreffende cliënt raadzaam is. Het betreft hier dus eigenlijk 'richtlijnen op maat'. Dit neemt overigens niet weg dat meerdere respondenten hebben aangegeven dat zij meer specifieke protocollen wensen.

De controle of deze protocollen en afspraken worden nageleefd, vindt in eerste instantie plaats tijdens de uitvoering van de zorg en de overdracht tussen uitvoerenden. Daarnaast hebben teamleiders hierin vaak een verantwoordelijkheid. Belangrijke randvoorwaarden hiervoor zijn: goede overdracht, voldoende overlegvormen, elkaar aanspreken en voldoende tijd. Deze randvoorwaarden zijn niet altijd ingevuld.

Opleiding en personeelsbeleid

- Verzorgenden, maar ook andere medewerkers, worden geschoold in het omgaan met de nieuwe cliëntengroep. De scholing en begeleiding zijn gericht op het omgaan met ander (pathologisch) gedrag, het herkennen van de psychopathologie en het signaleren van decompensatieverschijnselen. Probleem hierbij is overigens het ontbreken van scholingsaanbod. Instellingen regelen dit daarom zelf. Zij doen dit bijvoorbeeld door zelf (GGZ-)scholing te ontwikkelen en door de specifieke expertise in een vast team van GGZ-geschoolden en verzorgenden te ontwikkelen, door intervisie of door coaching on the job te organiseren. Specifieke scholingen die men noemt zijn:
 - Omgaan met pathologisch gedrag, zoals agressie of claimen.
 - SPH/SPW geschoold tot niveau verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG), inclusief verpleegkundige handelingen.
 - Alle medewerkers (afdeling en andere diensten) geschoold in psychiatrische ziektebeelden.
 - Mogelijkheid tot stage in de psychiatrie.
 - Casuïstiekbesprekingen, vooral omdat het niet alleen over kennis gaat.
- In een aantal instellingen zijn de scholing en deskundigheidsbevordering uitgebreid naar andere groepen medewerkers. Dit geldt vooral voor huishoudelijk medewerkers. Vooral in de verzorgingshuizen zijn zij vaak langer dan de verzorgenden aanwezig bij de cliënt. Instructie hoe om te gaan met bepaalde gedragingen is dan noodzakelijk. Belangrijk voordeel hiervan is overigens dat ook de huishoudelijk medewerkers letten op de cliënt en kunnen signaleren als iets 'niet-pluis' is. Een instelling die ook avond- en nachtverpleegkundigen heeft betrokken bij de scholing, ziet als positief neveneffect dat inzichten over de zorg aan de psychiatrische cliënten zich verspreiden door het huis. Er blijkt instellingsbreed meer aandacht te zijn voor levensgerichte zorg (kleinschaligheid, bejegening, vormgeving van afdelingen) en dagactiviteiten (met bewoners eten voorbereiden en zelf koken). Een andere instelling heeft als (negatief) effect van de komst van de nieuwe doelgroep de overeenkomst met sommige vrijwilligers moeten verbreken. Zij konden hun houding en gedrag niet op de nieuwe doelgroep afstemmen.
- Personeel wordt gericht geworven voor deze afdeling, bij overplaatsingen intern is er een terugkeerгарantie naar oude werkplek als de afdeling niet bevalt.

- Eén instelling zet zogenaamde aandachtsvelders in om de deskundigheid van medewerkers te vergroten.

Aandachtsvelders zijn verzorgenden die psychosociale en psychiatrische begeleiding tot specifiek aandachtsveld hebben en waarvoor eenmaal per kwartaal (twee mensen per huis) onder leiding van een psychiatrisch verpleegkundige en een manager bij elkaar komen om casuïstiek te bespreken en vragen in te brengen. Deze aandachtsvelders dragen hun kennis weer over naar de overige medewerkers.

- Men zorgt voor korte lijnen, frequente communicatie en een laagdrempelig contact, waardoor het risico op te laat doorverwijzen grotendeels wordt voorkomen. Interdisciplinair overleg en gemakkelijk toegang tot psychiatrisch geschoolden.
- Instellingen maken veel zorgafspraken op individueel niveau, in nauwe samenwerking met interne of externe GGZ-medewerkers. Zij leggen deze zorgafspraken en ook de omgangsregels nauwkeurig vast in het individuele zorgdossier.

4.5 Gevolgen van taakherschikking tussen GGZ en verpleeg- en verzorgingshuizen

4.5.1 Redenen voor de taakherschikking

De taakherschikking is doorgaans gestart als project en inmiddels structureel geworden. Daarbij beschouwen alle instellingen die deze vorm van zorg aanbieden zichzelf als voorloper.

De belangrijkste motivatie om te starten met de zorg voor ouderen met psychiatrische problemen was gelegen in een toenemende vraag vanuit de GGZ. Men wilde een betere leefomgeving voor de ouder wordende cliënt creëren. Door psychische en/of somatische achteruitgang konden deze cliënten zich binnen het eigen ziekenhuis steeds moeilijker handhaven. Daar kwam bij dat men in de GGZ en in de verslavingszorg niet de somatische zorg kon bieden die deze cliënten in toenemende mate nodig hadden. Aangezien het de verwachting was dat deze groep cliënten niet zelfstandig zou kunnen gaan wonen, ontstond de behoefte aan een vervolgvoorziening waar de cliënten de structuur en bescherming konden krijgen die zij nodig hadden. De verpleeg- en verzorgingshuizen waren vervolgens, mede door de gecombineerde functies van wonen (in verschillende vormen), welzijn en zorg, een logische keuze.

De verhuizingen van ouderen met psychiatrische stoornissen van de psychiatrie naar de ouderenzorg is mede het gevolg van de veranderingen in de behandelvisie die in de loop der jaren in de psychiatrie heeft plaatsgevonden. In die visie wordt vooral uitgegaan van 'vermaatschappelijking van de zorg' en is er minder plaats voor de traditionele 'asielfunctie' van de GGZ. Oudere of ouder wordende cliënten met psychiatrische problemen kunnen deze asielfunctie toch nodig hebben en komen dan terecht in verzorgings- en verpleeghuizen.

Vanuit de GGZ speelde overigens ook een rol dat deze als het ware dichtslibden en geen nieuwe cliënten meer konden opnemen die behandeling nodig hadden.

Naast deze overwegingen vanuit de zorgvisie en de zorgorganisaties ontstond ook in toenemende mate druk vanuit de overheden. Vanuit landelijk beleid moest men streven naar normalisatie en vermaatschappelijking van de uitbehandelde groep patiënten. Tegelijkertijd ontstond druk op sommige instellingen vanuit hun gemeenten. Deze zetten de verpleeg- en verzorgingshuizen onder druk om bepaalde cliënten op te nemen die nergens anders terecht konden. Dit gold bijvoorbeeld voor een groep 'zeer moeilijk plaatsbaren' en voor ouder wordende daklozen met somatische problemen.

Bij een beperkt aantal van de bezochte ouderenzorginstellingen vormde ook leegstand een belangrijke impuls om zich te gaan richten op andere doelgroepen. Tenslotte is nog als motivatie genoemd: eigen specialisatie en profilering.

Overigens heeft niet iedere GGZ-instelling deze ontwikkeling doorgemaakt en bieden lang niet alle verpleeg- en verzorgingshuizen zorg aan cliënten met psychiatrische problemen.

4.5.2 Nieuwe taken en verantwoordelijkheden

De verantwoordelijkheid voor de medische zorg aan de ouderen met psychiatrische problemen ligt bij alle bezochte instellingen bij de (verpleeg)huisarts.

Een andere visie op zorg leidt vaak tot veranderingen in de verdeling van taken en verantwoordelijkheden. Daarbij ontstaan soms ook nieuwe taken; taken die voorheen niet werden uitgevoerd. Of dit ook het geval is bij de taakherschikking van GGZ naar ouderenzorg, blijft onduidelijk. Duidelijk is wel dat accenten in de zorgverlening zijn verschoven. Waar in de GGZ-setting een groter accent lag op de psychiatrische zorg en behandeling, is in de ouderenzorg de nadruk meer komen te liggen op somatische zorg en psychosociale ondersteuning.

Mogelijk is de vraag of er nieuwe taken zijn ontstaan minder relevant in deze situatie.

Belangrijker is wellicht dat de taken die de verschillende professionals in de ouderenzorg moeten uitvoeren voor hen grotendeels nieuw zijn. Dat geldt voor alle direct bij de taakherschikking betrokken professionals, maar ook voor anderen in de ouderenzorg. De ‘nieuwe’ taken die in de inspectiebezoeken zijn genoemd door de respondenten zijn:

- Nieuwe taken voor (verpleeg)huisartsen. Deze krijgen te maken met een andere doelgroep; vooral de behandeling van mensen met verslavingsproblematiek en ouderenpsychiatrie is in meer of mindere mate (respondenten oordelen hier verschillend over) nieuw.
- Voor de verzorgenden is de verzorging en begeleiding van mensen met psychiatrische problematiek nieuw. Het accent ligt bij deze groep minder op de somatische zorg en meer op begeleiding, inclusief signalering van veranderingen in stemming en gedrag, gerichte benaderingen, etc. Dit vraagt andere vaardigheden en een andere aanpak van de verzorgenden. Een respondent merkt op: “Ook vanuit de psychogeriatric zijn de verzorgenden niet gewend dat een cliënt doorlopend stelling neemt”.
- Ook de andere medewerkers in de ouderenzorg worden geconfronteerd met dit onbekende en ongewone gedrag, dus ook zij krijgen te maken met nieuwe uitdagingen. Bijvoorbeeld de huishoudelijk medewerkers met een uiterst dwangmatige cliënt of de receptioniste bij een cliënt met ernstig claimgedrag. Dit geldt ook voor de paramedici in het verpleeghuis.
- Voor de soms aangestelde SPW-ers en SPH-ers zijn vooral de verzorgende taken nieuw.

4.6 Toekomstbeeld

In het veld is veel overeenstemming over de verwachte toekomstige ontwikkelingen.

Uitbreiding van de vraag naar deze zorg springt daarbij het meest in het oog.

Uitbreiding van de huidige vraag, maar ook de komst van nieuwe doelgroepen.

Daarbij denkt men aan:

- Oudere RIBW-cliënten (Regionale instelling beschermende woonvormen). Deze ontwikkeling is op enkele plaatsen al gaande.
- Korsakov-patiënten.
- Patiënten met frontaalbeelden met ernstige gedragsproblemen.

In de verpleeghuizen signaleert men dat ook de leeftijdscategorie waar men zich op richt, zal veranderen. Nu al worden ook relatief jonge uitbehandelde psychiatrische cliënten, jonge Korsakov-cliënten en cliënten met niet-aangeboren hersenletsel met psychiatrische stoornissen aangemeld.

Instellingen zullen door de komst van andere cliëntengroepen hun in- en exclusiecriteria moeten (blijven) bewaken en aanscherpen. Hoewel de instellingen momenteel een duidelijk beeld hebben van wat zij wel en niet aankunnen, zal dit beeld door de

komst van andere groepen in de toekomst bijgesteld moeten worden. Expliciet maken en vastleggen van heldere in- en exclusiecriteria lijkt daarbij essentieel. Dit gebeurt nog niet overal.

Als deze verwachtingen uitkomen en de diversiteit in de cliëntengroep verder toeneemt, dan ligt het voor de hand dat verdere professionalisering nodig is. Veel instellingen zien een verdere professionaliseringsslag dan ook als wezenlijk, waarbij de scholing en de deskundigheid van personeel een belangrijk thema is. In dit verband is ook de verwachting uitgesproken dat de opleiding tot verpleeghuisarts zal veranderen. Psychiatrie zal een groter onderdeel gaan uitmaken van het curriculum.

Hoewel dezelfde verwachting niet is uitgesproken voor de opleiding tot verzorgende ligt dit mogelijk wel voor de hand. De zorg voor de cliënten met psychiatrische problemen vraagt om andere dan de gebruikelijke competenties. De reguliere opleiding tot VIG (verzorgende individuele gezondheidszorg) zou meer competenties moeten inhouden voor het werken met mensen met een chronisch psychiatrisch ziektebeeld. Deze competenties worden nu in de bezochte instellingen ontwikkeld door veel te investeren in scholing, in samenwerking met de GGZ en/of het ROC.

Voor deze bezochte instellingen geldt dat zij de genoemde resultaten hebben bereikt door veel eigen scholing te organiseren. In het veld lijkt dan ook de kennis voorhanden om goed vorm te geven aan de benodigde aanvullende scholing en begeleiding. In dit verband is het zinvol om na te denken over aanpassingen in de initiële scholing van verzorgenden.

Een bredere basis van kennis en vaardigheden biedt ook de oplossing voor continuïteitsproblemen. De organisatie moet gepaste zorg kunnen blijven bieden. Dat betekent dat extra eisen moeten worden gesteld aan de continuïteit van de zorg. Vooral bij vakanties en personeelsverloop is deze continuïteit niet gewaarborgd, met het gevaar dat onrust ontstaat bij de bewoners.

Hoewel er momenteel onduidelijkheden zijn over de financiering van deze zorg, gaan de meeste instellingen ervan uit dat deze zullen worden opgelost. Immers: het nieuwe zorgaanbod voldoet aan een vraag en deze vraag zal alleen maar groter worden, zo is de verwachting. Toch maken velen zich ernstige zorgen over voortzetting van de activiteiten. GGZ-instellingen hebben aangegeven dat zij de samenwerking zullen stopzetten als zij de ondersteuning die zij leveren aan de ouderenzorg, niet langer betaald krijgen.

5 Taakherschikking bij de medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking

Dit hoofdstuk beschrijft de medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Dit was voorheen de taak van de instellingsarts en later een taak van de Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG). Door decentralisatie van grote instellingen is dit verschoven naar de huisarts en nurse practitioner.

Er zijn gesprekken gevoerd met professionals die direct betrokken zijn bij de medische zorg van bewoners van tien instellingen. Dit waren de AVG's, huisartsen, nurse practitioners of andere verpleegkundigen.

5.1 Conclusies

- Door taakherschikking verbetert de kwaliteit van de medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. De huisarts herkent somatische klachten sneller, waardoor eerder de benodigde medische of verpleegkundige zorg kan worden geleverd. De toegankelijkheid van de medische zorg is verbeterd; de huisarts is beter bereikbaar, en zorg is ook 's avonds, 's nachts en in de weekenden beschikbaar. Ook de laagdrempelige toegang tot een nurse practitioner draagt bij aan een betere kwaliteit van zorg.
- De patiëntgerichtheid is toegenomen. In kleinschalige huizen krijgen begeleiders een grotere verantwoordelijkheid voor het signalering van klachten. Zij weten – net als vaak de nurse practitioner – wat het 'normale' gedrag is van de bewoner en zien daardoor beter wanneer er iets aan de hand is.
- Verbetering is nodig in het kennisniveau en de (bij)scholing van begeleiders. Ook de overdracht en dossiervorming zijn niet optimaal.

5.2 Taakverdeling en zorgproces na taakherschikking

5.2.1 Taken van de betrokken professionals

Globaal gezien vinden er twee vormen van taakherschikking plaats rond de medische zorg in de verstandelijk gehandicaptenzorg:

- Tussen de AVG en de huisarts.
- Tussen artsen (meestal de AVG) en nurse practitioner(s) of andere verpleegkundigen.

Taakverschuiving tussen AVG en huisarts

De aangetroffen taakverdeling tussen AVG en huisarts is meestal als volgt: De 'dagelijkse' medische zorg, oftewel de huisartsenzorg, wordt uitgevoerd door de huisarts. De huisarts bepaalt vervolgens of de vragen zijn professioneel overstijgen en of

hij de AVG moet consulteren. Er zijn verschillende varianten aangetroffen op dit algemene patroon. Cliënten met ernstige meervoudige beperkingen en cliënten met ernstige gedragsproblemen bijvoorbeeld blijven voor de eerstelijnszorg bij de AVG. Soms spreken AVG en huisarts ook af bij welke specifieke problemen van cliënten direct contact gezocht kan worden met de AVG. Voorbeelden die hierbij zijn genoemd, zijn ernstige decubitus of ernstige gedragsproblemen.

Taken die doorgaans niet zijn overgedragen en die de AVG blijft uitvoeren zijn:

- Evaluatie van de chronische medicatie.
- Periodiek verrichten van diagnostisch onderzoek.

In een klein aantal instellingen zien we varianten op het hier geschetste algemene beeld van taakherschikking tussen AVG en huisarts:

- Bij de taakherschikking van AVG naar huisarts gaat het meestal om de huisarts in de wijk. Overdracht van taken naar huisartsen op het instellingsterrein of in een specifiek op de verstandelijk gehandicapten gericht gezondheidscentrum komt echter ook voor. Eén van de bezochte instellingen is hierover vrij expliciet. Zij vindt het van groot belang dat de instelling zelf de regie van de medische zorg in de hand houdt en neemt daarom zelf huisartsen in dienst.
- De geschetste algemene vorm van taakherschikking gaat uit van de van oudsher intramurale zorgsetting binnen de instellingsmuren. In de van origine semimurale instellingen bestaat een andere uitgangssituatie. Hier wordt de medische zorg al geleverd door huisartsen in de wijk en is er juist sprake van taakverschuiving van deze huisarts naar de AVG. Hierdoor kunnen cliënten, die al van oudsher in de wijk wonen, via de huisarts een beroep doen op de specialistische kennis van de AVG.
- De AVG fungeert als 'voorwacht'. Dat betekent dat cliënten pas naar de huisarts gaan na tussenkomst van de AVG. Dit betekent ook dat tijdens avonden, nachten en weekeinden een AVG bereikbaar moet zijn.

In bovengenoemd kader is in 2005 door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Nederlandse Vereniging van Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) een visie ontwikkeld over de samenwerking tussen de huisarts en de AVG in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap (NVAVG, 2005). Uitgangspunt daarbij is dat de zorg van de huisarts en de AVG elkaar goed kunnen aanvullen. De gebruikelijke somatische zorg aan verstandelijk gehandicapten kan beter door de huisarts worden geboden, bij complexe problematiek kan de specialistische kennis van de AVG nodig zijn.

Een eerste vorm van taakverschuiving is die van de AVG naar de huisarts. Het gaat hier om een vorm van samenwerken van artsen in instellingen met huisartsen die werkzaam zijn in de gemeenten. Een werkgroep met vertegenwoordigers van LHV

en NVAVG die zich in 2004 en 2005 heeft gebogen over een optimale samenwerking tussen huisarts en AVG, heeft een visienota opgesteld waarin de deskundigheden en verantwoordelijkheden van beide groepen worden benoemd en een taakverdeling c.q. samenwerking wordt voorgesteld die optimale reguliere en acute medische zorg waarborgt. Huisartsen bieden hierbij de gebruikelijke huisartsenzorg en hebben een belangrijke taak bij het verlenen van acute zorg. De huisarts bepaalt samen met de cliënt (of zijn vertegenwoordigers) welke rol de AVG in aanvulling op de huisartsenzorg op zich neemt. Hierbij zijn verschillende mogelijkheden: er kan gekozen worden voor de AVG als consultant, als tijdelijk behandelaar van een specifiek probleem of als blijvend medebehandelaar.

Taakherschikking tussen AVG en NP en/of andere (wijk)verpleegkundigen

Instellingen hebben gekozen voor overdracht van taken van de AVG naar:

- Nurse practitioner.
- Verpleegkundigen met verschillende achtergronden (praktijkverpleegkundige, arts-ondersteunend verpleegkundige, thuiszorg-verpleegkundige, stafmedewerker Zorg, B-verpleegkundige, Z-verpleegkundige).

De aangestelde NP en verpleegkundigen zijn niet toegewezen aan een specifieke woongroep, zij werken doorgaans in de gehele instelling of in een aantal locaties.

Taken die zijn overgedragen van de artsen naar de NP en verpleegkundigen zijn:

- Signalering van medische klachten bij bezoek aan de woongroepen, al dan niet op aanvraag van de persoonlijk begeleiders.
- Triage: verzoeken om een consult bij de huisarts of AVG verlopen via de NP of verpleegkundige. Soms bepaalt deze ook of een cliënt eerst door de AVG of door de huisarts moet worden gezien. Waar mogelijk handelt men zelfstandig zaken af.
- Scholing en coaching van medewerkers bij voorbehouden en risicovolle handelingen, diabetes, wondverzorging en decubitus.
- Zorg bij diabetes, decubitus en palliatieve zorg.
- Spreekuren voor cliënten met diabetes en decubitus.

Hoewel de verpleegkundigen en de NP's grotendeels hetzelfde takenpakket hebben, zijn er in de bezochte instellingen nog een aantal aanvullende taken genoemd voor de NP's:

- Behandelen en voorschrijven van medicatie op een aantal geprotocolleerde terreinen.
- Anamnese.
- Beleids- en protocolontwikkeling.
- Voorlichting en advisering over preventie en signalering aan persoonlijk begeleiders, teams en cliënten.

Doordat de AVG niet meer regelmatig aanwezig is op de locaties, kan de AVG ook niet langer zelf signaleren of cliënten medische zorg nodig hebben. Deze signaleringsfunctie is dan ook overgedragen naar andere professionals. Vooral in de multidisciplinaire teams wordt deze signalering periodiek aan de orde gesteld door de persoonlijk begeleiders op de woningen.

5.2.2 Het zorgproces

Het zorgproces dat het resultaat is van de taakherschikking rond de medische zorg, ziet er in grote lijnen als volgt uit.

De cliënt geeft aan dat hij of zij zich niet goed voelt, of de persoonlijk begeleider van de cliënt signaleert dat er iets 'niet pluis' is met de cliënt. Als deze inschat dat het een medisch of verpleegkundig probleem betreft, wordt de NP of verpleegkundige ingeschakeld. Dit gebeurt doorgaans in overleg met de cliënt en met andere persoonlijk begeleiders. De NP/verpleegkundige beoordeelt de vraag en bekijkt of hij de vraag zelfstandig kan afhandelen. Wanneer dit niet het geval is, verwijst hij de cliënt naar de huisarts of de AVG, afhankelijk van de afspraken die daarover zijn gemaakt. In de praktijk komt het er meestal op neer, dat alle vragen naar de huisarts gaan. Deze bepaalt vervolgens of het zijn professe overstijgt. Wanneer dit het geval is, consulteert hij de AVG of stuurt de cliënt door.

Meestal gaat een persoonlijk begeleider met de cliënt mee wanneer deze naar de arts gaat. Waar dat niet zo is, wordt op een andere wijze geregeld dat de adviezen van de huisarts ook terechtkomen op de woongroep. In één van de instellingen neemt de cliënt bijvoorbeeld een schriftje mee, waar de huisarts zijn advies in schrijft. De persoonlijk begeleiders zorgen er vervolgens voor dat de adviezen van de arts worden opgenomen in het individuele ondersteuningsplan van de cliënt.

In het algemeen ligt de regie over de medische zorg bij de huisarts. Dat geldt zeker in die gevallen waar de huisarts de dagelijkse medische zorg levert. Voor de cliënten waarover is afgesproken dat de AVG de eerstelijnszorg uitvoert, is deze de regievoerder. Dat geldt ook in de instelling waar de AVG fungeert als 'voorwacht'. In de praktijk blijkt dat het van belang is om regelmatig de taakverdeling/herschikking en regievoering te bespreken en eventueel bij te stellen. Deze evaluatie bevordert duidelijkheid bij alle betrokken professionals.

Ook de persoonlijk begeleiders hebben een belangrijke rol bij de coördinatie van de zorg. Zij staan het dichtst bij de cliënt en kunnen ondersteund door de NP en verpleegkundigen fungeren als casemanagers.

In alle gevallen zijn de lijnen kort en weet men elkaar snel en gemakkelijk te vinden.



5.3 Gevolgen voor de kwaliteit van zorg

5.3.1 Patiëntveiligheid

Uit dit onderzoek komt als algemeen beeld naar voren dat de cliëntveiligheid is toegenomen. De veiligheid is vooral verbeterd door de toegenomen toegankelijkheid van de medische zorg. De AVG had doorgaans een veel langere aanrijtijd dan de huisarts. Medische zorg is door de bereikbaarheid van de huisartsen sneller beschikbaar, zowel overdag als tijdens avonden, nachten en weekeinden. Enkele instellingen zijn zeer positief over de samenwerking met huisartsenposten en doktersposten. Andere instellingen zijn hierover minder te spreken, de samenwerking wisselt in de verschillende regio's.

Daarnaast wordt beter gesignaleerd, zowel door de NP/verpleegkundigen als door de begeleiders. De scholing en training die NP's in een aantal instellingen geven aan begeleiders zorgt er verder voor dat de begeleiders bepaalde verpleegkundige handelingen beter, en dus veiliger, kunnen uitvoeren.

Ook de door cliënten ervaren subjectieve veiligheid is toegenomen. Dit komt doordat de NP/verpleegkundige doorgaans een bekende is voor veel cliënten. Door de scholing van persoonlijk begeleiders in het uitvoeren van verpleegkundige handelingen, komen er minder onbekenden 'aan het bed' van de cliënt en kan de cliënt in zijn eigen omgeving en door zijn eigen begeleider of diens teamleden adequaat geholpen worden. Doordat de NP/verpleegkundigen ook veel dichterbij de praktijk van de begeleiders, kunnen deze laatste beschikken over praktijkgerichte adviezen voor de verzorging van de cliënten.

Ook de veiligheid in de instelling/locatie waar AVG-zorg is toegevoegd aan de medische zorg, is toegenomen. Daar kan meer specifieke professionele zorg worden geboden bij aan de handicap gerelateerde problematiek.

Andere redenen die men geeft voor de toename van de veiligheid zijn:

- De lijnen zijn korter geworden.
- Er is meer overleg in de teams over de noodzaak van een doktersconsult.
- De cliënten/patiënten worden vanuit meer specialismen beschouwd.

Er zijn geen (bijna-)ongelukken geweest die direct aan de taakherschikking zijn toe te wijzen.

5.3.2 Effectiviteit

In de bezochte instellingen is de kwaliteit van de zorg verbeterd ten gevolge van de veranderingen die men heeft doorgevoerd in de medische zorgverlening. Alle disciplines (huisarts, AVG, verpleegkundige en persoonlijk begeleider) worden beter ingezet op hun eigen specialisme. Voor de huisartsen is dat de reguliere medische zorg, voor de AVG de zorg bij complexe problematiek, voor de verpleegkundige de verpleegkundige handelingen en voor de persoonlijk begeleiders de dagelijkse zorg en begeleiding, met een toegenomen rol in het signaleren van verpleegkundige en medische vragen.

Hoewel de instellingen dit niet kunnen onderbouwen met resultaten van outcome-indicatoren of patiëntwaarderingsonderzoek, geven de gesprekspartners verschillende factoren aan waarmee zij deze verbeteringen aannemelijk maken.

- Algemeen beeld is dat de signalering van lichamelijke klachten is verbeterd. Hoewel voorheen de arts regelmatig op de woonlocaties aanwezig was, ziet men de gerichte aandacht van de NP, de verpleegkundigen en de persoonlijk begeleiders toch als meer adequaat. Zij kennen de bewoner in zijn woonsituatie en herkennen afwijkingen van het gewone daardoor beter. Bovendien kunnen zij, doordat zij de cliënt kennen in zijn woonomgeving, gericht adviseren.
- Daarnaast worden de cliënten in de huidige situatie vanuit meerdere gezichtspunten (specialismen) gezien. Niet alleen vanuit de begeleiding, maar ook vanuit het perspectief van verpleegkundige, huisarts en specialistische zorg. Hierdoor wordt meer gecommuniceerd over de cliënt en ontstaat meer kennis en inzicht over de cliënt bij alle betrokken professionals.
- Er is meer openheid en transparantie ontstaan, mede door de dossiervorming en het feit dat meerdere disciplines van binnen en buiten de instelling samen zijn gaan werken.
- De kwaliteit van de medische zorg is eveneens verbeterd omdat cliënten voor de eerstelijnszorg bij de eerstelijnspecialist, de huisarts, terecht kunnen. Voorheen waren de cliënten voor deze zorg aangewezen op een basisarts of op een AVG. Bij de instellingen en locaties waar juist de AVG is toegevoegd aan het team van mogelijke zorgverleners, geeft men aan dat hierdoor extra mogelijkheden zijn ontstaan om adequaat in te spelen op de specifieke vraag van de cliënt vanuit zijn handicap. In één van de bezochte instellingen is de behandeling van de cliënten door de komst van de AVG in een aantal gevallen gewijzigd. Gegevens over de vraag of dit tot verbeteringen in outcome heeft geleid, ontbreken vooralsnog.
- Tenslotte kunnen cliënten nu doorgaans sneller hulp krijgen voor een medisch probleem. Dit geldt ook voor acute problemen.

Eén van de bevroegde organisaties geeft aan dat het ziekteverzuim onder cliënten drastisch is gedaald. Hierbij is echter niet te achterhalen waaraan deze daling toe te schrijven is. Niet alleen de medische zorg voor deze cliënten is veranderd, maar ook hun huisvesting, dagbesteding, etc.

Enkele citaten uit de gesprekken:

“Voor veel klachten biedt de huisarts door zijn grotere routine in ‘gewone’ huisartsenzaken betere zorg.”

“De continuïteit van de zorg is verbeterd en wordt meer doelgericht doordat specialismen en verpleegkundige zorg beter worden ingezet. De specialisten en praktijkverpleegkundigen houden zich meer bezig met die zaken waar ze bekwaam in zijn. Zo zijn de praktijkverpleegkundigen beter in staat te overzien wat een cliënt in zijn eigen (woon)situatie nodig heeft dan de medici die op wat grotere afstand van de cliënten staan. Ook zijn zij beter in staat bijvoorbeeld in het geval van wondverzorging de voortgang te monitoren.”

5.3.3 Patiëntgerichtheid

De cliëntgerichtheid is toegenomen, vooral door de inzet van NP's en andere (wijk)verpleegkundigen. Deze professionals zijn opgeleid om cliëntgericht en vraaggericht te werken. Zij staan dicht bij de praktijk van cliënten waardoor zij beter zicht hebben op wat de cliënten nodig hebben in hun woonsituatie. Zij zien meer dan de artsen, kunnen – binnen hun expertise – gericht adviseren en ingrijpen, waardoor meer zorg op maat ontstaat.

Hetzelfde geldt voor de persoonlijk begeleiders. Zij hebben meer verantwoordelijkheid gekregen voor het signaleren van medische en verpleegkundige vragen, doordat de artsen niet meer elk moment beschikbaar zijn voor vragen.

Ook vervullen de NP's en verpleegkundigen een rol in de vertaalslag van informatie vanuit externe specialisten/ziekenhuizen naar cliënten en hun begeleiders. Cliënten hebben een vaste huisarts of AVG, waardoor zij een relatie kunnen opbouwen.

Hoewel in geen van de bezochte instellingen een cliëntwaarderingsonderzoek is uitgevoerd waarbij specifiek gevraagd is naar de effecten van de taakherschikking, achten enkele instellingen dit zeer wenselijk. Op deze manier kunnen de goede resultaten die behaald zijn, worden aangetoond.

Het is voor de cliënten duidelijk waar zij met klachten terecht kunnen. Alle instellingen beschikken conform de wetgeving over een klachtenregeling.

5.3.4 Toegankelijkheid van de zorg

In ieder geval is nu voor elke cliënt de basis medische zorg geregeld.

De toegankelijkheid van de zorg is toegenomen. Belangrijk daarbij is dat de NP/ verpleegkundige in de regel sneller kan reageren op signalen vanuit de groepen. Deze is sneller ter plaatse en kan daarmee ook sneller een eventuele behandeling in gang zetten. Ook de huisarts kan snel aanwezig zijn bij acute problemen. Over het algemeen zijn afspraken gemaakt met huisartsen over de medische zorg tijdens kantooruren, maar ook tijdens, avond-, nacht- en weekeinddiensten.

De lijnen tussen artsen en verpleegkundigen zijn doorgaans kort, waardoor medische vragen, waar nodig, snel kunnen worden doorgespeeld. Zowel cliënten als begeleiders weten waar ze met hun vragen naartoe kunnen.

Een citaat uit één van de gesprekken:

“Er zijn meer medici die betrokken kunnen worden bij de zorg rond een cliënt en deze medici elkaar kunnen vervangen en aanvullen. We hebben nu één loket dat gebeld kan worden en waar de praktijkverpleegkundige de triage doet. Hierdoor worden ‘overbodige’ vragen niet meer aan de artsen gesteld en krijgen ze alleen die vragen die voor hen bestemd zijn. Ook het opzetten van de 24-uurszorg door de praktijkverpleegkundigen vergroot de toegankelijkheid.”

Tenslotte is de toegankelijkheid van de medische zorg ook verbeterd doordat de drempel voor de persoonlijk begeleiders om vragen te stellen is verlaagd door de inzet van verpleegkundigen.

Door de taakherschikking komt ook voor semi- en extramurale cliënten AVG-zorg ter beschikking. De AVG heeft hier nu meer tijd voor. Het is echter ook zo dat omdat de huisarts en de AVG regelmatig contact hebben, de huisarts voor een thuiswonende verstandelijk gehandicapte sneller een consult aanvraagt bij de AVG.

5.4 Risico's en risicobeheersing

5.4.1 Mogelijke risico's

Uit het onderzoek komen de volgende aspecten van taakherschikking naar voren, waarbij mogelijk risico's aan de orde kunnen zijn:

- *Overdracht van informatie tussen de betrokkenen*
Om goede medische zorg te kunnen leveren moeten arts en AVG, maar ook andere betrokkenen volledig op de hoogte zijn van elkaars diagnoses en behandelingen. Door de taakherschikking zijn niet alleen meer professionals betrokken bij de medische zorg; deze professionals zijn ook nog eens externe partijen met hun eigen informatiesystemen. In de helft van de bezochte instellingen signaleert men dat de elektronische dossiers van huisartsen, AVG's en apotheken niet voldoende op elkaar zijn afgestemd, waardoor de overdracht van gegevens onvoldoende of onvolledig is. Systemen blijken nog onvoldoende transparant en toegankelijk. Voorbeelden daarvan zijn:
 - AVG's kunnen soms niet zien welke medicatie de huisarts of een specialist aan een cliënt heeft voorgeschreven. Zij zijn hiervoor afhankelijk van persoonlijke begeleiders van cliënten die op consult komen, mits dergelijke informatie in het cliëntendossier is opgenomen en de begeleiders deze dan meenemen.
 - Het elektronische patiëntendossier van de instelling is meestal wel toegankelijk voor de huisartsen maar nog niet gekoppeld aan dat van de huisarts.
- *Onvoldoende signalering van medische klachten waardoor te laat wordt doorverwezen*
Het gevaar dat de arts te laat wordt ingeschakeld doordat medische klachten niet goed gesignaleerd worden, achten de meeste respondenten in de praktijk niet reëel. De contacten tussen begeleiders, verpleegkundigen, AVG en huisarts verlopen goed, er is laagdrempelig contact en wanneer begeleiders en/of verpleegkundigen twifelen, overleggen zij met de arts. Enkele instellingen zien wel risico's op dit terrein.
- *Communicatie tussen huisartsen en verstandelijk gehandicapten*
Verschillende instellingen wijzen op communicatieproblemen tussen de cliënt en de huisarts. Daardoor kan de arts verkeerde conclusies trekken en een verkeerde behandeling inzetten. Dit probleem zou vooral ontstaan als er onvoldoende kennis aanwezig is bij de huisarts over de verstandelijk gehandicapte en als hij/zij weinig affiniteit heeft met deze patiënten.

- *Onduidelijke afbakening van taken en procedurele afspraken*
Taken, werkwijzen, richtlijnen en protocollen van de verschillende beroepsgroepen zijn niet altijd op elkaar afgestemd. In de bezochte instellingen lijkt dit geen noemenswaardig risico. Er wordt veelvuldig gebruikgemaakt van specifieke protocollen per professie. Bovendien moeten alle instellingen HKZ-gecertificeerd zijn in 2008. Voor deze certificering is het nodig om alle werkprocessen te beschrijven
- *Controle op het voorschrijven van medicatie door de NP*
Door NP's voorgeschreven medicatie wordt door een huisarts – soms nadat medicatie al is uitgegeven – gecontroleerd en bijgetekend. De uitgevende apotheek heeft hier een belangrijke controlefunctie. Deze moet controleren of controle en bijtekening door de arts heeft plaatsgevonden. In de praktijk ervaren de NP's dat dit goed werkt. De apotheek signaleert direct in het geval van onregelmatigheden.
- *Financiële belemmeringen*
De wijze waarop de zorg gefinancierd wordt, vormt een belemmering voor de taakherschikking. 'Verblijf en behandeling' worden anders gefinancierd dan 'verblijf' alleen, waardoor het uitplaatsen van de medische zorg voor instellingen gepaard gaat met een verlies aan inkomsten. Bovendien vragen sommige huisartsen soms hoge tarieven voor hun medewerking, omdat zij inschatten dat het opnemen van verstandelijk gehandicapten in hun praktijk veel extra tijd zou kosten.
- *Opleiding NP niet toereikend*
Een andere eenmalig genoemde belemmering was dat de opleiding van de NP en de verpleegkundigen niet toereikend was en onvoldoende toegespitst op de gehandicaptenzorg. De instelling die deze belemmering heeft genoemd, heeft de NP's en verpleegkundigen eigen cursussen aangeboden op de betreffende gebieden. Deze instelling organiseert deze scholing zelf om op deze wijze haar eigen 'maatwerk' te garanderen.
- *Meer schakels in de zorg*
Door de taakherschikking in de medische zorg zijn er meer schakels in deze zorg. Dit zou tot extra risico's kunnen leiden. In de praktijk vormde dit bij geen van de ondervraagden een probleem. Integendeel, men zag juist een meerwaarde van de inzet van extra professionals, doordat:
 - Deze over het algemeen goed geprotocolleerd werken.
 - Méér professionals zich buigen over de cliënt, met als gevolg een bredere kijk op de cliënt en méér elkaar aanvullende kennis.
 - Er veel contact is binnen en tussen de verschillende groepen.

- De inzet van de verpleegkundigen tot veel kortere lijnen heeft geleid, waarbij snel contact mogelijk is.
- Er een duidelijke afbakening/omschrijving van verantwoordelijkheidstoedeling is.

Een instelling zegt hierover:

“Hoewel er meer schakels zijn is de opzet dusdanig dat het risico dat hierdoor iets fout zou gaan, geminimaliseerd wordt. Men is bezig met het opzetten van een elektronisch cliëntendossier en een elektronisch patiëntendossier. Hierdoor zijn gegevens van de cliënten voor alle betrokkenen inzichtelijk. Tevens wordt gezorgd voor werkplekken voor medici en verpleegkundigen dicht bij elkaar waardoor de lijnen kort zijn en de contactmomenten veelvuldig. Ook wordt voorzien in structureel multidisciplinair overleg een keer per week.”

5.4.2 Inperken van risico's

De instellingen hebben verschillende maatregelen genomen om de risico's in te perken.

Bevoegdheden en verantwoordelijkheden

- De bevoegdheid en de bekwaamheid van de professional aan wie taken worden overgedragen, zijn vastgesteld en er zijn afspraken gemaakt over toezicht en tussenkomst van de arts. Bij alle instellingen is dit het geval. Voor de huisarts en de AVG zijn de bevoegdheid en bekwaamheid vastgelegd. Eén van de instellingen geeft aan dat een functieprofiel voor de AVG is gemaakt en dat het functieprofiel voor de huisarts momenteel wordt ontwikkeld.
- De instellingen ondervangen de geschetste communicatierisico's door als het ware 'vertalers' in te zetten. Eerst is er de tussenkomst van de NP of de verpleegkundige. Deze staat dicht bij de cliënt en stelt in samenspraak met de persoonlijk begeleiders het probleem vast en beslist of consultatie van de arts nodig is. Vervolgens gaat in veel gevallen de begeleider mee naar het consult bij de arts. In een van de instellingen heeft men de volgende afspraken hierover:

“Afspraak is, dat zo nodig een begeleider meegaat naar het consult bij de huisarts. In veel gevallen is dat niet nodig, en schrijft de huisarts in een schriftje zijn opmerkingen. Begeleiders beoordelen of een cliënt alleen kan gaan of niet.”

Daarnaast heeft men heldere eenduidige dossiers, heeft men in enkele gevallen de AVG aangemerkt als eerste behandelaar en houdt men spreekuren binnen de instelling.

- Waarborgen die men inbouwt voor de continuïteit van de zorg op de woongroepen zijn: duidelijke overdracht, duidelijke protocollen en een heldere taak- en verantwoordelijkheidsafbakening. Daarnaast voegt men individuele risicoprofielen toe aan de individuele ondersteuningsplannen. Om een betere bereikbaarheid van de AVG te bereiken, ook buiten kantooruren, wordt gewerkt aan een regionaal AVG-netwerk.
- Financiële risico's zijn meestal opgelost doordat de huisartsen meer betaald krijgen door de instelling.

Protocollen

Alle instellingen werken met protocollen voor de taakuitvoering van de verschillende disciplines. Het gaat hierbij vooral om NHG-standaarden (voor de artsen) en BIG-protocollen (voor verpleegkundigen en begeleiders). Vooral de BIG-protocollen worden vaak toegespitst op de individuele cliënt. Afspraken worden dan vastgelegd in de individuele ondersteuningsplannen.

Protocollen en procedures die specifiek gericht zijn op de taakherschikking zijn:

- Triage-protocol.
- Stukken waarin zowel taakverdelingen als roosters van dienst (bereikbaarheid) zijn vastgelegd.

Een aantal instellingen heeft haar protocollen op Intranet gezet.

Bewaking dat de individuele protocollen worden nagevolgd, vindt vooral plaats in de samenwerking en het overleg van de begeleiders onderling en tijdens het multidisciplinair overleg (MDO). Waar NP's en verpleegkundigen een belangrijke rol hebben bij de uitvoering van geprotocolleerde handelingen, denk aan de medicatievertrekking door de NP, ligt er ook een formele taak bij de AVG.

Opleiding en bijscholing

Voor de persoonlijk begeleiders is vastgelegd welke opleiding zij moeten hebben gevolgd en welke aanvullende scholing en training nodig is. Omdat op de groepen ook agogisch personeel werkt, is in samenwerking met het ROC een basiscursus 'verzorging' geregeld. Deze is nu verplicht voor het aangestelde agogische personeel. Aangevuld met scholing door de NP worden zij bevoegd en bekwaam voor het uitvoeren van risicovolle handelingen.

De NP's moeten de masteropleiding met succes hebben afgerond en hiernaast voor de geprotocolleerde onderwerpen hun bekwaamheid hebben aangetoond. Deze bekwaamheid wordt jaarlijks onderhouden en getoetst. Daar waar deze onvoldoende is, mag de betreffende functionaris de betreffende taken niet uitoefenen.

De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) heeft in 2002, samen met de Hogeschool van Utrecht, een opleiding voor nurse practitioners (NP) in de

gehandicaptenzorg ontwikkeld. Deze opleiding omvat drie aandachtsgebieden: overname van taken van de AVG, opleiding en training van persoonlijk begeleiders en liaison tussen de huisarts en de AVG. Deze opleiding is voor het eerst gestart in 2004. Echter, de geringe animo van studenten vanuit de gehandicaptenzorg en visie-veranderingen bij de opleidingen hebben ertoe geleid dat deze specialistische opleiding na twee jaar is stopgezet. Bij een aantal hogescholen die de NP-opleiding aanbieden, zijn inmiddels wel modules ontwikkeld die gericht zijn op de gehandicaptenzorg. Er is slechts een beperkt aantal NP's voor de gehandicaptenzorg afgestudeerd.

In het verlengde hiervan heeft de VGN eveneens het initiatief genomen tot het ontwikkelen van een competentieprofiel van de NP in de gehandicaptenzorg. Dit competentieprofiel maakt duidelijk dat de NP in de gehandicaptenzorg functioneert in het overgangsgebied van care en cure. Zij voert daarbij verpleegkundige taken uit en medische taken binnen de grenzen van de wetgeving (NIZW, 2004).

Communicatie

- Alle instellingen zijn verplicht om een elektronisch patiëntendossier (EPD) in te voeren en zijn daar dan ook mee bezig. De afstemming hierbij tussen de instelling en externe betrokkenen blijft een belangrijk aandachtspunt.
- Instellingen nemen verschillende maatregelen om de signalering van medische klachten te optimaliseren. Rond de cliënt staat een heel multidisciplinair team dat bestaat uit direct op de cliënt betrokken zorgverleners. Er is dan ook veel overleg over cliënten en bij onduidelijkheden wordt de arts geconsulteerd. Daarnaast verzorgen NP's en verpleegkundigen scholing aan begeleiders met allerlei achtergronden en leggen hierbij de eerste prioriteit bij het bevoegd en bekwaam maken van begeleiders op het vlak van risicovolle handelingen. Er is periodiek overleg tussen verpleegkundigen en begeleiders.
- In alle instellingen zijn afspraken over het toezicht, respectievelijk de tussenkomst van de arts. In het algemeen beslissen de begeleiders zelf of en wanneer een andere discipline wordt ingeschakeld (arts of verpleegkundige). Dit gebeurt vaak in multidisciplinair verband.

Soms wordt vanuit het MDO besloten om direct de AVG in te schakelen. Dat gebeurt bijvoorbeeld bij vragen over gedragsbeïnvloedende medicatie, SGLVG-geïndiceerden, enorm hoog decubitusrisico en kwetsbare patiënten met sonde. Het hangt af van de precieze afspraken of de AVG of de huisarts verder behandelt.

De begeleiders hebben hierbij steun aan de individuele risicoprofielen van de cliënten waarin het vereiste begeleidend handelen staat beschreven. In een instelling zijn daar specifieke richtlijnen voor opgesteld.

5.5 Gevolgen van taakherschikking voor de medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking

5.5.1 Redenen voor de taakherschikking

In bijna alle bezochte instellingen is de taakverschuiving tussen AVG en de huisarts en de taakherschikking tussen AVG en NP/verpleegkundige structureel. Eén instelling staat op het punt om de taakverschuiving tussen AVG en huisarts te implementeren. Zij gaat dit experiment na een jaar evalueren, om daarna over te gaan tot een meer structurele invoering.

De instellingen hebben over het algemeen een bewuste keuze gemaakt voor de taakherschikking. In sommige gevallen was dat nadat de taakherschikking in de praktijk al gegroeid was door de deconcentratie en het tekort aan AVG's.

De taakherschikking is eerst uit nood geboren, door een tekort aan AVG-en. Daarna hebben we een bewuste keuze gemaakt in het kader van kwaliteitsverbetering van de medische zorg en vanuit de visie 'zo normaal mogelijk'.

Daarbij kwam de 'normalisatiegedachte'. Deze leidde tot de visie: 'normaal waar mogelijk, speciaal waar moet'. Uitgangspunt daarbij is dat mensen met een handicap dezelfde medische vragen en klachten kunnen hebben als ieder ander. De behandeling van deze klachten is niet anders dan die bij iemand zonder een handicap. Daarom moeten cliënten in principe terecht kunnen bij een reguliere behandelaar: de huisarts. Bij specifieke, de huisartsoverstijgende, problematiek kan dan de AVG worden geconsulteerd. Deze 'normalisatie' speelde ook een rol bij de taakherschikking van de arts naar de NP/verpleegkundige. Vanuit deze visie was het niet langer normaal dat de arts pro-actief aanwezig was op de woningen. Dit betekende vervolgens dat de verantwoordelijkheid voor het signaleren van medische problematiek en het, samen met de cliënt, inroepen van medische zorg, veel meer bij de begeleiders en NP/verpleegkundigen terechtkwam.

Een andere motivatie lag in kwaliteitsverbetering. Door krapte op de arbeidsmarkt van huisartsen en AVG-en werd voorheen veel van de medische zorg geleverd door basisartsen. Vanuit kwaliteitsoogpunt vond men dat de cliënten recht hadden op 'normale' huisartsenzorg. Voor de van oudsher semimurale instellingen, waar de medische zorg al geleverd werd door huisartsen in de wijk, gold juist dat ook semimurale cliënten nu, waar nodig, gebruik konden maken van de specialistische kennis van de AVG. Ook voor cliënten die geen structurele AVG-zorg nodig hebben

(verreweg de grootste groep van de cliënten), kan periodieke diagnostiek door de AVG wel van belang zijn.

In de intramurale instellingen speelt nog een andere consequentie van de vermaatschappelijking. Waar tot begin jaren negentig de meeste medewerkers in de gehandicaptenzorg een verpleegkundige opleiding hadden, krijgt sindsdien de agogische bagage van medewerkers meer accent. Cliënten moeten ondersteund worden bij hun deelname aan de samenleving. Dit heeft geleid tot een verschuiving in de personele samenstelling in de gehandicaptenzorg. Het aantal verpleegkundig geschoolde medewerkers is afgenomen, het aantal agogisch geschoolden is toegenomen. Het gevolg hiervan is, dat de organisatie van de medische kennis van groot belang wordt: er moet meer medische kennis zijn op het juiste moment en op de juiste plaats.

Door de hierboven geschetste ontwikkelingen is de medische en verpleegkundige zorg aan de verstandelijke gehandicapten onder druk komen te staan (IGZ, 2001; Evenhuis, 2002). In deze publicaties werd gewezen op risico's in de medische zorg aan verstandelijk gehandicapten, onder meer op het terrein van continuïteit van zorg en onderdiagnostiek. Deze situatie, maar ook het dreigende tekort aan AVG-en en signalen vanuit lidinstellingen over problemen bij het organiseren van minimaal verantwoorde medische zorg, zijn voor de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) aanleiding geweest om samen met veldpartijen en het ministerie van VWS verschillende initiatieven te nemen. Deze initiatieven zijn gericht op de opleiding tot AVG, op de rolverdeling tussen AVG en huisarts en op taakherschikking (VGN, 2003).

Financiële overwegingen hebben geen rol gespeeld bij de verschuiving van taken van AVG en/of basisartsen naar huisartsen in de wijk. Deze verschuiving brengt juist meerkosten met zich mee, en vormt daarom eerder een belemmering dan een stimulans voor deze vorm van taakherschikking.

5.5.2 Nieuwe taken en verantwoordelijkheden

De verantwoordelijkheid voor de medische zorg ligt bij de huisarts of bij de AVG, afhankelijk van de specifieke afspraken die zijn gemaakt. Voor hun onderlinge taakverdeling geldt dat de taken zijn overgedragen inclusief de bevoegdheden. Dit is over het algemeen geregeld door samenwerkingsovereenkomsten af te sluiten tussen instelling en huisartsen, waarbij ook de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen arts en AVG is vastgelegd.

Verder zijn de NP/verpleegkundigen verantwoordelijk voor alle taken die zij uitvoeren binnen de grenzen van hun bevoegdheid en bekwaamheid volgens geldende

richtlijnen (Wet BIG). Ook agogisch personeel is in enkele instellingen bevoegd en bekwaam gemaakt voor het uitvoeren van risicovolle handelingen. Zij volgen een verplichte basis cursus verzorging, waarna zij door de NP/verpleegkundige worden geschoold in de risicovolle handelingen.

De artsen voeren alle taken uit waartoe de NP/verpleegkundige niet zelfstandig bevoegd is. NP's behandelen cliënten en schrijven reeds medicatie voor. Binnen protocollen is afgesproken waarvoor zij bevoegd en bekwaam zijn verklaard door de huisarts. Deze protocollen zijn gebaseerd op de richtlijnen van de NHG en de NVAVG. De bevoegd- en bekwaamheidscheck wordt jaarlijks onderhouden.

Bijna alle instellingen geven aan dat door de taakherschikking nieuwe taken zijn ontstaan. Bij nadere beschouwing blijkt echter dat het in een aantal gevallen niet zozeer om nieuwe taken gaat als wel om taken die door de taakherschikking meer accent hebben gekregen. Dat geldt bijvoorbeeld voor de dossiervorming. Doordat nu niet alleen *meer*, maar ook *externe* partijen zijn betrokken bij de medische zorg, is het lastiger om alle betrokkenen goed geïnformeerd te houden. Goede dossiervorming is daarbij onmisbaar gebleken.

Hetzelfde geldt voor de toegenomen verantwoordelijkheid van persoonlijk begeleiders voor de signalering van medische en verpleegkundige vragen van cliënten. Deze verantwoordelijkheid heeft als het ware 'meer gewicht' gekregen. De arts is niet meer regelmatig aanwezig op de woongroepen en kan niet meer voor elke vraag direct worden gebeld.

Een belangrijke randvoorwaarde om het mogelijk te maken dat steeds meer verstandelijk gehandicapten gebruikmaken van de reguliere eerstelijnszorg, is dat er voldoende huisartsen zijn die de verstandelijk gehandicapten willen opnemen in hun praktijk. De betrokkenheid van de huisarts is essentieel. In een aantal van de bezochte instellingen is men hierbij tegen belemmeringen aangelopen. Meer dan eens zijn dat langduriger trajecten geweest waarbij men ook stuitte op weerstand. Soms was de conclusie dat men te laat begonnen was met het betrekken van de huisarts. Het behoort tot de taak van het management om dit proces tijdig in gang te zetten en te begeleiden.

5.6 Toekomstbeeld

In het algemeen zijn instellingen tevreden over de manier waarop zij de taakherschikking hebben georganiseerd. Daarbij zien zij binnen de instelling weinig mogelijkheden tot nog verdergaande taakherschikking. In de meeste instellingen is het beleid geëvalueerd en op basis van de evaluatieresultaten bijgesteld. Meestal maakt het beleid rond de taakherschikking onderdeel uit van het kwaliteitssysteem

zoals HKZ. Een beperkt aantal instellingen ziet geen noodzaak (meer) tot systematische evaluatie. Zij wijzen erop dat de huidige werkwijze en taakverdeling is uitgekristalliseerd en goed functioneert. Men ziet een scala aan positieve resultaten.

Voor de toekomst verwacht men dan ook dat binnen de gehandicaptenzorg de taakherschikking van AVG naar huisarts doorzet en dat het beroep dat wordt gedaan op de huisartsen in de regio voor de zorg aan verstandelijk gehandicapten zal toenemen. Het aandeel cliënten dat voor de eerstelijnszorg een beroep doet op de AVG zal verder afnemen. Men wijst hierbij op het relatief kleine deel van de verstandelijk gehandicapten dat structureel de specialistische AVG-zorg nodig heeft.

Afhankelijk van de ontwikkelingen in het beroep AVG, zal deze dan meer in de tweede lijn als een 'specialist' kunnen optreden.

6 Taakherschikking bij de algemene infectieziektebestrijding

Dit hoofdstuk gaat over taakherschikking bij de algemene infectieziektebestrijding van de GGD'en. Hier verschuiven taken van de arts infectieziektebestrijding naar de sociaal verpleegkundige.

De inspectie heeft tien GGD'en verspreid over het land bezocht. De werkgebieden variëren van de grote stad tot meer ruraal gebied. In alle GGD'en is gesproken met (minstens) een arts en een verpleegkundige. In bijna alle GGD'en heeft eveneens een gesprek plaatsgevonden met een vertegenwoordiger van het hoger management. In de meeste gevallen was dit de directeur GGD, soms een sectormanager Infectieziektebestrijding. In één geval is gesproken met de kwaliteitsmedewerker.

6.1 Conclusies

- Het werk op de afdeling infectieziektebestrijding van de GGD is sterk geprotocolleerd, waardoor veel taken uitstekend gedelegeerd kunnen worden van de arts infectieziektebestrijding (IZB) naar de sociaal verpleegkundigen. Dat gebeurt dan ook. Opmerkelijk is echter dat het per GGD sterk verschilt welke taken door de arts of door de verpleegkundige worden uitgevoerd. Slechts een beperkt aantal taken lijkt echt 'des dokters' of 'des verpleegkundigen'.
- De effecten van de taakherschikking op de kwaliteit van zorg zijn positief. Winst is er vooral voor de patiëntgerichtheid en de toegankelijkheid van de zorg. De sociaal verpleegkundige heeft meer tijd voor de patiënt en is toegankelijker in het directe contact, waardoor zij eventuele onrust bij de patiënt beter kan wegnemen. Daarbij is zij vaak het vaste aanspreekpunt voor de patiënt en steeds bereikbaar voor eventuele vragen. De zorg is ook veiliger geworden, vooral doordat er in toenemende mate gewerkt wordt met protocollen en er altijd overleg is als een melding niet volgens protocol kan worden afgehandeld.
- Hoewel beleidskaders ontbreken en de taakverdeling niet formeel is vastgelegd, werkt de taakverdeling in de praktijk goed en ontstaan er geen extra risico's door taakherschikking. Dit komt ook doordat de teams goed op elkaar ingespeeld zijn en op een organische manier samenwerken, waarbij er oog is voor de ervaring en deskundigheid van de verschillende individuele zorgprofessionals.
- In het algemeen kunnen processen beter dan nu geborgd worden. Resultaten van de landelijke werkgroep 'taakherschikking in de infectieziektebestrijding' waarin de beide betrokken beroepsgroepen zijn vertegenwoordigd, kunnen daarbij helpen. Risico's worden verder ingeperkt wanneer aan een aantal randvoorwaarden is voldaan. Goede afspraken over het afhandelen van meldingen en de controle

daarop zijn daarbij cruciaal. Evenals een heldere verantwoordelijkheidsverdeling, waarbij de arts verantwoordelijk is voor de coördinatie van het totale zorgproces.

6.2 Taakverdeling en zorgproces na taakherschikking

6.2.1 Taken van de betrokken professionals

De algemene infectieziektebestrijding richt zich vooral op de afwikkeling van meldingen van infectieziekten. Wanneer er een melding van een infectieziekte binnenkomt bij de GGD, voert deze in een aantal gevallen bron- en contactenonderzoek uit. Tijdens een bron- en contactenonderzoek zoekt de GGD uit wat de bron van de infectieziekte is. Ook zoekt de GGD uit welke personen in de omgeving van de geïnfecteerde of geïnfecteerden mogelijk de ziekte hebben opgelopen. De GGD onderzoekt of deze mensen de ziekte daadwerkelijk hebben en neemt zonnodig maatregelen om verdere verspreiding van de ziekte te voorkómen. Het volume aan gelijksoortige taken is hier groot, bijvoorbeeld bij het onderzoek van grote groepen mensen, waardoor standaardisering mogelijk is en bepaalde vormen van taakherschikking mogelijk zijn. Verpleegkundigen nemen hierin mogelijk taken over die anders door een arts zouden moeten worden gedaan.

Taakherschikking op de afdeling infectieziektebestrijding vindt vooral plaats tussen de artsen infectieziekten en sociaal verpleegkundigen. In het algemeen is men zeer gericht op samenwerking in de vaak kleine teams van de afdeling infectieziektebestrijding (IZB). Door het geringe verloop werkt men vaak al erg lang samen, meer als partners dan in een hiërarchische lijn.

De verpleegkundigen die werken bij infectieziektebestrijding zijn sociaal verpleegkundigen die een vervolgcursus infectieziektebestrijding hebben gevolgd. De opleiding tot sociaal verpleegkundige is een eenjarige post-HBO-opleiding.

De taakherschikking tussen arts en verpleegkundige is divers. Veel taken worden door zowel de arts als de verpleegkundige uitgevoerd. Een beperkt aantal taken lijkt echt des dokters of des verpleegkundigen, maar er is een groot grijs gebied dat door de IZB-teams verschillend wordt ingevuld. Dit heeft onder meer te maken met de historie van de afdeling. Sommige GGD'en hadden in het verleden te maken met een tekort of zelfs het ontbreken van een arts, waardoor alle taken werden uitgevoerd door verpleegkundigen. Een arts uit een andere regio fungeerde in die situaties als achterwacht. Door de komst van een arts zijn taken vervolgens juist weer teruggeschoven van verpleegkundige naar de arts.

In andere GGD'en heeft een meer traditionele taakverschuiving van arts naar verpleegkundige plaatsgevonden.

In het algemeen worden vooral administratieve, coördinerende en adviseringstaken door verpleegkundigen uitgevoerd. Het gaat dan om:

- Ontvangen van meldingen.
- Definitief maken van meldingen en deze afhandelen volgens protocol.
- Standaard labuitslagen beoordelen.
- Bron- en contactonderzoek uitvoeren.
- Informatievragen beantwoorden, voorlichting en gezondheidsbevordering.
- Adviseren van huisartsen bij preventie.

Taakverschuiving lijkt vooral te hebben plaatsgevonden bij het ontvangen en afhandelen van meldingen en labuitslagen, en bij preventie en voorlichting. Bron- en contactonderzoek wordt al zeer lang door de verpleegkundigen uitgevoerd.

Taken die vooral door artsen worden uitgevoerd:

- Afhandelen van prikaccidenten.
- Adviseren van huisartsen en specialisten.
- Afhandelen van meldingen die niet volgens protocol kunnen worden behandeld.
- Beoordelen van niet-standaard labuitslagen.

Onder meer de volgende taken liggen in het ‘grijze’ gebied. In de ene GGD worden deze taken uitsluitend door artsen uitgevoerd, in andere GGD’en voeren beide professionals deze taken uit, en zijn deze taken dus gedeeltelijk ‘herschikt’:

- Regierol bij (grootschalige) outbreaks.
- Informatieoverdracht naar andere (externe) partijen.
- Overleg met microbiologen.
- Coördineren van bron- en contactonderzoek.

Communicatie met externe partijen wordt zowel door de verpleegkundigen als door de artsen uitgevoerd. Globaal lijkt het zo dat de artsen vooral de communicatie met behandelende huisartsen en specialisten inclusief artsen-microbioloog voor hun rekening nemen. Verpleegkundigen richten zich meer op de contacten die te maken hebben met informatievragen, informatieverstrekking en voorlichting.

6.2.2 Het zorgproces

Het zorgproces dat resulteert uit de geschetste taakherschikking ziet er in grote lijnen als volgt uit.

Telefonische en schriftelijke meldingen komen binnen bij de verpleegkundige. Deze verifieert de meldingen en registreert ze in het registratiesysteem. De arts parafeert de meldingen. De verpleegkundige handelt de meldingen af volgens protocol en verpleeg-

kundig stappenplan. Als de verpleegkundige daarbij van de richtlijnen moet afwijken, overlegt zij met de arts. Hetzelfde geldt voor de labuitslagen. De verpleegkundige beoordeelt de standaard labuitslagen, bij afwijkingen consulteert zij de arts. In een enkel geval maakt de verpleegkundige gebruik van een vastgestelde lijst waarop per ziekte wordt aangegeven bij welke labuitslagen de arts moet worden geraadpleegd. De verpleegkundige en/of de arts schrijven een plan van aanpak en er wordt contact opgenomen over de melding en te nemen maatregelen met betrokken partijen. Indien er bron- en contactonderzoek moet plaatsvinden, voert de verpleegkundige dit uit. De arts of de verpleegkundige vervult hierbij de regie- en coördinerende rol. Vervolgens zet de verpleegkundige de meldingen als ‘afgehandeld’ in het registratiesysteem. De arts controleert de afgehandelde meldingen steekproefsgewijs. Wekelijks of tweewekelijks is er een casuïstiekbespreking. De casuïstiek wordt in de ene GGD door de arts, in de andere GGD door de verpleegkundigen ingebracht.

Op het hier geschetste algemene beeld zijn de nodige varianten. De belangrijkste daarvan zijn;

- Soms vervullen zowel de verpleegkundige als de arts de front-office-functie. Beiden draaien mee in een rooster om te garanderen dat de ‘front-office’ de hele week bezet is.
- In een enkele GGD controleert de arts alle afgehandelde meldingen, in een andere GGD gebeurt de controle niet, of door een collega-verpleegkundige.

Alle meldingen en labuitslagen worden vastgelegd in Osiris^[2]. Zowel artsen als verpleegkundigen hebben toegang tot dit systeem en kunnen de meldingen hierin definitief maken en afhandelen.

Hoewel er een sterke nadruk ligt op de teamverantwoordelijkheid van het team IZB, is de arts verantwoordelijk voor het afhandelen van de meldingen, het interpreteren van de labuitslagen en de advisering van behandelende huisartsen en specialisten. De arts moet dan ook altijd beschikbaar zijn voor consultatie door de verpleegkundige en voor advies. Doorgaans zijn de teams klein, de lijnen kort en wordt er veel informeel overlegd. Er is geen overdracht van bevoegdheden in de bezochte GGD’en. De taakuitvoering door de verpleegkundigen vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de arts.

Hoewel er door de taakherschikking geen fundamenteel nieuwe taken zijn ontstaan, heeft er wel een accentverschuiving plaatsgevonden: De arts heeft een meer controlerende functie gekregen, terwijl de verpleegkundige meer de schakel is geworden bij

[2] Osiris is het systeem waarmee GGD’en online de wettelijk verplichte meldingen over het voorkomen van infectieziekten kunnen doen aan het Centrum Infectie-

ziektebestrijding. Daarnaast fungeert het systeem als bron van gegevens voor ISIS-GGD, de landelijke surveillance van infectieziekten door het RIVM.



meldingsplichtige infectieziekten. De verpleegkundige neemt meer het initiatief tot externe contacten die gericht zijn op preventie en versterken van de samenwerking.

6.3 Gevolgen voor de kwaliteit van zorg

6.3.1 Patiëntveiligheid

Welke gevolgen heeft de taakherschikking voor de patiëntveiligheid? Over het algemeen oordelen de respondenten dat de zorg veiliger is geworden door de taakherschikking. Dat lijkt opmerkelijk gezien de informele wijze waarop de taakverdeling doorgaans geregeld is. Argumenten waarom de veiligheid toch is toegenomen zijn:

- Het hele team van artsen en verpleegkundigen is verantwoordelijk, waardoor men elkaars klankbord is. Doordat de lijnen kort zijn, wordt veelvuldig overlegd bij twijfelgevallen.
- De taakherschikking heeft plaatsgevonden gelijktijdig met, en mede dankzij, verdere protocollering op het terrein van de infectieziektebestrijding. De protocollen, de toegenomen aandacht voor kwaliteitssystemen en het beschrijven van werkprocessen hebben gezorgd voor een meer gestructureerde werkwijze door de professionals.
- De protocollen zorgen ervoor dat bij afwijkingen van de standaardpatronen altijd overleg plaatsvindt. De verpleegkundigen houden zich strikt aan dit protocol.
- Enkele GGD'en geven aan dat de arts alle meldingen altijd controleert. Dit gebeurt echter lang niet overal. Meer gangbare praktijk is echter dat de artsen slechts steekproefsgewijs controleren.
- De verpleegkundige prikt beter, omdat zij meer ervaring heeft.

Voor zover bekend bij de respondenten heeft de taakherschikking niet geleid tot (bijna-)ongelukken.

6.3.2 Effectiviteit

Algemeen doel van infectieziektebestrijding is: het optreden van infectieziekten zoveel mogelijk voorkómen, toch opgetreden infectieziekten signaleren en verspreiding van deze infectieziekten bestrijden^[3]. De vraag is of de taakherschikking tot een betere infectieziektebestrijding leidt. Met andere woorden: worden de hier genoemde doelstellingen beter bereikt?

Hoewel hierover geen objectieve gegevens beschikbaar zijn bij de GGD'en, zijn de respondenten in dit onderzoek van mening dat de kwaliteit van de zorg is verbeterd. De inzet van de verpleegkundige bij de voorlichting aan patiënten en de communicatie met andere partijen heeft meerwaarde; zij heeft meer tijd en een laagdrempeliger contact met de patiënten. Dit leidt tot betere communicatie en betere voorlichting.

[3] Bron: www.rivm.nl

GGD'en vragen soms wel op ad-hoc basis aan hun patiënten en ketenpartners wat zij van de geleverde zorg vinden. Daaruit blijkt dat de huisartsen en verpleeghuizen tevreden zijn over de inzet van de verpleegkundige. Doordat de verpleegkundige meer tijd heeft om goede informatie en voorlichting aan de patiënten te geven, komen deze eerder terug. Geen van de GGD'en heeft cliëntwaarderingsonderzoek uitgevoerd bij de cliënten van de IZB.

Tenslotte wijzen de respondenten erop dat door de taakherschikking ook de continuïteit van de zorg en de bereikbaarheid van de afdeling infectieziektebestrijding zijn verbeterd.

6.3.3 Patiëntgerichtheid

De patiëntgerichtheid is door de taakherschikking verbeterd. Dat komt vooral omdat de verpleegkundige een belangrijke rol vervult bij de communicatie en voorlichting aan patiënten en doordat de continuïteit van de zorg is verbeterd. De rol bij communicatie en voorlichting vervult de verpleegkundige zowel naar individuele patiënten als naar de ketenpartners en het netwerk van de arts. De verpleegkundige staat dicht bij de cliënt, kan een betere vertaalslag maken, gebruikt minder vakjargon. Zowel de patiënten als andere contacten ervaren de communicatie door de verpleegkundige als helder en duidelijk.

“De verpleegkundige vindt het heel belangrijk dat de patiënt weet wat hij heeft, wat bron- en contactopsporing is en hoe de behandeling is. De arts heeft hiervoor vaak minder tijd. Het grote voordeel is dat de GGD hierdoor ook veel onrust kan wegnemen, zowel bij patiënten als bij hun omgeving.”

De verbetering van de continuïteit van de zorg komt door de toegenomen aandacht voor verpleegkundige zorg, de steeds prominentere rol van de verpleegkundige in het front-office en de manier waarop het contact vervolgd wordt. Na het eerste contact blijft de verpleegkundige vaak ook de contactpersoon. Zij begeleidt de patiënt, geeft voorlichting en is bereikbaar voor aanvullende vragen.

Een verpleegkundige is opgeleid om te begeleiden, te communiceren. Tegenwoordig probeert zij de patiënt ook langer te volgen. De huisarts is vaak blij met die terugkoppeling door de verpleegkundige.

Patiënten kunnen zich dus steeds rechtstreeks wenden tot de verpleegkundige, en als de arts nodig is, kan de verpleegkundige deze doorgaans direct consulteren.

6.3.4 Toegankelijkheid van de zorg

Het algemene beeld is dat de toegankelijkheid van de zorg is verbeterd omdat de verpleegkundige altijd bereikbaar is. Patiënten en ketenpartners kunnen zich direct tot de verpleegkundige wenden en worden snel verder geholpen. Patiënten en ketenpartners komen daardoor sneller terug, zij weten de weg naar de GGD goed te vinden. Niet alleen de bereikbaarheid van de verpleegkundige is verbeterd, hetzelfde geldt voor de bereikbaarheid van de arts. Doordat de verpleegkundige altijd moet kunnen terugvallen op de arts is de meest zekere manier om snel toegang tot de arts te krijgen via de verpleegkundige.

Een directeur legt een direct verband tussen de toegenomen patiëntgerichtheid en de toegankelijkheid van de zorg:

“Het is voor de patiënt prettig dat zij direct iemand aan de lijn krijgt die terzake deskundig is en die laagdrempelig is. De kwaliteit van de communicatie wordt hierdoor verbeterd.”

6.4 Risico's en risicobeheersing

6.4.1 Mogelijke risico's

Volgens de GGD'en kan de taakherschikking wel risico's met zich meebrengen. Men is echter van mening dat de mogelijke risico's in de praktijk goed zijn afgedekt. Risico's zijn op hoofdlijnen:

- De afbakening van taken en verantwoordelijkheden tussen professionals is niet voldoende vastgelegd. De professionals zijn zelf verantwoordelijk voor eigen handelen, maar de arts is verantwoordelijk voor voorbehouden handelingen en voor het geheel (regie en coördinatie). HKZ-certificering is een hulpmiddel gebleken om de taken en verantwoordelijkheden helder te krijgen. Voor een deel worden de 'grijze' gebieden in de taken (taken die zowel door de arts als door de verpleegkundige worden uitgevoerd) als belemmerend ervaren door de verpleegkundigen. Zij vragen zich af wie nu verantwoordelijk is voor het geheel. En wie voor de verschillende onderdelen? Wie is aanspreekpunt voor wie?
- De verpleegkundige treedt buiten de grenzen van het protocol, of overschrijdt de grenzen van eigen kunnen en deskundigheid. Geïnterviewden geven aan dat verpleegkundigen geen taken moeten uitvoeren die specifiek aan artsen zijn voorbehouden, zoals diagnostiek en andere medisch-inhoudelijke taken. Het zorginhoudelijke is des verpleegkundigen. Bij afwijkingen van het protocol moet altijd de arts worden geraadpleegd.
- Ontbreken van de juiste kennis en bekwaamheden. De opleiding tot verpleegkundige IZB wordt te beperkt gevonden. Momenteel is er één module van de opleiding tot sociaal verpleegkundige die over IZB gaat. Hetzelfde geldt voor het aanbod aan na-nan bijscholing. Specifieke criteria voor de toerusting van de verpleegkundigen lijken

te ontbreken. Gemist worden: ziekteleer, medicatie en wetenschappelijk onderzoek. Met de opleiding verwerven de verpleegkundigen in onvoldoende mate de bekwaamheid die zij nodig hebben. Dit gebeurt pas in de praktijk door ervaring op te doen. Sommige verpleegkundigen geven aan hier moeite mee (gehad) te hebben. Als voorbeeld noemt een verpleegkundige de activiteiten rond een besmettings-incident. Zij kreeg de eerste melding en moest vervolgens een inschatting maken of de persoon wel of niet besmet zou zijn. Ook noemen sommige geïnterviewden het ontbreken van een 'niet-pluis' gevoel als risico. Dit vormt in feite de essentie van het werk van de afdeling infectieziektebestrijding. Veel kan routinematig worden afgehandeld. Soms is er opeens een melding die bij oppervlakkige beschouwing standaard lijkt, maar waar toch meer aan de hand is. Deze situaties roepen de vraag op in hoeverre de kwaliteit van beslissingen is geborgd. Risico is dat de verpleegkundige overzicht mist, waardoor zij niet op tijd naar de arts gaat. Ook voor artsen kan onvoldoende deskundigheid een risico vormen, doordat de nascholing van onvoldoende kwaliteit en kwantiteit is. Ook voor de arts geldt dat ervaring belangrijk is om een goed 'niet-pluisgevoel' te ontwikkelen.

- De arts controleert niet of ziet zaken over het hoofd. Alles wat wordt gedaan staat in het systeem, en kan gecontroleerd worden. Doorgaans is echter niet vastgelegd in welke mate er gecontroleerd moet worden en controleert de arts steekproefsgewijs. Daarbij varen de professionals op ervaring en vertrouwen; doordat zij lang met elkaar samenwerken kennen zij elkaars deskundigheid.
- Onvoldoende continuïteit kan een risico vormen. Er is een afnemende belangstelling voor het vak van arts IZB. Soms werkt er maar één arts op de kleine teams van IZB. Als deze arts vertrekt, kan er een probleem ontstaan. Door personeelsverloop, ziekte en vakanties, moeten vooral relatief onervaren professionals de werkzaamheden uitvoeren. Dit vormt geen probleem zolang de 'invallers' bevoegd zijn en werken volgens de protocollen en de werkafspraken.
- Budget als belangrijkste drijfveer voor taakherschikking. Als het budget de belangrijkste drijfveer wordt voor taakherschikking, zou de achterwachtfunctie van de arts in gevaar kunnen komen.

6.4.2 Inperken van de risico's

Bevoegdheden en verantwoordelijkheden

Specifieke afspraken over de taakverdeling en verantwoordelijkheden van professionals zijn doorgaans niet schriftelijk vastgelegd. De GGD'en varen op mondelinge afspraken en ingesloten werkwijzen en in de praktijk gaat dit goed doordat de teams lang bij elkaar zijn en goed op elkaar zijn ingespeeld. Men heeft een open communicatie. De arts kan erop vertrouwen dat de verpleegkundige ongewone zaken meldt. Dit maakt de GGD'en kwetsbaar. De grens tussen wat de arts moet doen

en wat de verpleegkundige voor verantwoordelijkheden heeft, is niet duidelijk. Wel dat de verantwoordelijkheid uiteindelijk bij de arts ligt. Bijna alle bezochte GGD'en zijn bezig met het beschrijven van hun werkprocessen. Zij doen dit om zich te kunnen certificeren volgens HKZ. Certificering is daarmee een impuls voor het vastleggen van de taakherschikking. In een aantal gevallen werd men zich ook hierdoor pas bewust van de onhelderheden in de taakverdeling. Over de taakherschikking is over het algemeen weinig tot niets vastgelegd. Eén GGD vormt hierop een uitzondering. Hier is in het HKZ-certificeringstraject expliciet aandacht geschonken aan de taakverdeling tussen de arts en de verpleegkundige. Andere GGD'en wachten op de uitkomsten van de landelijke werkgroep om mede op basis daarvan bewust beleid te gaan maken. De taakherschikking zoals die nu in de praktijk plaatsvindt, is daarmee dus niet structureel.

Naast de wettelijke grenzen vanuit de Wet BIG geven de geïnterviewden meer grenzen van taakherschikking aan. Hierover bestaat soms wel verschil van opvatting tussen GGD'en.

- De arts zal altijd verantwoordelijk blijven voor de medisch-inhoudelijke zaken en deze ook zelf uitvoeren. De arts IZB is verantwoordelijk voor de diagnosestelling en het voorschrijven van medicatie. De verpleegkundige kan wel de eerste filtering doen, maar de analyse en de interpretatie zijn taken van de arts. Volgens enkele geïnterviewden geldt dit ook voor het overleg met externe huisartsen en specialisten.
- Epidemiologisch onderzoek blijft een taak voor de arts, zeker zo lang dit volledig ontbreekt in de opleiding voor de verpleegkundige IZB.
- Taakherschikking is alleen mogelijk bij zorg die geprotocolleerd kan worden. Verpleegkundigen dienen zich aan het protocol te houden en altijd, als zij daarvan af willen wijken, een arts te raadplegen.
- De arts blijft verantwoordelijk voor de controle op 'volgens protocol afgehandelde meldingen'. Dit betekent dat hij altijd beschikbaar moet zijn als achtervang bij meldingen of werkzaamheden die niet volgens protocol kunnen worden afgehandeld, en dat hij de regie houdt bij outbreaks.

Protocollen

Infectieziektebestrijding is een onderdeel van de openbare gezondheidszorg waar uitvoering van de werkzaamheden uitermate geprotocolleerd is. Er wordt gewerkt met de LCI-protocollen, die concrete richtlijnen bevatten voor zeer veel infectieziekten. Daarnaast werken de verpleegkundigen ook met verpleegkundige stappenplannen. Deze plannen geven een overzicht van het concrete verpleegkundige handelen na een melding van een specifiek ziektegeval. Deze verpleegkundige stappenplannen zijn echter voor de algemene infectieziektebestrijding nog nauwelijks beschikbaar. Ze zijn er bijvoorbeeld wel in de SOA-bestrijding.

Alle bezochte GGD'en geven aan dat zij de taakherschikking evalueren; het blijkt echter vooral om een evaluatie van het werkproces te gaan. In hoeverre de taakherschikking daarbij expliciet onderwerp van bespreking is, is onduidelijk. Evaluatie van het werkproces maakt onderdeel uit van het kwaliteitssysteem van de GGD'en. De evaluatie vindt plaats door de steekproefsgewijze controles van de afgehandelde meldingen door de artsen en door de casuïstiekbesprekingen. Naar aanleiding hiervan wordt het beleid soms (gedeeltelijk) bijgesteld.

Uit de inspectiebezoeken komen de volgende voorbeelden hoe GGD'en risico's beperken.

- Er zijn afspraken over het afhandelen van meldingen en de controle daarop. In een aantal gevallen worden alle meldingen dagelijks gecontroleerd door de arts of door een tweede verpleegkundige. Ook komt het voor dat alle meldingen in een overleg worden besproken. In andere GGD'en controleren de artsen de afhandeling van de meldingen steekproefsgewijs.
- Protocollen en stappenplannen gebruiken en actueel houden. Echter, ook als er via protocol wordt gewerkt, kan er iets worden gemist. Voor een deel gaat het hier ook om het gevoel voor 'pluis' of 'niet-pluis'. Check van de afhandelingen blijft noodzakelijk, totdat bewezen is dat iemand dat gevoel heeft ontwikkeld. Doordat meer professionals gingen werken met de protocollen ontstond ook meer discussie over de interpretatie van het protocol. Hoewel dit als belemmering is ervaren, heeft het bij steeds terugkomende discussies ook geleid tot aanpassingen van het protocol, zodat de interpretatie eenduidiger is geworden. Hiermee zijn risico's door de interpretatieverschillen uitgesloten.
- Een aantal GGD'en werkt met een lijst met ziekten, labuitslagen en situaties waarin de verpleegkundige altijd de arts moet raadplegen. Aanvullend op de protocollen hebben meerdere instellingen een dergelijke lijst ontwikkeld.
- Casuïstiekbesprekingen zijn in de ene GGD wekelijks, in een andere maandelijks. In een enkele GGD worden alle meldingen besproken. In deze casuïstiekbesprekingen komen ook zaken aan de orde die gemist zijn door de verpleegkundige. Oorzaak hiervan blijkt meestal te liggen in verschillende interpretaties van het protocol. De besprekingen leiden soms tot veranderingen in werkafspraken, beleidsherziening of aanpassingen in protocollen.

Opleiding en 'training on the job'

Omdat het nodig is om veel ervaring op te doen en lang mee te lopen met de arts om de juiste deskundigheid te verwerven, zijn er inwerkprogramma's ontwikkeld. Eén GGD geeft uitgebreide 'training on the job'. De verpleegkundige gaat mee met de arts IZB en doet allerlei werk eerst onder directe supervisie.

Zoals eerder opgemerkt zijn geïnterviewden kritisch over de kwaliteit van scholing en bijscholing voor verpleegkundigen en artsen infectieziektebestrijding.

6.5 Gevolgen van taakherschikking voor de algemene infectieziektebestrijding

6.5.1 Redenen voor de taakherschikking

De taakherschikking in de GGD'en op het gebied van de infectieziektebestrijding is geen bewuste beleidsmatige keuze geweest, maar is gaandeweg totstandgekomen. Taken zijn veelal geruisloos verschoven. Deze 'geruisloze' taakherschikking werd mede mogelijk gemaakt doordat de betrekkelijk kleine teams veelal vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid werken. Het is belangrijker dat het werk wordt uitgevoerd, dan door wie dit gebeurt.

De taakherschikking heeft plaatsgevonden tegen de achtergrond van verschillende omstandigheden en ontwikkelingen. De meeste GGD'en wijzen daarbij op het tekort aan artsen, waardoor de taakherschikking uit nood geboren is. Hierdoor moesten verpleegkundigen taken van de artsen overnemen. Door de vaak kleine teams betekende het echter ook dat de artsen in de vakanties en bij ziekte van verpleegkundigen weer taken van de verpleegkundigen moesten overnemen.

Ook de noodzaak tot meer efficiëntie nam toe. Meerdere GGD'en kregen te maken met een inkrimping van de totale formatie voor de infectieziektebestrijding. Soms werd de bedrijfsvoering kritisch doorgelicht, waarbij de vraag was of de capaciteit aan artsen en verpleegkundigen optimaal benut werd. En of de artsen echt de dingen doen waarvoor ze zijn opgeleid.

De antwoorden op deze vragen leidden als vanzelf tot een verschuiving van taken naar de verpleegkundigen. Dit sloot overigens goed aan bij de wens van de verpleegkundigen. Zij hadden een professionaliseringslag doorgemaakt en wilden meer doen. Resultaat hiervan was dat zij interessanter werk kregen, met meer uitdaging.

Tenslotte wilden de GGD'en klantvriendelijker worden. Door de taakherschikking was de front-office beter bezet en werd de bereikbaarheid van de afdeling verbeterd.

6.5.2 Andere vormen van taakherschikking bij afdeling infectieziektebestrijding

De algemene infectieziektebestrijding is één van de deelgebieden van het werk van de GGD'en in het kader van infectieziektebestrijding. De deelgebieden zijn:

- Algemene infectieziektebestrijding.
- SOA-bestrijding.
- Tbc-bestrijding.
- Technische hygiënezorg.
- Reizigersadviesing.

Over taakherschikking op deze terreinen is weinig bekend. Het beperkte aantal publicaties over taakherschikking binnen GGD'en gaat vooral over de jeugdgezondheidszorg.

Hieronder volgt een beknopt overzicht van de beschikbare kennis over taakherschikking binnen de infectieziektebestrijding. In zijn algemeenheid geldt dat bij de infectieziektebestrijding nauw wordt samengewerkt tussen artsen en andere professionals. Het is aannemelijk dat taakherschikking heeft plaatsgevonden. In welke mate taakherschikking voorkomt, of het daarbij gaat om bewuste beleidsmatige keuzes en welke vormen de taakherschikking in de praktijk aanneemt is echter onduidelijk. Vanuit een aantal onderzoeken en ontwikkelde draaiboeken en protocollen zijn er wel aanwijzingen, bijvoorbeeld binnen de SOA-bestrijding en binnen de reizigersadviesing, dat taakverschuiving heeft plaatsgevonden. Achtergrond van de geleidelijke taakverschuivingen in de infectieziektebestrijding lijkt de toegenomen druk op de financiële middelen.

Ook wordt taakherschikking soms onder een andere noemer beschreven. In Feijter e.a (2005) staat bijvoorbeeld een gezondheidscentrum beschreven waar een GGD-verpleegkundige en een praktijkassistente samen een SOA-spreekuur draaien. Focus van de publicatie is gericht op samenwerking in de eerste lijn, taakherschikking wordt niet genoemd. Toch doet het voorbeeld vermoeden dat hier mogelijk taken zijn overgenomen van GGD en huisartsen.

Ook bij de reizigerszorg heeft taakherschikking plaatsgevonden. De feitelijke advisering over welke medicatie en vaccinaties men nodig heeft voor welke reis gebeurt door verpleegkundigen, waar dit eerder door artsen gebeurde. Hierbij is wel omschreven in welke gevallen een arts moet meekijken. De gewenste beschikbaarheid en bereikbaarheid van de artsen is enige tijd onderwerp van discussie geweest binnen de GGD en het LCR (Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing). Ook bleek uit ervaringen van de inspectie dat de beschikbaarheid en bereikbaarheid in het verleden soms tekortschoten. Bezuinigingen leken hieraan ten grondslag te liggen. Onlangs is het LCR tot een uitspraak gekomen waarin de gewenste bereikbaarheid van de arts infectieziekten is geregeld. Daarbij is vastgesteld dat de arts, onder voorwaarden, niet fysiek aanwezig hoeft te zijn.

Dat taakherschikking breder voorkomt binnen de GGD'en, wordt ook duidelijk uit een onderzoek naar de personele capaciteit van de algemene infectieziekte- en SOA-bestrijding binnen GGD'en (ROI Zeeland/Brabant, 2004). Uit dit onderzoek blijkt dat de personeelsformatie per GGD sterk verschilt. Dit roept de vraag op welke taakverdeling tussen arts en verpleegkundige door de afzonderlijke GGD'en wordt gehanteerd. Ook

uit dit onderzoek komt naar voren dat veel taken zowel door de arts als door de verpleegkundige worden uitgevoerd. Weinig taken zijn echt 'des arts' of 'des verpleegkundige'. Er zijn echter wel duidelijke accentverschillen. De deeltaken surveillance, beleid, regie en netwerk, en onderzoek worden vooral door de artsen uitgevoerd. Bij de deeltaken preventie, bron- en contactonderzoek en vangnet ligt het accent bij de uitvoering op de verpleegkundige discipline. Bij de deeltaken Infectieziektewet en outbreaks is de werklust nagenoeg in evenwicht.

6.6 Toekomstbeeld

Hoewel de discussie over taakverdeling en taakherschikking in de GGD-wereld (nog) niet officieel gevoerd wordt, is deze wel al jaren merkbaar in de diverse werkverdelingen bij GGD'en. In haar rol als 'regisseur' heeft het Centrum Infectieziektebestrijding het initiatief genomen tot het instellen van een landelijke werkgroep waarin deze discussie op landelijk niveau wordt gevoerd. Zij acht de uitkomst van de discussie essentieel voor de kwaliteit van de uitvoering en de opzet van de toekomstige opleidingen voor sociaal-geneeskundigen en -verpleegkundigen. Op dit moment wordt door de werkgroep gewerkt aan een eerste opzet voor een taakverdeling tussen artsen en verpleegkundigen die aansluit bij de dagelijkse praktijk en de kwaliteiten van de verschillende beroepsgroepen respecteert. In de taakverdeling wordt de nodige ruimte gecreëerd; ruimte voor lokale invulling maar ook ruimte om tegemoet te komen aan verschillen in scholing, ervaring en ambitie van de uitvoerende professionals.

Voor een deel is de formalisering van de taakverdeling al in gang gezet door het beschrijven van de werkprocessen in het kader van HKZ-certificering. Alle GGD'en zijn bezig met HKZ-certificering; een enkeling heeft dit traject afgerond en is gecertificeerd. Meerdere GGD'en hebben aangegeven de uitkomsten van de landelijke werkgroep 'taakherschikking in de infectieziektebestrijding' te gaan gebruiken om tot een taakverdeling te komen die past bij de samenstelling, werkwijze en cultuur van hun afdeling IZB. Op deze manier worden beleidskeuzes expliciet gemaakt en kan een meer beleidsmatige evaluatie van de taakherschikking plaatsvinden. Een directeur wijst op het ontbreken hiervan. Hij zegt:

"Het nadenken over taakherschikking zou een constant proces moeten zijn, waarbij je steeds de vraag blijft stellen: "Doen de deskundigen waar zij goed in zijn?". Er zijn doorlopend ontwikkelingen die aanleiding kunnen zijn voor veranderingen, zoals de komst van de WMO, veranderingen in de omgeving, kennis of technieken, wethouders die elke vier jaar wijzigen. Alleen als we ons voortdurend bewust zijn hiervan, voorkomen we dat we routineus worden".

De taakherschikking zal zeker niet worden teruggedraaid. Alle gesprekspartners geven namelijk aan dat door de taakherschikking niet alleen verbeteringen zijn opgetreden voor de kwaliteit van de zorg en dienstverlening, maar ook voor de organisatie en de zorgprofessionals. De functie van de verpleegkundige IZB heeft zich goed ontwikkeld, het werk van de verpleegkundige is uitdagender en leuker geworden nu de taken zijn verschoven. Voorheen waren de verpleegkundigen vooral uitvoerend bezig, nu denken zij actief mee in projecten en voeren de projecten mee uit. Daarnaast wordt als prettig ervaren dat men door de taakherschikking voor elkaar meer kan fungeren als klankbord en dat door de taakherschikking de werkdruk wordt verlaagd.

De mate waarin in de toekomst nog meer taken worden verschoven van arts naar verpleegkundige hangt verder af van externe prikkels (wat wordt gevraagd vanuit de maatschappij en vanuit externe partijen) en een verdere specialisatie van de verpleegkundige functie. Dit laatste kan leiden tot een 'prominentere rol van de verpleegkundige front-office', 'meer zaken zelfstandig afronden', 'een grotere rol bij onderzoek' en 'meer provinciaal werken'.

Dit laatste, de specialisatie van de sociaal verpleegkundige, wordt gezien als meest belangrijke voorwaarde voor verdere taakherschikking. De tekortschietende opleiding tot sociaal verpleegkundige infectieziektebestrijding werkt nu eerder belemmerend. Na afronding van deze opleiding is men weliswaar bevoegd om de taken van een verpleegkundige IZB uit te voeren, maar, zo stellen verschillende respondenten: "bevoegd is nog niet bekwaam". Verdere taakherschikking wordt hiermee afhankelijk gesteld van de verbetering van de opleiding, bij- en nascholing. Andere randvoorwaarden voor de taakherschikking zijn een goede overdracht, continuïteit van de achterwacht (arts), blijven ontwikkelen van protocollen en verpleegkundige stappenplannen en borging van de afspraken over de taakverdeling.

SUMMARY

Main conclusions and recommendations

1 Conclusion: task reallocation is a positive development provided risks are adequately addressed

The reallocation of tasks and responsibilities between different categories of healthcare professionals has made a positive contribution to safe, effective, patient-focused and accessible care. This is one of the main conclusions drawn by the Dutch Health Care Inspectorate (IGZ) following an exploratory study of five types of task reallocation in the areas of curative, preventive and residential care services. The benefits to patients are tangible, not least because care can now be better tailored to the individual: complications are recognized sooner and medication can be adjusted according to need.

Task reallocation

For the purposes of this State of Health Care report (SGZ), the Inspectorate defines 'task reallocation' as the process by which certain duties and responsibilities which previously fell exclusively to certain categories of medical staff (e.g. qualified medical practitioners) are now reassigned to other health care professionals, such as the nurse practitioner or specialist nurse. Alternatively, the responsibilities may pass from a second-line specialist to a first-line general practitioner.

The study on which this report is based sought to identify both the benefits and the potential risks of task reallocation. Some risks were already known. They include the absence of a single set of patient notes, whereby the problems of communication between various treating physicians can be exacerbated. The Inspectorate has also identified some new, hitherto unrecognized risks. For example, task reallocation leads to greater fragmentation of health care services. Where a patient is suffering from several conditions simultaneously, there is a risk that no one practitioner will assume overall responsibility for his or her treatment. The Inspectorate also concludes that the current financing system can impair the continuity of some new forms of care service. Health care institutions and professional bodies are able to address many of the risks directly, but in some instances it is desirable for the government and/or the professional representative bodies to implement specific measures.

On commencing this study, the Inspectorate harboured certain doubts with regard to the desirability of task reallocation. This initial scepticism has since been resolved. From the perspective of patient interests and the quality of care, it is clear that the process should be encouraged.

2 Purpose of the study: to gain a better understanding of the effect on the quality of care and of the potential risks

Motivation: a lack of prior research into the effects of task reallocation on the quality of care services

While tasks and responsibilities within the Dutch health care system have never been rigidly demarcated, recent years have seen the emergence of new organizational systems. Recognizable forms of ‘task reallocation’ have been implemented in several care sectors, the methods applied being many and various. The process would appear to be irreversible.

From the perspective of patient interests, it is important that care services – regardless of how they are organized – should remain safe, effective, patient-focused and accessible. Little research has been conducted into the effects of task reallocation on the quality of care services. Accordingly, the Inspectorate has not had an adequate understanding of the potential risks. The Inspectorate now wishes to structure its supervisory activities on the basis of those risks.

Purpose and form of the study

The Inspectorate conducted an exploratory study of five instances of task reallocation in different sectors. The intention was to gain an impression of the extent to which the process affects the quality of care, of the potential risks, and of the manner in which the sectors themselves have addressed those risks. The study involved a review of the existing literature, followed by interviews with the health care professionals involved.

The five forms of task reallocation studied were:

- *General practitioner: care for diabetes patients.*
Care tasks have shifted from the general practitioner to practice assistants and diabetes nurses.
- *Hospital: heart failure clinic and post-surgical monitoring.*
Specialist nurses, nurse practitioners and physician assistants have assumed some standard tasks from the specialist.
- *Geriatric care: seniors with chronic psychiatric problems.*
Patients have been moved from specialist mental health care institutions to general residential care. Responsibility for their medical care is assumed by the doctor-in-residence or visiting general practitioner.

- *Care for the mentally handicapped.*
Some tasks have shifted from the specialist (AVG) to the general practitioner and nurse practitioner.
- *Local health authorities: prevention of infectious diseases programmes.*
Some tasks have passed from the medical practitioner to the social nurse/nursing practitioner.

3 Enhanced quality through task reallocation

The Inspectorate concludes that all forms of task allocation studied have been beneficial for patients. Care services have become more accessible, more time and attention can now be devoted to each patient, while advice and information can be more effectively tailored to the patient's individual situation. There are also strong indications that safety and effectiveness have also been enhanced.

3.1 More intensive treatment and supervision

Better care when specialist (para)medical staff conduct routine procedures

Many of the routine, predictable interventions which have hitherto been performed by qualified doctors can be undertaken just as effectively – or in some cases more so – by other professionals who have received the necessary specialist training. For example, this often applies in the case of patients with a single chronic condition (i.e. with no comorbidity). Specialist nurses, nurse practitioners, physician assistants and practice assistants will, in general, follow set protocols more closely than the doctor. Because patient contact is more frequent, they are able to adjust medication sooner if appropriate. More frequent contact is also likely to ensure that any complications are identified at an earlier stage. Here, task reallocation can clearly be seen to have resulted in more effective and safer patient care.

In addition, more time and attention can now be devoted to patient counselling, and to providing information about both the treatment and any relevant lifestyle aspects. The study has revealed many instances in which chronic patients are actively monitored, thus making it far more difficult for those patients to 'skip' treatment; those who do not attend an appointment are contacted by telephone. This is an extension of care services which was not offered by doctors in the past.

3.2 Better basic services in care sector further to shift from second to first line

Care providers see positive effects

Similarly, the effectiveness and safety of services in the residential care sector have increased in both the instances examined by the Inspectorate. Interviewees (who included medical specialists, doctors-in-residence, general practitioners and nurse practitioners) report that the shift from the second to the first line has enhanced the quality of care for the mentally disabled. Societal developments such as 'care in the community' have resulted in a greater number of care recipients living (semi-) independently, often at some distance from the responsible institution. Accordingly,

responsibility for basic medical care has shifted from the institution's doctor (or peripatetic AVG specialist) to the general practitioner and nurse practitioner. Similarly, it is now more usual for geriatric psychiatric patients to be moved out of specialist institutions into a general residential facility, whereupon responsibility for their medical care is transferred to the doctor-in-residence or visiting general practitioner.

Greater concern for the quality of life

Interviewees report that the new situation enables greater attention to be devoted to the residents' quality of life, whereby they are indeed regarded as residents rather than as patients. To date, however, little research has been conducted to verify this claim among residents themselves (or their relatives).

3.3 Establishing tasks and responsibilities; working according to set protocols

Establishing tasks and responsibilities

Health care institutions and professional groups have done much to mitigate the potential risks of task reallocation. In general, the tasks and responsibilities within the situations studied have been effectively established, often by means of set protocols. In some cases, this takes place at the beginning of a task reallocation project, while in others it takes place somewhat later, e.g. within the scope of HKZ certification. The protocols serve to address the potential risks; they are operational in nature and in most cases are subject to stringent enforcement. Supervision and case discussions are common risk mitigation methods.

Training

An important point for attention is adequate (ongoing) training. Not all new professional groups have made the necessary arrangements as yet. For example, there is no compulsory refresher training for GP practice assistants. A better match must be achieved between the demands placed on certain professional groups by task reallocation and the competencies on which the traditional training courses focus. This is not only true of the 'new' professions. Doctors too now face new demands, since they are no longer the sole treating physician. Further to task reallocation, they now focus on the treatment of particularly complex cases, and are the 'health care coordinators' for all other patients.

4 Risks with regard to responsible care

The Inspectorate welcomes the degree to which potential risks have been acknowledged by health care institutions and individual practitioners. Nevertheless, this does not detract from the fact that new risks do exist, and it is not always clear whether they are being adequately addressed. In the following section, we discuss the main risks which transcend the level of the individual care provider. The main report (of which this document forms the summary) examines the risks within each sector and offers recommendations for their management.

4.1 Fragmentation: who maintains the overall view?

Fragmentation of care services: a potential risk to the patient

The increasing degree of specialization now seen in both hospitals and general practices has a 'downside' in that it serves to fragment health care services. Who is to maintain the overall view of the individual patient's treatment? There is a clear risk here, particularly in the case of patients with multiple conditions (comorbidity). It is possible that a patient suffering from, say, diabetes and COPD will be treated by different specialist nurses or practice assistants, and will not see his or her general practitioner on a regular basis. Can a nurse who specializes in one particular field identify the symptoms of other conditions? Does she know about possible drug interactions? This risk is also present in the intramural (hospital) situation. Multidisciplinary consultation, whereby specialist nurses and nurse practitioners from all relevant departments are present, is desirable.

Short lines of communication

If in any doubt whatsoever, the specialist nurse must be able to consult the relevant physician as soon as possible, or should be able to refer the patient to the doctor immediately.

4.2 Risk of communication errors: a common patient file is essential

When institutions or departments opt for a process of task reallocation, it is important that all concerned realize that the involvement of a greater number of people will give rise to a greater number of potential risks. In many cases, institutions have made satisfactory arrangements for the transfer of patients from one practitioner to another. In care services for the mentally disabled, for example, task reallocation has prompted the adoption of electronic patient files.

However, such a system is still the exception rather than the rule. In many hospitals, the specialist departments maintain their own patient notes, sometimes complementing the more general file. In some cases, the files maintained by GPs, doctors-in-residence or specialists do not correspond with each other, including disparate or even contradictory information. However, there are no indications that coordination problems have become any worse since the introduction of task reallocation.

4.3 Procedures open to non-doctors demand proper safeguards in the form of legislation and protocols

Rendering responsibilities clear

Nurse practitioners, specialist nurses and practice assistants now enjoy considerable freedom of action with regard to some patient treatments. In certain areas, such as the adjustment of medication, their expertise frequently exceeds that of the doctor, whereupon that doctor is not readily able to evaluate some decisions. His supervision will then be limited to ensuring that procedures and protocols have been observed. Where tasks shift from qualified doctors to other personnel, it is essential that responsibilities are clearly established. This information is also extremely important to patients themselves, and should be established by means of written protocols.

Nurses now entitled to write prescriptions

In certain circumstances and subject to restrictive conditions, nurse practitioners, practice assistants and physician assistants are now authorized to prescribe medication, further to the Geneesmiddelenwet (Medicines Act) which came into effect in July 2007. Amendments must now be made to the Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Individual Health Care [Professions] Registration Act; BIG) by means of a provisional article and/or an Order in Council. The Inspectorate welcomes this extension of professional entitlement.

Expansion of professional register desirable

For those health care professions already subject to mandatory registration, the requirements are clear. All registered practitioners are subject to formal codes of conduct which are enforced by the relevant disciplinary bodies. However, this does not apply to practice assistants who nevertheless enjoy considerable freedom in the treatment of diabetes patients. Like certain categories of physician assistants, they are not included in the BIG register and neither do they have any obligation to attend refresher training courses. The Inspectorate considers this an undesirable situation.

4.4 Accessibility of specialist services in the residential care sector: a risk factor

Access to medical specialists

A further potential risk is that access to specialist care may be restricted compared to the former situation. In the residential care sector for the mentally disabled and seniors, the study examined various situations in which responsibilities have been transferred from the specialist to the general practitioner or doctor-in-residence. Some doctors seem particularly reluctant to refer a patient to a psychiatrist or specialist. However, in no instance was this found to have caused actual problems for patients themselves, a conclusion with which the specialists agree.

Financing system as a risk factor for quality

The current reimbursement-based financing system does not make adequate allowance for task reallocation. This certainly applies in the case of residential care facilities which accept senior psychiatric patients transferred from a specialist mental health care institution. Training and guidance from the mental health care sector is essential, since staff must learn to understand and manage the requirements of this patient group. However, from January 2008 health insurers will no longer finance such training. This is likely to lead to serious problems in terms of the quality of care.

5 Recommendations

5.1 A research programme is required to establish the impact of task reallocation on the quality of care

Exploratory study not extensive enough to permit generally valid conclusions

The study to which this report refers is limited in that it was able to examine only a few instances of task reallocation within a small number of institutions. Although the study answers the Inspectorate's current purpose – to gain a better understanding of the risks in order to adapt supervisory activities accordingly – the study is too limited in its scope to allow any conclusions of overall validity to be drawn.

To date, there has been no thorough research into the effects of task reallocation in terms of the safety, effectiveness, accessibility and patient-focus of health care services. Few institutions have monitored the impact of the reorganization of their care processes. Specialist research institutes have thus far chosen to concentrate on other aspects of task reallocation. The manifestations of task reallocation are now increasing in both number and complexity, whereby many of the tasks previously undertaken exclusively by qualified doctors have passed to other health care professionals.

The Inspectorate will encourage health care institutions to conduct their own research into the effects of their task reallocation policy, and into the satisfaction levels of both health care professionals and patients.

Recommendations to the Minister of Health

The Inspectorate requests the Minister of Health, Welfare and Sport to instigate a research programme (to be conducted by ZonMw) into the effects of task reallocation in terms of the outcomes of health care services. Particular attention should be devoted to safety, effectiveness, accessibility and patient focus.

5.2 Institutions and professional groups should use task reallocation to improve the quality of care

Recommendations to the managers of health care institutions and to professional groups

- The managers of health care institutions and the relevant professional groups should make greater use of the opportunities afforded by task reallocation in the treatment of chronic conditions, thus enhancing the quality of the care provided.

- When introducing a process of task reallocation, managers of health care institutions should structure that process in such a way as to safeguard integrated (chain) care, ensuring that one person can be clearly identified as responsible for the coordination of the entire process.

5.3 Minister, health insurers and Dutch Health Care Authority (NZa): create the conditions for a responsible implementation of task reallocation

Recommendations to the Minister of Health

- The Inspectorate requests the Minister of Health, Welfare and Sport to introduce legislation which will facilitate positive developments and will ensure appropriate professional conduct on the part of those practitioners who are to perform medical procedures and interventions further to the processes of task reallocation.

Recommendations to health insurers and the Dutch Health Care Authority (NZa)

- The Inspectorate requests health insurers and the Dutch Health Care Authority to maintain adequate flexibility within the financing system in order to facilitate effective task reallocation.

BIJLAGE 1 Geraadpleegde literatuur

- Broeken, R. Nurse practitioner in de verstandelijke gehandicaptenzorg. Concept functieprofiel. Utrecht, NIZW Professionalisering, 2004.
- Broers, C.J.M., J. Smulders, T.J. van der Ploeg, A. E.R. Arnold, V.A.W.M. Umans, (2006), 'Nurse practitioner' even bekwaam als assistent-geneeskundige voor de behandeling van stabiele patiënten na een recent myocardinfarct, maar meer tevredenheid bij patiënten, Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunst, 18 november 2006, 150 (46), pp. 2544-2548
- Bunt, C.E. van de, Fr.C.A. Jaspers (2003), Een werk van lange adem - Taakherschikking in de praktijk, ZM, nr. 10, pp. 13-19
- Bussemakers, H. (2003), Taakherschikking en flexibilisering, ZM, nr. 10, pp. 8-12
- Bussemakers, H. (2006), Taakherschikking en taakverdeling in de huisartsenpraktijk, Leiden: STG/Health Management Forum
- Concept functieprofiel Nurse Practitioner in de verstandelijke gehandicaptenzorg, NIZW Professionalisering, 2004
- Depla, M., Pot, A.M., Graaf, R. de, Dorselaer, S. van, Sonnenberg, C., Deeg, D. Ontwikkeling in het gebruik van geestelijke gezondheidszorg en verlosingszorg door ouderen tot 2020. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005.
- Depla M. Community-based care for older people with severe mental illness, A study on the integration of mental health care into residential homes for the elderly. Utrecht: Trimbos-instituut, 2004.
- Dorland, L.M., Pot, A.M., Veerbeek, M.A., e.a. (2007). Psychische hulpverlening voor ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen. In A.M. Pot, M. Depla & M. ten Have (Red.), Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen. Rapportage 2007 (pp. 37-43). Utrecht: Trimbosinstituut.
- Duchateau, D., H. Hendrix (2006), Twee functies, vaak dezelfde taak, Medisch Contact, (61), nr. 43, 27 oktober 2006, pp. 1709-1711
- Essen, G. van, M. Derks, A. Bloemendaal (2006), Praktijkervaringen met taakherschikking in de zorgsector, Utrecht: Prismant
- Evenhuis, prof. dr. H.M., Want ik wil nog lang leven: Moderne gezondheidszorg voor mensen met verstandelijke beperkingen. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Samen leven in de samenleving, Zoetermeer, 2002
- Feijter, C. de, Beek, G. van (red). *Versterken door samenwerken. Voorbeelden van organisatie in de eerste lijn*. Utrecht, LVG, 2005
- Goossensen, A., A. van Vliet, H. de Graaf, K. Verhoeven, T. van der Have, M. Berg, C. Burger, (2005) Taakherschikking in de praktijk, Medisch Contact, (60), 13 mei 2005, pp. 815-818
- Grunveld, J.E., Taakdelegatie bij verpleeghuisartsen, Prismant, Utrecht, 2004
- Heres, W., M. Klein Zeggelink, De Nurse Practitioner in de huisartsenpraktijk: een nieuw perspectief?, Power Point Presentatie, Stichting KOH, MOBG-congres, Ede, 2 oktober 2006

Houweling, S.T., G.P.M. Raas, H.J.G. Bilo, B. Meyboom-de Jong (2003), Juridische obstakels bij het delegeren van taken aan de praktijkondersteuner, Medisch Contact (58), nr. 43 pp. 1647-1650

Houweling, S.T., Taakdelegatie in de eerste- en tweedelijns diabeteszorg, Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen, 2005

De huisarts en de AVG: samenwerking in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap (NVAVG en LHV, 2005)

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Jaarrapport 2001

Inspectie voor de Gezondheidszorg: Taakherschikking en voorschrijven geneesmiddelen, Circulaire 2006-02-IGZ, 1 november 2006, Den Haag

JGZ: de ruggengraat van de integrale jeugdzorg! Speerpunt GGD Nederland 2006-2008

Kenbeek, J., J. Rademakers (2006), Overeenkomsten en verschillen in taken, verantwoordelijkheden en competenties van Nurse Practitioners en Physician Assistants in ziekenhuizen, nu en in de toekomst, Utrecht: Stuurgroep MOBG

Knip, M., Werken met Nurse Practitioners, proefschrift, Van Gorcum, Assen, 2006

Medische zorg ten behoeve van mensen met een handicap. Werveling, Nieuwsbrief van de beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. Jaargang 7, nummer 1 (2004).

NVAVG, 2005. <http://www.nvavg.nl/bestanden/nvavg-modellen/ha-en-avg.pdf>

Offenbeek, M.A.G. van, Y. ten Hoeve, P.F. Roodbol, M. Knip (2003), Effecten van NP's op de organisatie en effectiviteit van de zorg, Groningen: Rijksuniversiteit Groningen / Academisch Ziekenhuis Groningen

Ontmantelen op een verantwoorde manier. Verankering medische zorg Arduin, 2002, Internetbron

Pepels, R. en Wiewel, R. Efficiente praktijkervaring via taakherschikking, Intern rapport Prismant, 2005.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Taakherschikking in de gezondheidszorg, RVZ, Zoetermeer, 2002

ROI Zeeland/Brabant, 2006. Onderzoeksresultaten en aanbevelingen normering van GGD-capaciteit voor de Algemene infectieziektebestrijding.

Roodbol, P. F., Dwaallichten, struikeltochten, toewegen en zangsporen, Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen, 2005

Roodbol, P. (2006), Nurse practitioners in Nederland: wat hangt de huisarts boven het hoofd?, Huisarts en wetenschap, 49 (6), mei, nr. 2, 2006, pp. 321-323

Schumacher, J. en Pool, A. Een nieuwe verpleegkundige in het verpleeghuis: Eindverslag van het onderzoek naar competenties en taakherschikking in het verpleeghuis, Utrecht, NIZW, 2004

Nederlands Tijdschrift voor Nurse Practitioners, maart 2007. Werkveld: Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Verschillende bijdragen over de inzet van de NP en verpleegkundigen.

VGN, 2003. Bron: Werveling, jaargang 7, nummer 1.

Vink, R. Nurse practitioner: Expert in kleine kwalen. In: Klik, oktober 2006

VWS, 2005. http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o622n440.html

"Wie vandaag geen visie heeft, heeft morgen geen toekomst", Verslag van een discussiemiddag, georganiseerd door het Landelijk Exoertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV) en de Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), 16 september 2004

BIJLAGE 2 **Lijst van afkortingen**

AAVG	Arts Verstandelijk Gehandicapten
BIG	Beroepen in de individuele gezondheidszorg
BOPZ	Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
CCU	Cardiac Care Unit
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Diseases
DBC	Diagnosebehandelcombinatie
ECG	Elektrocardiogram
EPD	Elektronisch patiëntendossier
EVV	Eerst verantwoordelijke verzorgende
FWG	Functiewaardering Gezondheidszorg
GGD	Gemeentelijke (of: Gewestelijke of Gemeenschappelijke) Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
HBO	Hoger beroepsonderwijs
HIS	Huisartsen Informatiesysteem
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HOED	Huisartsen Onder Eén Dak
IC	Intensive care
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IZB	Infectieziektebestrijding
LCI	Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding
LCR	Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MANP	Master Advanced Nursing Practice
MDO	Multidisciplinair overleg
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NP	Nurse practitioner
NVAVG	Nederlandse Vereniging van Artsen Verstandelijk Gehandicapten
PA	Physician assistant
PMZ	Psychiatrische Meerzorg
POH	Praktijkondersteuner huisartsenzorg
RIBW	Regionale instelling beschermende woonvormen
ROI	Regionaal Overleg Infectieziektebestrijding
ROC	Regionaal Opleidingen Centrum
SGZ	Staat van de Gezondheidszorg
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening
SPH	Sociaal Pedagogisch Hulpverlening

SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
SPW	Sociaal Pedagogisch Werkende
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VIG	Verzorgende in de individuele gezondheidszorg
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
WOG	Wet op de geneesmiddelenvoorziening
ZonMw	ZorgOnderzoek Nederland en NWO-Medische Wetenschappen
ZZP	Zorgzwaartepakket

Grafisch ontwerp

**Faydherbe/De Vringer,
Den Haag**

Opmaak

**Faydherbe/De Vringer
en Heleen van Haaren,
Den Haag**

Illustraties

Josefien Versteeg, Haastrecht

Fotografie omslag

Bart Versteeg, Den Haag