

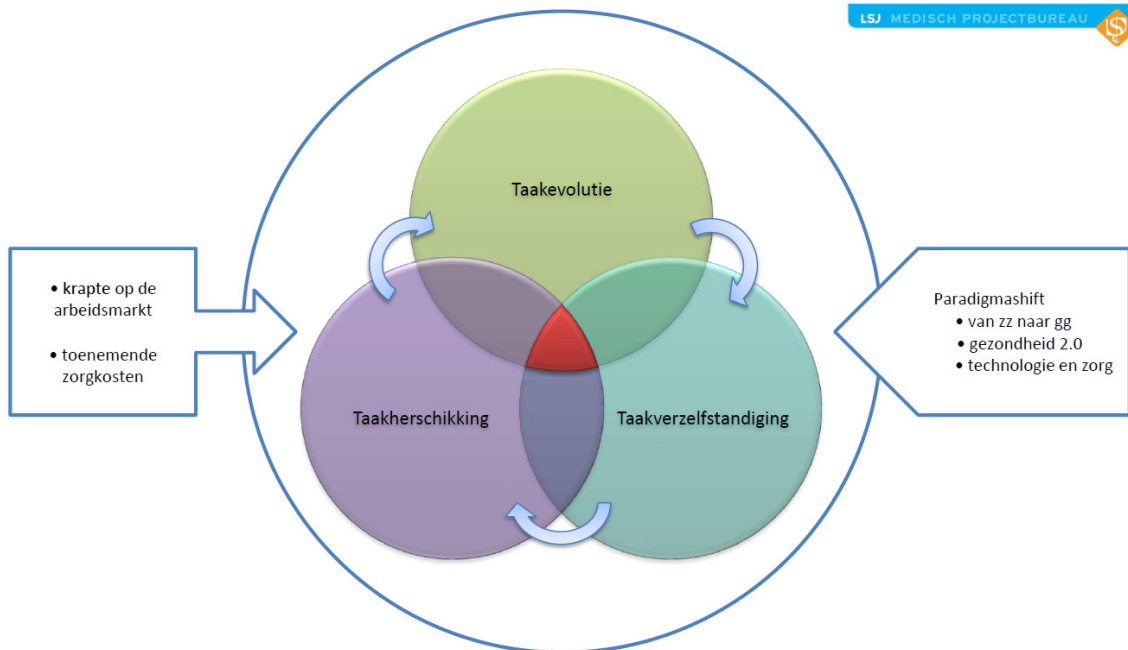
Zorgredistributie

Sturen op kwaliteit en doelmatigheid in de zorg

M. van der Rol, MSc
L.J. Schmit Jongbloed, arts, MBA

LSJ Medisch Projectbureau

9 december 2010



Begrippenkader	
<i>Zorgredistributie</i>	Het inhoudelijk en procesmatig veranderen van zorgtaken en het uitvoeren van deze zorgtaken door andere mensen, zorgconsumenten, mantelzorgers of professionals, om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verbeteren.
<i>Taakevolutie</i>	Taken veranderen, verdwijnen of ontstaan.
<i>Taakverzelfstandiging</i>	Bestaande, geëvolueerde of nieuwe taken verplaatsen zich naar de zorgconsument of mantelzorger.
<i>Taakerschikking</i>	Bestaande, geëvolueerde of nieuwe taken worden structureel overgenomen door bestaande of nieuwe beroepsgroepen.

NB: De term taakverzelfstandiging blijkt aanleiding tot veel discussie. Tot op heden achten wij dit de meest passende term voor deze ontwikkeling.
 Immers, de burger of patiënt neemt zelfstandig taken op zich.

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1 Analyse	5
1.1 Van taakherschikking naar zorgredistributie.....	5
2.2 Zorgredistributie.....	11
2.2 Prikkels en stimuli	13
3 Van belemmerende naar stimulerende factoren 17	
3.1 Zekerheid over de effecten: kwaliteit en doelmatigheid	19
3.2 Zekerheid over acceptatie bij patiënten	27
3.3 Zekerheid over acceptatie bij beroepsgroepen	32
3.4 Juridische toegankelijkheid	38
3.5 Financiële impulsen.....	45
2 Samenvatting en conclusies	52
3 Literatuurlijst	59

Voorwoord

In 2002 verscheen een RVZ rapport over het onderwerp taakherschikking. Sindsdien is taakherschikking meer en meer in de belangstelling komen te staan. Het onderwerp is inmiddels zo belangrijk dat het in het nieuwe regeerakkoord wordt genoemd als specifiek aandachtspunt om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te vergroten.

Kwaliteit en doelmatigheid van zorg vormen de focus van dit rapport. Dat gaat verder dan taakherschikking; ook taakevolutie en taakverzelfstandiging dragen hier aan bij. In dit rapport vatten we dat samen onder de term “*zorgredistributie*”.

In 2002 definieerde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg vijf factoren die van invloed zijn op taakherschikking: onzekerheid over de effecten, onzekerheid over acceptatie bij patiënten, domeindenken bij beroepsgroepen, juridische obstakels en financiële barrières. In deze notitie wordt bekeken hoe het staat met deze factoren en hoe ze bij kunnen dragen aan zorgredistributie. Daarbij ligt de focus op kansen (en dus niet op belemmeringen).

Met andere woorden: hoe realiseren we gezamenlijk een betaalbare en goede zorg voor iedereen, nu en in de toekomst.

M. van der Rol, MSc

L.J. Schmit Jongbloed, arts, MBA

LSJ Medisch Projectbureau

1 Analyse

1.1 Van taakherschikking naar zorgredistributie

Taakherschikking

In Nederland en andere ontwikkelde landen zijn belangrijke ontwikkelingen gaande die gevolgen hebben voor de organisatie van de zorg: de aanstormende (dubbele) vergrijzing, het te verwachten personeelstekort(ontgroening) en een krappere wordend zorgbudget. In de laatste tien jaar zijn diverse onderzoeken verricht die de situatie van dat moment in beeld brachten en/of adviezen bevatten die anticipeerden op de te verwachten ontwikkelingen. Taakherschikking als middel om toekomstige problemen te verminderen speelde daarin altijd een prominente rol. Het werd meer dan alleen een *ongoing development of care* die structuur behoefde. Voorheen werd taakherschikking vooral gezien als een dynamisch, continu proces waarbij de veranderende zorgvraag en tekorten bij diverse zorgverlenende beroepen zorgen voor een verschuiving van de taakverdeling. Inmiddels wordt de bijdrage van taakherschikking aan kwaliteit en doelmatigheid van de zorg steeds belangrijker geacht.¹ In 2002 bracht de RVZ een advies uit aan het ministerie van VWS getiteld 'Taakherschikking in de gezondheidszorg'.² Hierin werden de beleidsproblemen die taakherschikking in de weg stonden benoemd en ondergebracht in vijf clusters: onzekerheid over acceptatie van taakherschikking bij patiënten, domeindenken bij beroepsgroepen, onzekerheid over de effecten van taakherschikking, juridische obstakels en financiële barrières. Er werden concrete aanbevelingen gedaan om deze beleidsproblemen te ondervangen. In 2008 is de beschreven taakherschikking in de zorg geëvalueerd door de Gezondheidsraad³: wat was de stand van zaken en hoe stonden de geconstateerde problemen ervoor? Daarbij werden twee nieuwe aandachtspunten met betrekking tot taakherschikking aangegeven. Ten eerste dat taakherschikking tot 2008 vooral een toevoeging leek te zijn aan het bestaande zorgproces in

plaats van een substitutie en ten tweede dat de kennis over de effecten van taakherschikking, met betrekking tot kwaliteit en doelmatigheid, beperkt is (hoewel verwacht positief). Uit dit rapport, evenals uit recentere rapporten en het concept regeerakkoord⁴, blijkt dat taakherschikking op verschillende gebieden in de gezondheidszorg doorzet. Zij krijgt een steeds belangrijker rol toebedeeld met het oog op de toekomst: ‘bijdragen aan kwaliteit en doelmatigheid’ wordt ‘*sturen op* kwaliteit en doelmatigheid’.

Kwaliteit en doelmatigheid

Taakherschikking is in 2002 door de RVZ gedefinieerd als: ‘*het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen*’.² Hiermee onderscheidt het zich van andere begrippen als taakverschuiving, taakdelegatie en functiedifferentiatie.³ Bovendien is, het doel van taakherschikking verschoven van ‘een voortschrijdende ontwikkeling die structuur behoeft’, naar ‘het verbeteren van kwaliteit en doelmatigheid in de zorg’. Taakherschikking als instrument om de kwaliteit van zorg te verbeteren, personeelstekort op te vangen en de zorg betaalbaar te houden.

Op sommige vlakken is het begrip ‘taakherschikking’ te eng. Waar het in 2002 nog voldeed aan de eisen van die tijd, gaat het nu voorbij aan een aantal essentiële veranderingen. De definitie uit 2002 gaat er vanuit dat het om herschikking van *dezelfde* taken gaat, die worden uitgevoerd door een *andere* (eventueel nieuwe) *beroepsgroep*. Echter, anno 2010 worden er voortdurend nieuwe technieken ontwikkeld die ingrijpen op inhoud en uitvoering van zorgtaken. Behalve door nieuwe technieken, wordt in de zorg ook op andere manieren geïnnoveerd. Er ontstaan bijvoorbeeld nieuwe concepten voor zorgverbetering. Al deze innovaties hebben invloed op de inhoud van de zorgtaken. *Nieuwe* taken kunnen uitgevoerd worden door *dezelfde* of een andere beroepsgroep, maar steeds vaker ook door *patiënten zelf*. Mede in verband met deze grote toename van nieuwe technieken en innovaties, verandert de focus in de gezondheidszorg van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag.⁵ Zo is Gezondheid 2.0 in opkomst en krijgen patiënten

een actievere rol in hun eigen gezondheid bijvoorbeeld met behulp van nieuwe technologieën.⁶ In die actieve rol nemen *zorgconsumenten* nieuwe en bestaande taken over van beroepsgroepen.

Kortom, taakherschikking wordt nog teveel gezien als een doel op zich, terwijl verbetering van kwaliteit en doelmatigheid van de zorg centraal moeten staan. Taken veranderen, nieuwe taken ontstaan en andere verdwijnen. Dezelfde, andere of nieuwe beroepsgroepen kunnen deze taken uitvoeren, maar steeds vaker ook de patiënten zelf.

Taakherschikking, taakevolutie en taakverzelfstandiging

Bij een heroriëntatie op de beroepenstructuur is het belangrijk niet alleen naar *'taakherschikking'* te kijken, maar ook andere ontwikkelingen in ogenschouw te nemen. We hebben het dan over *'taakevolutie'* en *'taakverzelfstandiging'*. Gedrieën omvatten zij de veranderende inhoud en verdeling van zorgtaken, nu en in de toekomst.

1. Taakherschikking

Het begrip taakherschikking is anno 2010 dus niet meer dekkend voor alle ontwikkelingen. Daarnaast zijn er nieuwe ontwikkelingen waar te nemen met betrekking tot taakherschikking. Veel vormen van taakherschikking die een paar jaar geleden nieuw waren, zijn inmiddels gewoon geworden. Denk aan de praktijkassistent die taken overneemt van de huisarts en aan de mondhygiënist die steeds meer taken overneemt van de tandarts. Hoewel deze beroepen nog niet helemaal uitgekristalliseerd zijn, maken ze inmiddels wel deel uit van de dagelijkse praktijk. Bovendien: beroepen zijn altijd in beweging, dus het is de vraag of een beroep ooit 'af' is.

De afgelopen jaren zijn er ook 'nieuwe beroepen' geïntroduceerd. Op het gebied van Technologie en Zorg (TZ) wordt bijvoorbeeld gewerkt aan opname van een nieuw beroep van klinisch- of medisch technolog in de wet BIG. (zie ook de RVZ achtergrondstudie over nieuwe wetenschappelijke technologieën en nieuwe beroepen). Ook start in 2010 de hbo-opleiding tot medisch hulp-

verlener. Deze haakt in op de behoefte aan een cure-georiënteerde hbo-opleiding.

Taakherschikking tussen of naar bestaande beroepsgroepen komt ook voor, vaak als gevolg van nieuwe juridische of financiële prikkels. Deze vorm van taakherschikking valt vaak minder op, omdat zij meer geleidelijk plaatsvindt en de zorgconsument al bekend is met de zorgverleners die de taken overnemen. Dit is bijvoorbeeld het geval met orthodontisten. Hoewel dezen al jaren taken herschikken naar assistenten, kwamen zij hiermee pas onlangs in de publiciteit. Nu pas leek dit gegeven door te dringen bij verzekeraars en andere instanties.

2. Taakevolutie

Belangrijke ontwikkelingen als Gezondheid 2.0 en de zich alsmat verbeterende technologie leiden tot zorginhoudelijke veranderingen. Zij bieden mogelijkheden tot zorg op afstand en gedigitaliseerde feedback op verleende zorg. Dit heeft tot gevolg dat taken van zorgverleners veranderen. Het beoordelen van resultaten van fysieke tests wordt bijvoorbeeld belangrijker dan het uitvoeren hiervan. Of de locatie waar de zorg wordt verleend verandert. Deze ‘taakevolutie’ kan leiden tot nieuwe werkwijzen voor bestaande taken, maar ook tot het ontstaan van nieuwe taken. Het heeft vaak, maar niet altijd, tot gevolg dat taken worden uitgevoerd door een andere beroepsgroep. Denk aan de optometrist die door verbeterde technieken diagnostische taken overneemt van de huisarts en oogarts. Naast andere beroepsgroepen kunnen steeds vaker zorgconsumenten zelf een deel van de taken op zich nemen. Taakevolutie is een eeuwig voortdurende ontwikkeling.

3. Taakverzelfstandiging¹

Patiënten hebben lang een relatief passieve rol gehad in de zorg. Zij ontvingen zorg van hulpverleners. Door de komst van informatie- en communicatietechnologie (ICT) en Gezondheid 2.0 krijgt de patiënt een actievere rol. Hij of zij is in toenemende mate verantwoordelijk voor de eigen gezondheid. Dit betekent ook het

¹ De term taakverzelfstandiging blijkt aanleiding tot veel discussie. Tot op heden achten wij dit de meest passende term voor deze ontwikkeling.

Immers, de burger of patiënt neemt zelfstandig taken op zich.

overnemen van taken van reguliere professionals. Denk aan informatievoorziening (de meerderheid van de patiënten zoekt eerst op internet naar informatie voor zij contact zoekt met een hulpverlener), maar ook aan behandeling (zelfmanagement van chronische ziekten). Zorgconsumenten nemen dus bestaande, vaak geëvolueerde, taken over van professionals. Maar ook nemen zij een deel van de nieuw ontstane taken op zich, vooral op het gebied van preventie. Preventieactiviteiten die eerst niet uitgevoerd werden vanwege de drempel om een zorgverlener te bezoeken, worden met behulp van ICT nu door zorgconsumenten zelf opgepakt. Een groot deel van de Nederlandse bevolking maakt al gebruik van mogelijkheden die Gezondheid 2.0 biedt.⁶ Internet vormt op meerdere fronten een belangrijk medium. Deze ontwikkeling zal doorzetten zoals te zien is in de plannen van de regering waarin zelfmanagement veel aandacht krijgt ⁴

Naast zorgconsumenten en patiënten nemen ook mantelzorgers een belangrijke positie in. Rondom zorg en administratieve taken nemen zij steeds meer taken over van professionals en beroepsgroepen. Mede met het oog op de toekomst krijgt mantelzorg, de laatste jaren een steeds meer aandacht in het overheidsbeleid. Het krijgt bovendien een steeds meer verplichtend karakter. Nederland heeft ongeveer 2,5 miljoen mantelzorgers en de beleidsdoelstelling is om dit aantal tot 2030 gelijk te houden.⁷

Zorgconsumenten en mantelzorgers voeren dus steeds meer taken zelfstandig uit. Omdat deze taken voorheen door de zorgverlener werden verricht spreken we verder over: *'taakverzelfstandiging'*.

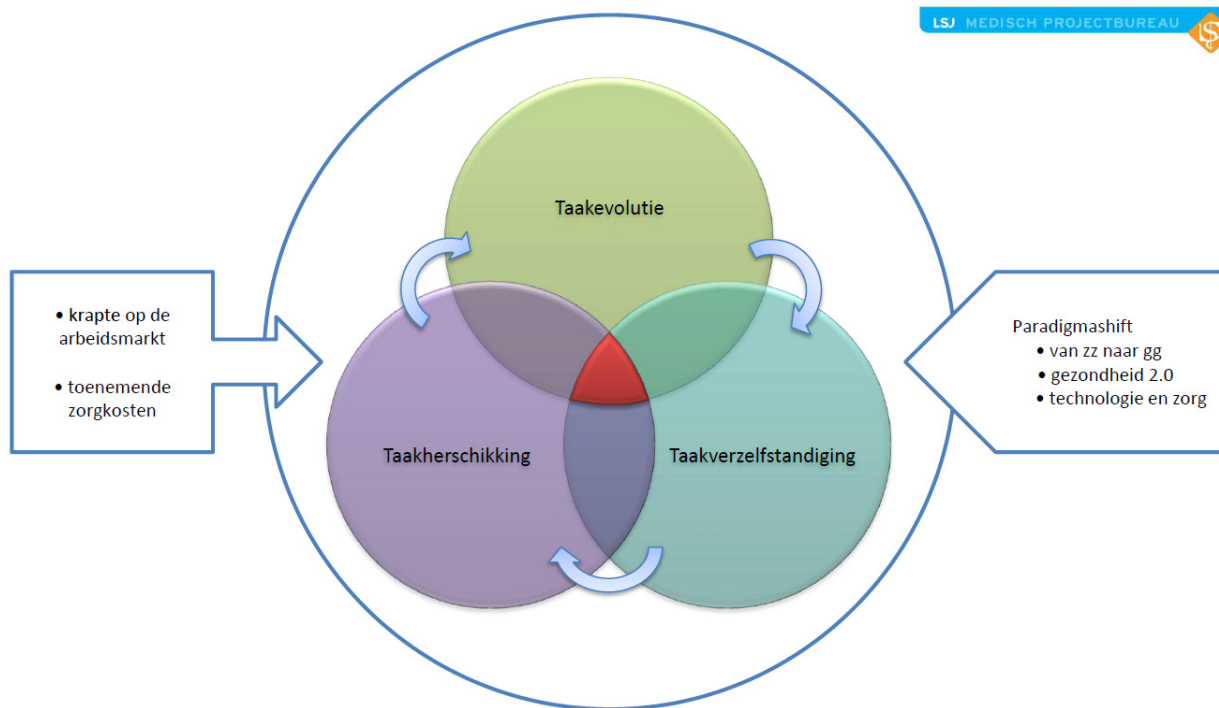
Begrippenkader	
<i>Zorgredistributie</i>	Het inhoudelijk en procesmatig veranderen van zorgtaken en het uitvoeren van deze zorgtaken door anderen zoals zorgconsumenten, mantelzorgers of nieuwe professionals. Doel is de kwaliteit en doelmatigheid van zorg te verbeteren.
<i>Taakevolutie</i>	Taken veranderen, verdwijnen of ontstaan.
<i>Taakverzelfstandiging</i>	Bestaande, geëvolueerde of nieuwe taken verplaatsen zich naar de zorgconsument of mantelzorger.
<i>Taakerschikking</i>	Bestaande, geëvolueerde of nieuwe taken worden structureel overgenomen door bestaande of nieuwe beroepsgroepen.

2.2 Zorgredistributie

Taakherschikking, taakevolutie en taakverzelfstandiging (zie begrippenkader) hebben ten doel om de kwaliteit en doelmatigheid van zorg te verbeteren en kunnen niet los van elkaar worden gezien. Deze ontwikkelingen samen impliceren een zó grote omslag in de organisatie van de zorg, dat je kunt spreken over *redistributie van de zorg*.

Vershillende macro-economische trends (prikkel) en zorg-trends (stimuli) versnellen de redistributie van zorg. De focus van de zorg verandert en het zwaartepunt verschuift naar kwaliteit en doelmatigheid. In figuur 1 wordt dit grafisch weergegeven.

Figuur 1. Zorgredistributie



Taakherschikking, taakevolutie en taakverzelfstanding zijn drie vormen van redistributie. Voor een zo effectief mogelijke redistributie is het belangrijk te beginnen bij *taakevolutie*: welke taken moeten er uitgevoerd worden en op welke manier?

Daarna komt *taakverzelfstanding*: kan de zorgconsument deze taak zelf uitvoeren en hier verantwoordelijkheid voor nemen? Indien dit niet het geval is, of gedeeltelijk, dan komt taakherschikking in beeld.

Vaak bestaat overlap tussen verschillende vormen van zorgredistributie: er kan bijvoorbeeld een appel worden gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt (zelfmanagement), terwijl tegelijkertijd taakherschikking kan plaatsvinden naar een nieuw beroep (van huisarts naar nurse practitioner). Waar de drie vormen van zorgredistributie samen komen, zijn de zorgactiviteiten in balans. Verdergaande taakherschikking, taakevolutie en taakverzelfstanding hebben hier geen meerwaarde.

Er zijn verschillende prikkels en stimuli die er voor zorgen dat zorgredistributie de laatste jaren vaker en sneller plaatsvindt. Stimulerende factoren zijn krapte op de arbeidsmarkt en toenemende zorgkosten. Daarnaast is ook de paradigmashift die momenteel gaande is van invloed. De prikkels en stimuli worden toegelicht in de volgende paragraaf.

2.2 Prikkels en stimuli

Prikkels

De belangrijkste prikkels voor zorgredistributie zijn de toenemende zorgvraag, het te verwachten personeelstekort en een krappere wordende zorgbudget dat niet toereikend zal zijn om alle kosten te dekken.^{8,9}

Personele middelen

De komende twee, drie jaar zullen zich waarschijnlijk kenmerken door een ruimere arbeidsmarkt. Hoewel op regionaal niveau tekorten kunnen ontstaan, is daar op landelijk niveau geen sprake van. Het ROA verwacht een jaarlijkse groei van 2 % in de vraag naar personeel. Het aanbod van personeel blijft ongeveer gelijk maar is momenteel aan de ruime kant. In 2009 kostte het werkgevers minder tijd vacatures te bezetten dan een jaar eerder. En het aantal leerlingen op mbo-niveau in de sectoren verpleging, verzorging en sociaalagogisch werk nam in 2009 met 3 % toe.¹⁰

Op de lange termijn tekent zich echter een nijpend tekort af. De verwachting is dat de groeiende vraag naar zorg, en dus personeel, doorzet. Afhankelijk van de branche en de berekeningsmethode ligt deze groei tussen 1,3 en 4,3 procent per jaar. Wanneer wordt gekeken naar de ervaringen uit het verleden, wordt gerekend op een groei van 18.000 personen per jaar. Daarentegen groeit het arbeidsaanbod vanaf 2012 niet meer en treedt vanaf 2019 krimp op.¹¹

Er is dus sprake van een discrepantie van ontwikkelingen op de arbeidsmarkt op de korte en lange termijn. Maatregelen om meer personeel te werven voor de langere termijn moeten nu worden genomen, terwijl er een gering urgentiegevoel bestaat. Aan de andere kant moet onderzocht worden in welke mate taakevolving, taakverzelfstandiging en taakherschikking¹² tot een lagere behoefte aan personeel zullen leiden.

Financiële middelen

De houdbaarheid van het sociale stelsel in Nederland (voornamelijk de ouderdoms- en zorgvoorzieningen) staat onder druk. Het zogenaamde “houdbaarheidstekort” geeft aan hoeveel geld extra nodig is (lees: we tekort komen) om dit stelsel in stand te houden. Sinds de vorige studie van het CPB in 2006 is dit tekort opgelopen van 3 % van het bruto binnenlands product (bbp) in 2006 tot 4,5 % van het bbp in 2010. In euro's komt dit neer op 29 miljard. In de toekomst zal het houdbaarheidstekort nog groter worden. Waar in 2015 de zorgkosten alleen al 10,3 % van het bbp zullen omvatten, is dit in 2040 al 14,3 % (prognose op basis van de begroting bij ongewijzigd beleid¹³). Deze toename is voornamelijk toe te schrijven aan de ontgroening en vergrijzing en de hogere levensverwachting. De gemiddelde levensverwachting bij geboorte is 80¾ jaar voor de huidige bevolking, maar stijgt naar 83½ jaar in 2040 en 85 jaar in 2060. Deze oudere mensen zullen met zijn allen meer zorg ontvangen. Het betreft voornamelijk AWBZ-kosten voor verpleging in de langdurige zorg. Tegelijkertijd krimpt door ontgroening de beroepsbevolking van 10,1 miljoen in 2009 tot 9,2 miljoen rond 2040, waardoor de belasting- en premiegrondslag onder druk staat. Zonder wijzigingen in het huidige beleid zal dit leiden tot een groot begrotingstekort en een groeiende staatsschuld.^{13,14}

Stimuli

Ontwikkelingen die bijdragen aan zorgredistributie omvatten Gezondheid 2.0, de omslag van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag en de opkomst van nieuwe technologieën. Hieronder volgt een korte beschrijving van deze ontwikkelingen .

Gezondheid 2.0

Waar voorheen gezondheidszorg vooral eenrichtingsverkeer was, is met de komst van de nieuwe informatie- en communicatiemiddelen een tweerichtingsverkeer ontstaan. Gezondheid 2.0 kenmerkt zich door participatie tussen patiënten onderling, tussen professionals onderling en tussen patiënten en professi-

onals. Nieuwe technologieën, als wiki's en online communities ondersteunen zowel persoonlijke als professionele besluitvorming over gezondheid en zorgaanleggenheden, informatie-uitwisseling, samenwerking en community buildings, gericht op het verbeteren van het eigen functioneren en van het zorgsysteem als geheel.

Patiënten zijn assertiever en nemen meer verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid. Patiënten en zorgverleners werken actief samen. Zorgverleners krijgen hierdoor een andere rol. In plaats van alleen behandelen, wordt ook begeleiden en coachen belangrijk.⁶

Door deze taakevolutie (van gezondheid 1.0 naar gezondheid 2.0) vindt taakverzelfstandiging en taakherschikking plaats en nemen de doeltreffendheid en kwaliteit van zorg toe.

Van zz naar gg

Met de slogan 'van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag' wordt een cultuuromslag in de Nederlandse samenleving beoogd. Vanwege de toenemende vraag naar zorg (vooral chronische ziekten) en de beperkte personele en financiële middelen is het huidige zorgsysteem niet meer toereikend. De zorg zal beter en efficiënter moeten worden en mensen moeten voor verzorging en begeleiding een groter beroep doen op hun eigen netwerk. Dit wordt bereikt door de oriëntatie van de zorg te verschuiven naar gedrag en gezondheid, de locatie en situering van de zorg van instelling naar thuis (ook 2.0) respectievelijk de eigen wijk. Daarnaast wordt de focus verbreed van mono- naar multimorbiditeit.⁵ Er is dus sprake van een brede vorm van taakevolutie, met op den duur taakverzelfstandiging en taakherschikking.

Technologie en zorg

Technologieën ontwikkelen zich steeds verder en vinden steeds meer toepassing in de zorg.¹⁵ Zowel eenvoudige (een looprek), als complexe technologieën (een rolstoel die zelf de trap op loopt) worden toegepast. In eerste instantie was het doel de kwaliteit van zorg en leven te verbeteren. Tegenwoordig wordt technologie ook gebruikt om de werkdruk te verlichten en doelmatigheid te bevorderen.¹⁶ Vanwege deze ontwikkelingen hebben diverse universiteiten de afgelopen jaren een

leerstoel Technologie in de Zorg opgericht.¹⁷ Een knelpunt bij het toepassen van arbeidsbesparende technologie in de zorg is de acceptatie onder medische beroepsgroepen. Zorgverleners zijn niet in de eerste plaats gericht op arbeids- en kostenbesparingen. Ze gaan pas een nieuwe technologie gebruiken als ze overtuigd zijn van de gunstige effecten op de kwaliteit van de zorg en/of op de eigen werkdruk.¹⁸ Het is daarom belangrijk hen in een vroeg stadium bij de keuze en introductie van een nieuwe technologie te betrekken: er moet voor gewaakt worden dat zorgverleners technologie teveel te zien als een losstaande ontwikkeling. Pas wanneer technologie en zorg naadloos samengaan kunnen de beoogde doelen bereikt worden.¹⁹ Aan de andere kant zijn zorgverleners vaak niet op de hoogte van de aanwezigheid van technologische toepassingen voor specifieke zorgonderdelen, of de mogelijkheid deze te ontwikkelen. De opleidingsmarkt speelt hier op in door het opzetten van nieuwe opleidingen op het gebied van Technologie en Zorg (TZ), of het aanpassen van bestaande curricula. In het wetenschappelijk onderwijs wordt opgeleid tot klinisch technoloog, medisch ingenieur, klinisch fysicus of ziekenhuisfarmaceut. Op hbo-niveau zijn opleidingen te vinden als gezondheidszorg technologie, medisch ingenieur en bewegingstechnologie. In het middelbaar beroepsonderwijs wordt al langer flexibel ingespeeld op eisen vanuit de arbeidsmarkt. Er worden daarom niet vaak nieuwe TZ-opleidingen gestart.²⁰

3 Van belemmerende naar stimulerende factoren

In 2002 zijn door de RVZ vijf stimulerende en belemmerende factoren benoemd die effect hebben op taakherschikking in de zorg:

1. Onzekerheid over de effecten
2. Onzekerheid over de acceptatie bij patiënten
3. Onzekerheid over de acceptatie bij beroepsgroepen
4. Juridische obstakels
5. Financiële barrières

In 2008 heeft de Gezondheidsraad bekeken of deze factoren nog van kracht waren en welke veranderingen hadden plaatsgevonden. Daarnaast werden twee nieuwe aandachtspunten gesignaleerd. In dit hoofdstuk zullen deze factoren nader worden beschouwd aan de hand van voorbeelden en het in hoofdstuk 2 beschreven kader.

Uiteindelijk willen we in Nederland toe naar een situatie waar deze factoren niet belemmerend zijn, maar stimulerend. In de komende paragrafen wordt daarom niet gesproken over onzekerheden en belemmeringen, maar over zekerheden en kansen.

In de hoofdstukken gaat de meeste aandacht uit naar de cure. De reden hiervoor is dat dit deel van de zorg meer in beweging is dan de care. Daardoor zijn er aansprekende voorbeelden te vinden. In de care is minder sprake van een innovatiecultuur. Net als in de cure staat vormt het domeindenken een hinderpaal. De opvatting met betrekking tot taakherschikking is dan: ‘Wat er blijft er dan nog over van ons beroep?’.

Daarnaast is er sprake van een lager opleidingsniveau met weinig personeel van opleidingsniveau 4, 5 of hoger. Dit bevordert innovatief denken en handelen niet. Tenslotte is de care financieel onderbelicht. Er gaat (relatief) weinig geld en aandacht naar innovatie. Dit is overigens positief aan het veranderen.

Elke sector in de zorg heeft zo zijn eigenheden. De ggz loopt juist weer voorop met zorgredistributie. De argumenten die gegeven worden en conclusies die getrokken worden in dit rapport zijn geldig voor de meeste sectoren in de zorg, die immers óók veel overeenkomsten kennen. Ze moeten allen voldoen aan de eisen die het Nederlandse zorgstelsel aan hen stelt en alle sectoren hebben te maken met min of meer dezelfde financiële regels, mogelijkheden en beperkingen. Kortom, alle sectoren doorlopen de cyclus van zorgredistributie, al gaat dat in de ene sector sneller dan in de andere.

In de komende hoofdstukken gaan we er van uit dat regie op hoofdlijnen gewenst en noodzakelijk is om zorgredistributie te stimuleren en te faciliteren. Er is weinig transparantie in kwaliteit en kosten van de zorg en de zorg is (nog) grotendeels aanbodgestuurd. Dit maakt echte marktwerking onmogelijk hetgeen taakevolutie hindert. Om te zorgen dat deze evolutie toch plaatsvindt, is het van belang dat de gewenste veranderingen met betrekking zorgredistributie sommige aspecten – in meer of mindere mate – gereguleerd worden. Op dit moment neemt niemand (overheid, verzekeraars, instellingen, opleidingen, beroepsverenigingen) deze regie in handen waardoor weinig nieuwe initiatieven tot stand komen. En als iemand een initiatief lanceert wordt dat vaak afgeremd vanwege tegengestelde belangen bij een andere partij. De regie kan, afhankelijk van het onderwerp, bij een of meerdere van deze partijen gelegd worden.

Leeswijzer

Elke factor wordt chronologisch besproken. Eerst wordt de taakherschikking tot 2008 samengevat. Vervolgens komen de ontwikkelingen tot en met 2010 aan bod. Daarna wordt de huidige situatie beschreven wat betreft taakherschikking en taakverzelfstandiging. *Taakevolutie* wordt hier niet expliciet benoemd, omdat dit een voortdurende ontwikkeling is die vooraf gaat aan de taakherschikking en taakverzelfstandiging, die centraal staan in dit rapport.

Aan de hand van de huidige situatie wordt geschetst welke ontwikkelingen worden verwacht en wordt ingegaan op de vraag hoe daar op te anticiperen.

3.1 Zekerheid over de effecten: kwaliteit en doelmatigheid

Conclusies Gezondheidsraad 2008

In 2008 werd geconstateerd dat de kwaliteit van zorg vrijwel nooit lijdt onder een andere toedeling van taken of de toetreding van een nieuw type professional. Er zijn aanwijzingen dat de kwaliteit van zorg zelfs verbetert, vooral doordat patiënten beter begeleid en gesteund worden. Andere kwaliteitsindicatoren, zoals effecten op de volksgezondheid, tonen geen verandering. De extra begeleiding en ondersteuning hebben wel tot gevolg dat taakherschikking vooral een *toevoeging* is aan het bestaande zorgproces in plaats van substitutie. Waar taakherschikking in theorie leidt tot doelmatiger werken, wordt op dit gebied nog geen winst behaald. Het is daarom belangrijk taakherschikking breder te bezien: er is bijvoorbeeld onvoldoende duidelijkheid over de vraag wat artsen met de vrijgekomen tijd doen.

Ontwikkelingen tot en met 2010

De conclusies uit 2008 lijken nog steeds te gelden. Taakherschikking heeft zich voortgezet op verschillende gebieden.

Kwaliteit

In 2007 werd in de Staat van de Gezondheidszorg²¹, net als door de Gezondheidsraad in 2008, geconstateerd dat er weinig onderzoek wordt gedaan naar de effecten van taakherschikking op kwaliteit. Inmiddels besteedt ZonMw²² in verschillende programma's aandacht aan de mogelijkheden en effecten van taakherschikking. In het Doelmatigheidsprogramma 2010-2012 heeft taakherschikking een plek gekregen, en er wordt onderzoek gedaan naar taakherschikking in de spoedzorg. Een zoektocht op internet laat zien dat ook andere instanties en organisaties het belang inzien van het kwantificeren van de behaalde kwaliteitswinst. Dit vertaalt zich echter nog nauwelijks in onderzoek, zowel op kleine als op grote schaal. Wel is duidelijk

dat toedeling van taken of toetreding van een nieuw type professional vanaf het begin een geregisseerd proces moet zijn om de taakherschikking structureel te laten zijn en kwaliteit te garanderen.²³ Hierbij zijn goed toezicht/supervisie, protocollering, een sterke organisatie, goede verdeling van taken en verantwoordelijkheden en gecertificeerde opleidingen en cursussen belangrijk.^{23,24} Indien dit herstructureringsproces niet goed gemonitord wordt, bestaat het risico dat het betreffende beroep zich in een ongewenste richting ontwikkelt (zie kader) of dat de behaalde ontwikkelingen achterblijven ten opzichte van hetgeen gewenst is.

Opleidingsniveau preventieassistenten onzeker

In de mondzorg zijn sinds de jaren '90 preventieassistenten werkzaam als nieuw beroep. De meeste preventieassistenten zijn opgeleid op basis van een NMT-cursus met vaste eindtermen. Het opleidingsprofiel is helder en wordt in NMT-geledingen erkend. Een probleem is echter dat het instroomniveau van de cursisten de afgelopen jaren is gedaald, waardoor men waarschijnlijk op een lager eindniveau uitkomt. Daarnaast zijn er veel cursusorganisaties op de markt gekomen die een afgeleide van de NMT-cursus in de markt hebben gezet. Daarbij staat echter de NMT niet in voor de kwaliteit.²³

Doelmatigheid

Hoewel het aannemelijk is dat taakherschikking doelmatigheidswinst oplevert, wordt kostenreductie niet zonder meer bereikt. Lagere productiviteit van nieuwe beroepsbeoefenaren en het genereren van nieuwe zorgvragen spelen daarbij een rol. Ook verdwijnt een deel van de tijdswinst doordat meer tijd gaat zitten in coördinatie. Er is meer onderzoek nodig om doelmatigheidswinst te kunnen vaststellen.^{3,21,25,26} ZonMw maakt hiermee een begin. Prismant heeft ondertussen de doelmatigheid (en kwaliteit) van nurse practitioners in verpleeghuizen vastgesteld.²⁷

Over het algemeen lijkt 'doelmatigheid' echter een stap achter te lopen op 'kwaliteit', in ieder geval op macroniveau. Beleidsmakers en zorgverleners willen eerst zekerheid over de invloed op de kwaliteit van de zorg, voor zij het verantwoord

vinden taakherschikking aan te wenden voor meer doelmatigheid. Op het niveau van zorginstellingen en hun afdelingen wordt wel op kostprijzen gestuurd. Hier bestaat een financiële prikkel om doelmatiger te werken. Dit kan onder meer door zorgredistributie. Het is echter niet in het belang van zorginstellingen om hier openheid over te geven om de geboekte winst niet te laten weglekken naar verzekeraars of overheid.

Stand van zaken

Doelmatigheid en kwaliteit zijn relatief nieuwe begrippen met betrekking tot zorgredistributie en er wordt nog weinig onderzoek naar gedaan. Het onderzoek dat wel uitgevoerd wordt kenmerkt zich door de volgende aspecten:

- Het onderzoek richt zich voornamelijk op de effecten van taakherschikking (herschikking van bestaande taken naar nieuwe beroepen). Taakverzelfstandiging en taak-evolutie worden nog niet als zodanig herkend, en onderzoek naar de effecten van deze ontwikkelingen blijft achter;
- De focus van het onderzoek ligt op kwaliteit van zorg. Hoewel doelmatigheid vaak een doorslaggevende factor is voor zorgredistributie, wordt de kwaliteit van de beoogde transitie het meest bediscussieerd;
- Neveneffecten worden vaak niet meegenomen in het onderzoek. Wat betekent een gerealiseerde tijdswinst of een uitgebreid takenpakket praktisch gezien voor patiënten of een beroepsgroep? Houden de geconstateerde effecten stand?;
- Het onderzoek is met name retrospectief. Er wordt onderzoek gedaan naar zorgredistributie die al geïmplementeerd is in de praktijk. Onderzoek naar kwaliteit en doelmatigheid, als rechtvaardiging voor het implementeren van de zorgredistributie gebeurt minder.

Een voorbeeld waarbij al deze aspecten wel in kaart zijn gebracht is het internet-based self-management bij astma.

Evidence based practice: Internet-based self-management bij astma²⁸

Ruim 3 % van de Nederlanders heeft astma. Deze 500.000 Nederlanders betekenen veel werk voor de huisartsen. Internet-based self-management in astma is gebaseerd op alle drie de vormen van zorgredistributie. Voorheen deed de huisarts alle controles bij astmapatiënten. Nu doet de patiënt dat zelf met nieuw ontwikkelde meetinstrumenten die de patiënt zelf kan hanteren. De patiënt plaatst de uitslagen van de metingen op internet waarna een nurse practitioner de waarden beoordeelt. Daardoor kan de huisarts meer tijd besteden aan de consulten zelf of aan andere patiënten.

De effecten van deze zorgredistributie zijn onderzocht in een promotietraject. Deze werkwijze heeft grote gezondheidsvoordelen heeft voor de 60 % van de astmapatiënten met matig of slecht gecontroleerde astma. Het aantal doktersbezoeken vermindert met 50 % en het aantal aanpassingen in medicatie stijgt. Het verbetert de astma gerelateerde kwaliteit van leven, de astmacontrole, het aantal klachtenvrije dagen en de longfunctie. De kennis over astma, inhalatietechniek, therapietrouw (bij de patiënt) en de tijd tot eerste exacerbatie veranderen niet. Ook blijkt internet-based self-management bij astma kosteneffectief, zowel vanuit maatschappelijk als gezondheidszorgperspectief.

Het onderzoek naar internet-based self-management bij astma richt zich niet alleen op taakherschikking, maar op een combinatie van taakevolutie, taakverzelfstandiging en taakherschikking. Het werd uitgevoerd voordat er sprake was van brede implementatie van deze zorgredistributie. Omdat nu zowel de gunstige effecten op de kwaliteit van de zorg als de maatschappelijke relevantie (doelmatigheid) zijn bewezen, is brede invoering gerechtvaardigd en gewenst.

Het is aan te bevelen zorgredistributie op deze manier te benaderen: vooraf, integraal en met een wetenschappelijke insteek op macroniveau.

Ontwikkelingen vanaf 2010

Zoals in hoofdstuk 2 is beschreven, komt zorgredistributie in een versnelling omdat doelmatigheid steeds belangrijker wordt. Kwaliteit is hierbij een voorwaarde. Er zijn verschillende toekomstvisies verschenen waarbij deze twee aspecten een grote rol spelen. Bijvoorbeeld ‘Perspectief op gezondheid 20/20’ van de RVZ²⁹ en ‘Van instituten naar netwerken’ van Boer&Croon³⁰. Hier wordt geen toekomstscenario van de zorg geschetst, maar wordt beschreven hoe kwaliteit en doelmatigheid centraal staan de komende jaren.

Kwaliteit

Er zal steeds meer gestuurd worden op kwaliteit. Hoewel de zorgsector tot nu toe niet in staat is gebleken de kwaliteit van zorg te bewaken³¹, zullen vooral zorgconsumenten een grote impuls geven aan (het meten van) kwaliteit van zorg. Aan kwaliteit in het algemeen, en aan kwaliteit van zorgredistributies in het bijzonder. Zorgconsumenten vragen om meer transparantie: ze willen meer kwaliteitsinformatie over de zorg die zij ontvangen. Ook willen ze deze informatie gebruiken bij het kiezen van een zorgverlener.

Zorgverzekeraars zullen zich aansluiten bij deze ontwikkeling. De marktwerking zoals deze bedoeld is zal doorgang vinden: zorgverzekeraars sluiten alleen contracten af met kwalitatief goede zorgverleners en maken dit inzichtelijk voor de zorgconsument. Deze ontwikkeling wordt geïllustreerd in het kader. Hoewel transparantie van kwaliteit belangrijker wordt, zijn veel ziekenhuizen en zorgverleners bevreesd hier op afgerekend te worden. Indien terecht zou dit juist een stimulans moeten zijn voor goede zorg.

CZ publiceert 'zwarte lijst'^{32,33}

Eind 2010 heeft CZ een lijst gepubliceerd waarin ziekenhuizen gerangschikt worden naar de kwaliteit van hun borstkankerzorg. Enkele ziekenhuizen zal CZ volgend jaar niet meer contracteren voor borstkankerzorg vanwege onvoldoende prestaties. De prestaties van de ziekenhuizen zijn door onafhankelijke instanties beoordeeld op criteria die te maken hebben met medische kwaliteit en patiëntervaringen. De publicatie stuitte op veel weerstand. De Vereniging van Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen spande een kort geding aan om publicatie tegen te gaan maar verloor. Verschillende ziekenhuizen hebben aangekondigd CZ aansprakelijk te stellen voor de opgelopen schade of helemaal geen zaken met CZ meer te willen doen.

Doelmatigheid

Ook uit toekomstvisies en meerjarenplannen die verschillende organisaties en instanties publiceren met betrekking tot de zorg blijkt dat doelmatigheid een belangrijk onderwerp is. Deze visies en plannen verschillen op veel punten van elkaar: het soort zorg (cure, care), de doelgroep (ggz, ouderen, jeugdzorg), het niveau (instellingniveau, rijksniveau), termijn (korte en lange termijn) en de organisatie (zorginstelling, beleidsinstelling of adviesbureau). De toekomstvisies hebben echter één ding gemeen. Doelmatigheid, met het accent op kostenbesparing, arbeidsmarktkrapte of beide, is een belangrijk onderwerp. En, zonder doel geen doelmatigheid.²⁹

Doelmatigheid op micro- en mesoniveau

Zorginstellingen en organisaties zullen doorgaan kostenbesparingen te realiseren, mede door zorgredistributie. De winst blijft behouden voor de instellingen zelf en draagt daardoor in beperkte mate bij aan een oplossing voor de problemen op macroniveau. Op den duur zal de NZa de tarieven van de dbc's aanpassen (a-segment; vast) en zullen zorgverzekeraars hun tarieven (b-segment, onderhandelbaar) aanpassen aan de doelmatiger uitvoering. Hierdoor zullen de zorgkosten minder snel stijgen (zie hoofdstuk 3.5 Financiële impulsen).

Doelmatigheid op macroniveau

Om financiële en arbeidsmarkttekorten op te lossen is het belangrijk op macroniveau in te zetten op doelmatig werken. Er zijn echter weinig prikkels die de prijsconcurrentie bevorderen. Onderzoek naar doelmatige zorgredistributie vindt vooral plaats via ZonMw. Daarnaast nemen zorgverzekeraars een steeds grotere verantwoordelijkheid. Naast het stimuleren van kwalitatief goede zorg zullen zij meer kijken naar de doelmatigheid van werken. Op den duur zullen zij organisaties niet meer contracteren indien zij niet meegaan in de nieuwe, bewezen doelmatige werkvormen. Daarmee kunnen zij concurreren op de premies.

Waar doelmatigheid een aanleiding tot zorgredistributie vormt, is kwaliteit een voorwaarde. Zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars willen verzekerd zijn van goede zorg. Als gevolg hiervan zullen vormen van redistributie waarvan de kwaliteit niet bewezen is onder druk komen te staan: patiënten (2.0) en zorgverzekeraars, zullen hier op gaan selecteren.

Anticiperen op de ontwikkelingen

Behoud of verbetering van de kwaliteit van zorg zijn voorwaarden voor zorgredistributie. Patiënten spelen hierin een grote rol. Om kwaliteitsbewaking bij zorgredistributie een impuls te geven is het belangrijk patiënten in deze hoedanigheid te faciliteren. Dat kan op twee manieren: door het delen van subjectieve kwaliteitsinformatie en het toegankelijk maken van objectieve kwaliteitsinformatie. In beide valt nog een grote slag te maken.^{6,34} Subjectieve kwaliteitsinformatie betreft bijvoorbeeld ratingsites waar zorgconsumenten ervaringen kunnen delen. Zorgverzekeraars kunnen inspelen op de objectieve kwaliteitsbehoefte van consumenten en daaraan gekoppeld het kwaliteitsniveau van de zorg verhogen door selectief te contracteren.

Het stimuleren van doelmatigheid op micro- en mesoniveau is een continu proces wat vooral getriggerd wordt door financiële prikkels in de vorm van dbc's, zzp's, etc. Hier wordt in hoofdstuk 3.5 verder op ingegaan. Op macroniveau zal meer onderzoek moeten worden verricht naar de doelmatigheid van

zorgredistributie. Dit moet zich richten op kosteneffectiviteit en arbeidspotentieel, met extra aandacht voor substitutie versus toevoeging en neveneffecten. Dergelijke onderzoeken kunnen uitgevoerd worden door onafhankelijke instanties via ZonMw of door onderzoeksbureaus. Door de resultaten te delen met zorgverzekeraars zal deze investering uiteindelijk een kostenbesparing opleveren.

3.2 Zekerheid over acceptatie bij patiënten

Conclusies Gezondheidsraad 2008

In 2008 werd geconstateerd dat patiënten positief oordelen over ‘niet-artsen’ die duidelijk omschreven medische taken uitvoeren. Initieel zijn zij echter geneigd zich te wenden tot de arts. Acceptatie van andere vormen van taakherschikking kwam in dit rapport niet aan de orde.

Ontwikkelingen tot en met 2010

Taakherschikking wordt goed geaccepteerd in Nederland. De situatie is sinds 2008 niet veranderd. Op basis van het *ontbreken* van nieuwe publicaties en persberichten over acceptatie van taakherschikking bij patiënten, kan worden verondersteld dat de acceptatie blijvend is. Het wordt frequent als aandachtspunt genoemd binnen beroepsgroepen en organisaties (o.a. diëtiëk, ziekenhuizen, mondzorg) wanneer er sprake is van een naderende herschikking van taken. Er wordt met name gewezen op het belang van duidelijkheid naar de patiënt en de aanwezigheid van goed omschreven medische taken.^{6,24} Daarnaast wordt met de voortschrijdende taakherschikking, en dus ook het steeds grotere team dat zich bezig houdt met de zorg rondom een patiënt, duidelijkheid over de verantwoordelijkheidsverdeling steeds belangrijker, zowel voor professionals als de patiënt. Transparantie is essentieel.³⁴

Stand van zaken

Naast acceptatie van taakherschikking speelt acceptatie van taakverzelfstandiging de afgelopen jaren een steeds grotere rol. Als gevolg van taakevolutie kunnen patiënten steeds meer zorgtaken zelf uitvoeren. Dit geldt in de eerste plaats voor chronische ziekten. Patiënten krijgen een grotere verantwoor-

delijkheid voor hun eigen gezondheid. Bij acceptatie van taakverzelfstandiging gaat het om de vraag of patiënten (en mantelzorgers) in staat zijn om die taken zelf uit te voeren. In de praktijk blijkt dit steeds vaker het geval. De laatste jaren zijn er steeds meer succesvolle initiatieven gerealiseerd. Niertransplantatiepatiënten die zelf thuis bloed prikken en diabeten die in meetstations alle belangrijke metingen verrichten zijn goede voorbeelden.

DiabetesStation³⁵

Het aantal patiënten met diabetes mellitus (DM) neemt snel toe, volgens voorzichtige schattingen zelfs tot 1,5 miljoen in 2025. Daardoor komt kwalitatief goede diabeteszorg voor iedereen in de knel. Als alternatief is een meetstation ontwikkeld waarmee DM-patiënten zelf metingen kunnen verrichten zoals bloeddruk en suikergehalte in het bloed. Ook kunnen de patiënten zelf foto's maken van ogen en voeten. Alle gegevens worden getoetst aan, vooraf ingevoerde, grenswaarden voor deze patiënt. Bij overschrijding geeft het systeem informatie over de risico's en geeft adviezen over voeding en beweging. Eventueel wordt verwezen voor een vervroegd consult. De arts wordt per mail op de hoogte gebracht. De meetstations worden geplaatst op toegankelijke locaties. Er zijn geen artsen of verpleegkundigen bij nodig. Deze tijdsbesparing zorgt ervoor dat de behandelend arts meer tijd heeft voor het consult en voor het bespreken van een persoonlijk behandelplan. Een wellicht het belangrijkste: de patiënt krijgt een actievere rol en daardoor meer grip op zijn ziekte.

Ontwikkelingen vanaf 2010

Taakherschikking

Acceptatie van taakherschikking onder patiënten zal toenemen, mits geborgd door duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling tussen professionals, goed omschreven medische taken en helderheid richting de patiënt. Mogelijk gaan de zorgverzekeraars een stimulerende rol spelen.

Taakverzelfstanding

Hoewel diverse vormen van taakverzelfstanding al effect sorteren in de samenleving, betreft het veelal lokale of regionale initiatieven. De echte ontwikkeling moet nog op gang komen. De snelheid waarmee dit zal gebeuren is afhankelijk van meerdere factoren.

- Taakevolutie. Het tempo waarin technologie zich ontwikkelt en vertaalt naar praktische oplossingen voor de samenleving.
- Gezondheid 2.0.⁶ Het gaat hierbij vooral om de positie van de volgende partijen:
 - De zorgconsument;
 - De zorgaanbieders;
 - De zorgverzekeraars.

Anno 2010 heeft taakevolutie een vlucht genomen. Technologie ontwikkelt zich snel en neemt voor patiënten gebruiksvriendelijke vormen aan. Consumenten zijn, zoals blijkt uit verschillende onderzoeken en voorbeelden, in toenemende mate bereid de mogelijkheden van zelfmanagement te benutten. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars gaan mee in deze ontwikkeling, hoewel hier ook enkele knelpunten zitten. Dit komt aan de orde in hoofdstuk 3.3 en 3.5.

Aan de andere kant hoeft taakverzelfstanding niet altijd 'high tech' te zijn. Ook eenvoudige veranderingen kunnen succesvol tot taakverzelfstanding en een toename van kwaliteit en doelmatigheid leiden. Zie voorbeeld in kader.

Zelf koken
Demente ouderen in verpleeghuizen leiden een afhankelijk bestaan. Terwijl zij, onder begeleiding, nog een heleboel zelf kunnen zoals koken. Bijgestaan door een enthousiaste kok bereiden zij gezamenlijk hun eigen maaltijd, dekken de tafel, dekken en ruimen op. Hun gevoel van eigenwaarde stijgt en de werklast van het (verzorgende) personeel daalt.

Anticiperen op de ontwikkelingen

Taakberschikking

Om acceptatie onder zorgconsumenten te stimuleren moet de zorg voor de consument transparanter worden, bijvoorbeeld door het implementeren van richtlijnen. Er bestaat inmiddels een richtlijn (handreiking) “verantwoordelijkheidsverdeling” die is ondertekend door diverse brancheorganisaties.²⁴ Door meer organisaties te committeren en de werkzaamheid te evalueren wordt transparantie bevorderd en wordt acceptatie van taakberschikking groter. Een vergelijkbare richtlijn of handreiking kan worden opgesteld voor medische taken die worden uitgevoerd door een professional die dit voorheen niet deed. Bij medisch handelen bestaat een grotere risicoperceptie bij patiënten. Door deze handelingen helder te omschrijven en de patiënt duidelijkheid te geven over de competenties van de uitvoerende professionals wordt de acceptatie vergroot.

Taakverzelfstandiging

Er wordt veel onderzoek gedaan naar nieuwe technologieën en hun toepassingen in de zorg. Dit is een constante ontwikkeling en behoeft geen verdere aandacht: het is een concurrerende markt. Daarentegen duurt het vaak lang voor technologische innovaties daadwerkelijk gebruikt worden.

Het is belangrijk dat burgers gestimuleerd worden taakverzelfstandigingen te gebruiken. Professionals in organisaties spelen hier een rol in, net als verzekeraars. Maar acceptatie door consumenten is het allerbelangrijkst. Zij moeten taakverzelfstandiging niet alleen accepteren, maar een actieve rol vervullen in het zorgproces. Om deze actieve rol te bevorderen kan met verschillende aspecten rekening worden gehouden.

- *Informereren.* Acceptatie van taakverzelfstandiging kan alleen plaatsvinden wanneer de zorgconsument op de hoogte is van de mogelijkheden. Wanneer bijvoorbeeld in Alkmaar alleen de conventionele diabetesbehandeling aangeboden wordt, zal de patiënt zich hier naar schikken. Maar wanneer hij op de hoogte is van een zelfmanagementbehandeling in Amsterdam, dan heeft hij op eens een keuze. Bij het maken van een afspraak bij de

tandarts geldt hetzelfde. Patiënten zullen blijven bellen voor een afspraak, totdat ze erachter komen dat er ook een online afsprakensysteem bestaat. Nu kunnen zij ervoor kiezen hun controle zelf in te plannen. Het informeren en creëren van een keuze is de eerste stap naar acceptatie van taakverzelfstandiging door zorgconsumenten.

- *Stimuleren.* Wanneer zorgconsumenten zich bewust zijn van de keuze die zij hebben, is het belangrijk de keuze voor taakverzelfstandiging te stimuleren en de acceptatie te vergroten. Dit kan onder meer door de keuze financieel aantrekkelijker te maken, de patiënt te wijzen op de tijdsbesparing die hem dit oplevert en de gezondheidswinst te benadrukken.
- *Waarborgen.* Niet alle patiënten kunnen de extra verantwoordelijkheid aan die met taakverzelfstandiging gepaard gaat. Voor patiënten die slecht ter been zijn, niet goed kunnen lezen of geen toegang hebben tot internet kan taakverzelfstandiging juist nadelig zijn. Het is daarom belangrijk een goede controle te houden op de toegankelijkheid van zorg voor alle doelgroepen.

3.3 Zekerheid over acceptatie bij beroepsgroepen

Conclusies Gezondheidsraad 2008

In 2008 concludeerde de Gezondheidsraad dat artsen behoudend zijn in hun gedrag, terwijl de mogelijkheden om taken verantwoord over te hevelen er wel zijn. Protocollering en een andere inrichting van het zorgproces kan taakoverheveling bevorderen. Protocollering geeft artsen meer vertrouwen dat anderen de taken uit kunnen voeren en schept duidelijkheid over verantwoordelijkheden. Artsen voelen zich vaak eindverantwoordelijk, terwijl zij geen controle hebben over de uitvoering. Dat staat taakherschikking in de weg.

Andere vormen van taakherschikking, zoals horizontale taakherschikking of taakherschikking van hbo- naar mbo-opgeleiden, zijn in dit rapport niet onderzocht.

Ontwikkelingen tot en met 2010

Het rapport 'Taakherschikking in de mondzorg' uit 2009, bevestigt deze bevindingen. Tandartsen en tandheelkundig specialisten zijn terughoudend wanneer het gaat om het overdragen van taken naar elkaar of richting assistenten. Domeindenken vormt een belemmering bij samenwerken en taakherschikking. Het duurt soms tien jaar of langer om tot vruchtbare samenwerking te komen (zie kader).³⁶

Samenwerking in de publieke dienstverlening

'Mensen zijn vergroeid zijn met het specialisme dat ze uitoefenen en willen dat handhaven. Hun beroep is hun belang geworden. Uit mijn onderzoek komt naar voren dat professionele durf en pioniersgeest een van de belangrijkste voorwaarden zijn voor effectieve samenwerking - maar ook dat het daar nogal eens aan ontbreekt.'³⁶

De focus ligt de laatste jaren op de kwaliteit van de samenwerking.^{37,36}

Stand van zaken

Taakherschikking

Uit onderzoek blijkt dat het gemiddeld zeventien jaar duurt voordat een verbetering daadwerkelijk breed wordt toegepast.^{38,39} De ontwikkelingen bij taakherschikking verlopen vaak langzaam: ten eerste betreft het (bij de start) niet altijd een *bewezen* verbetering. Ten tweede is snelle verspreiding afhankelijk van een groot aantal factoren. Deze factoren zijn ‘kenmerken van de innovatie’, ‘kenmerken van het zorgsysteem’ en ‘kenmerken van de toepasser en zijn omgeving’. ‘Cultuur’ is een van deze factoren en speelt een belangrijke rol. Taakherschikking is onderhevig aan regels, formele hiërarchieën en informele communicatiesystemen.³⁹ Elke nieuwe vorm van taakherschikking moet deze cultuurbarrière doorbreken. Kortom, taakherschikking wordt slechts geleidelijk geaccepteerd door beroepsgroepen. Het ontbreken van transparantie in competenties en verantwoordelijkheden, evenals cultuur zijn belangrijke vertragende factoren. Een voorbeeld van geslaagde taakherschikking wordt weergegeven in het kader.

Maaltijdverzorging

In de care bestaat een groot tekort aan verzorgenden. Door taken uit hun takenpakket over te dragen naar een andere beroepsgroep, kan dit tekort worden verminderd. Het verzorgen van de maaltijd (onder meer het voorbereiden, het uitdelen, het ophalen) is een van de taken. Deze kan prima overgenomen worden door personeel en leerlingen van de koksschool. Zo krijgen verzorgenden meer tijd voor hun kerntaken.

Taakverzelfstandiging

Taakverzelfstandiging vraagt net als taakherschikking aanpassing van beroepsgroepen. Taken die professionals voorheen uitvoerden worden (gedeeltelijk) uit handen genomen door de patiënten. Gezondheid 2.0 en nieuwe technologieën spelen hierbij een grote rol. Acceptatie van taakverzelfstandiging kent overeenkomsten maar ook verschillen vergeleken met acceptatie van taakherschikking:

- Er bestaat meer duidelijkheid over competenties en verantwoordelijkheden. De patiënt is niet medisch opgeleid en kan dus alleen bestaande taken overnemen indien de hij duidelijk geïnstrueerd en begeleid wordt. Er is geen – of in veel mindere mate – sprake van een domeinstrijd. De positie van de expert wordt niet aangetast.
- Acceptatie van taakverzelfstandiging van bestaande taken, is lastiger dan acceptatie van taakverzelfstandiging van nieuwe taken. Bestaande taken zijn geïntegreerd in de zorg en de verantwoordelijkheid ligt vaak al lang bij dezelfde beroepsgroep. Nieuwe taken kennen nog geen ‘probleemeigenaren’.
Het initiatief voor taakverzelfstandiging van nieuwe taken ligt regelmatig bij de professional. Een voorbeeld is het FysioSpreekuur (zie kader)

FysioSpreekuur

Een groot deel van de patiënten van de fysiotherapeut zoekt vooraf online actief naar informatie en adviezen. Sommige patiënten vragen zich af of hun klacht kan worden behandeld door een fysiotherapeut, anderen zijn al onder behandeling en willen meer informatie over hun kwaal of behandeling. Het FysioSpreekuur sluit daarbij aan door gebruik te maken van de interactieve mogelijkheden die het internet (sociale media) biedt. Cliënten kunnen via Twitter vragen stellen aan de fysiotherapeuten en krijgen nog dezelfde dag antwoord.⁴⁰

Taakverzelfstandiging wordt dus over het algemeen beter geaccepteerd door beroepsgroepen dan taakherschikking.

Ontwikkelingen vanaf 2010

Taakherschikking

Acceptatie van taakherschikking door beroepsgroepen is een continu proces en zal de komende jaren voortgang vinden. Het accent van taakherschikking verschuift naar kwaliteit en doelmatigheid. De druk op beroepsgroepen om bewust te kiezen voor taakherschikking en deze te bevorderen wordt steeds groter. Ook de gewenste snelheid waarmee deze herschikkingen worden doorgevoerd, ligt veel hoger dan de tot nu toe gebruikelijke tien tot zeventien jaar.

Taakverzelfstandiging

Taakverzelfstandiging zal zich sneller ontwikkelen dan taakherschikking. Aangedreven door nieuwe technologieën, internet, de mondige 2.0 patiënt en de trend naar gezondheid en gedrag zullen verzelfstandigde toepassingen sneller geaccepteerd worden door de zorgconsument. Sommige vormen van taakverzelfstandiging vragen (bijna) geen medewerking van professionals en zullen snel hun weg vinden. Andere vormen vragen meer medewerking van professionals, en zullen iets langzamer tot stand komen. Vanuit doelmatigheidsoogpunt gaat de acceptatie misschien niet zo snel als men zou willen; of het duurt langer voordat de gewenste schaalgrootte (lokaal, regionaal of nationaal) bereikt is.

Aan de andere kant bestaat het risico van het *te snel* accepteren van nieuwe vormen van taakverzelfstandiging. In het enthousiasme gebruik te maken van 2.0 mogelijkheden kan de succesfactor overschat worden of kan een structurele financieringsvorm ontbreken.

Anticiperen op ontwikkelingen

Taakherschikking

Er ontstaat druk op beroepsgroepen om bewust te kiezen voor taakherschikking en deze snel door te voeren. Maar zoals blijkt uit onderzoek³⁶: ‘professionele durf en pioniersgeest ont-

breekt'. Het is daarom belangrijk dit proces vanuit verschillende invalshoeken te ondersteunen.

- Duidelijkheid scheppen over verantwoordelijkheden. Indien niet duidelijk is wie (eind)verantwoordelijkheid draagt voor de zorg en het welzijn van een patiënt, bestaat een (terechte) angst om taken over te hevelen. De Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg vormt een mooi startpunt om hier verbetering in te brengen.
- Inzicht geven in competenties van beroepsgroepen. Behalve de vraag wie verantwoordelijkheid draagt voor een patiënt is de vraag of deze persoon of beroepsgroep de verantwoordelijkheid aan kan evident (denk aan verpleegkundigen die vanwege personeelstekort veel taken overdragen aan verzorgenden, terwijl hier geen inbedding voor is in de opleiding). Omdat competenties vaak niet transparant zijn, zijn beroepsgroepen terughoudend met het overdragen van verantwoordelijkheden. Met helderheid kan de bereidheid worden vergroot bijvoorbeeld door geaccrediteerde competentieprofielen te ontwikkelen voor opleidingen en cursussen, door te werken met EVC's (Eerder Verworven Competenties) en door opleidingen op elkaar af te stemmen. Met dit laatste wordt bedoeld op de gemeenschappelijke basis die veel opleidingen hebben, maar nog niet wordt herkend op de opleidings- en arbeidsmarkt.
- Overbruggen van cultuurproblemen. Een betere samenwerking tussen beroepsgroepen kan op twee niveaus bevorderd worden: in de zorgpraktijk en in opleidingen. De zorgpraktijk is het meest weerbarstig. Er kan een start gemaakt worden door meer te gaan samenwerken bij het opleiden van nieuwe professionals.⁴⁴ Kennis van competenties van andere professionals (op alle niveaus: van artsen en specialisten tot helpenden en verzorgenden) vormt hierbij een belangrijk onderdeel.

Taakverzelfstanding

Acceptatie van taakverzelfstanding verloopt soepeler dan acceptatie van taakherschikking. Het is daarom verstandig extra aandacht te besteden aan het proces. Voor professionals moet duidelijk zijn of en hoe de verzelfstanding bijdraagt aan kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Dit draagt bij aan acceptatie van nieuwe ontwikkelingen. Meer onderzoek naar deze ontwikkelingen is nodig.

Wanneer een verzelfstanding wordt opgenomen in het vergoedingenpakket van de zorgverzekeraars (bijvoorbeeld bekostiging van de meetinstrumenten van de individuele astmapatiënt in hoofdstuk 3.1) draagt dit bij aan acceptatie door professionals en stimuleert hen deze taakverzelfstanding te accepteren. Het ondersteunen en stimuleren van zorgverzekeraars om bewezen zorgredistributies te vergoeden is daarom van groot belang.

3.4 Juridische toegankelijkheid

Conclusies Gezondheidsraad 2008

In 2002 werd geconstateerd dat er juridische obstakels waren. In 2008 waren deze deels weggenomen door de voorgenomen aanpassing van de wet BIG. Maar nog steeds niet alle zorgverleners die medische taken beoefenden – zoals de physician assistants - hadden een bevoegdheid. Het ontbreken van een bevoegdheid kan aanleiding zijn tot strenger toezicht, bijvoorbeeld door meer regelgeving. Het is belangrijk dat daarbij een balans wordt gevonden tussen regelen en ruimte laten. Regels zijn er om kwaliteit en veiligheid te garanderen, ruimte is nodig om aanpassingen te kunnen doen in het zorgproces.

Ontwikkelingen tot en met 2010

Wet BIG

In 2009 is het rapport ‘Voorbehouden handelingen tegen het licht’²⁴¹ verschenen. Op verzoek van het ministerie van VWS zijn verschillende regelingen van de Wet BIG heroverwogen. Er werd geconcludeerd dat de lijst met voorbehouden handelingen op enkele wijzigingen na nog up-to-date is. Ook waren er relatief veel suggesties ten aanzien van de toekenning van een zelfstandige bevoegdheid voor voorbehouden handelingen. Dit aspect vraagt nader onderzoek. Ook de opdrachtregeling werkt naar behoren, hoewel bekwaamheid meer aandacht verdient. Tenslotte werd aanbevolen een deskundige en onafhankelijke adviesinstantie in te stellen om te zorgen dat de regeling voorbehouden handelingen actueel en adequaat blijft. Ook is aanbevolen spoedig het experimenteerartikel in de wet op te nemen.

De opname van een experimenteerartikel maakt het mogelijk om voor een periode van vijf jaar een beroepsgroep voorbehouden handelingen toe te kennen voordat er sprake is van een definitieve toekenning. Op dit moment is deze aanpassing vooral bedoeld voor nurse practitioners en physician assistants.^{44,52} Het gaat om zes of zeven voorbehouden handelingen die ze zelfstandig mogen indiceren en uitvoeren.

Op aanvraag van het College Specialismen Verpleegkunde op grond van artikel 14 van de Wet BIG, heeft minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport begin 2009 vijf specialistentitels erkend als eerste stap in het toekennen van bevoegdheden. De wetsaanpassing zelf laat op zich wachten.⁴⁵ Ondanks aandringen van onder meer het KNMG en het V&VN ligt het voorstel nog bij het parlement. Voor verschillende beroepsgroepen begint het ontbreken van een wettelijke bevoegdheid tot indiceren problemen op te leveren. Het aantal nurse practitioners en physician assistants groeit elk jaar: de toekenning van het aantal opleidingsplaatsen is wél verhoogd. Het aantal werkzame beroepsbeoefenaars (zonder bevoegdheid tot voorbehouden handelingen!) neemt dus ook toe. Omdat ze deze wel uitvoeren klonken in juni 2010 kritische geluiden. Als gevolg hiervan zijn enkele ziekenhuizen zelfs voorlopig gestopt met het inzetten van deze beroepsgroepen (zie kader).

Stop inzet verpleegkundig specialisten in ziekenhuizen^{42,43}

Ongeveer één op de tien ziekenhuizen stopt voorlopig met het inzetten van verpleegkundig specialisten. Dat constateert beroepsvereniging Verzorgenden en Verpleegkundigen Nederland (V&VN). De noodmaatregel is een reactie op berichten dat ziekenhuizen nurse practitioners en verpleegkundig specialisten onbevoegd medische handelingen laten verrichten en daarvoor ten onrechte dure specialistentarieven hanteren.

Wet cliëntenrechten zorg

Op 23 april 2010 heeft de ministerraad besloten het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg in te dienen bij de Tweede Kamer teneinde de rechtspositie van de cliënt te versterken. Regels uit bestaande wetten, waaronder de WGBO, Wet klachtrecht en de Kwaliteits-

wet zorginstellingen, worden samengevoegd in de WCV. Het regelt de rechten en plichten van de cliënt, maar ook de verantwoordelijkheden van zorgaanbieders voor de kwaliteit van zorg. Het wetsvoorstel staat ook symbool voor de omslag in het denken over de regie en de sturing van de zorg.⁴⁶ Met betrekking tot zorgredistributie zal deze wet op twee punten een bijdrage leveren.

- Het bevordert de transparantie van de zorg (m.b.t. samenwerking, verantwoordelijkheidsverdeling) voor alle betrokkenen. Dit is een belangrijk middel om de kwaliteit van zorg en de invloed van de cliënt te vergroten. Het zal acceptatie van zorgredistributie door professionals bevorderen.
- Het geeft cliënten recht op keuze-informatie. Goede informatie over de inhoud, kwaliteit en prijs van zorg kunnen cliënten gebruiken om te kiezen uit de beschikbare zorgaanbieders. Kwalitatieve en doelmatige (voor de cliënt) vormen van zorgredistributie krijgen zo een eerlijke kans en zullen sneller een plaats in het zorglandschap veroveren.

Stand van zaken

Wet BIG - experimenteerartikel

Wanneer de voorgenomen wetwijziging, het experimenteerartikel, van kracht wordt, zullen via een algemene maatregel van bestuur (AMVB) de wettelijk erkende specialismen verpleegkunde (nurse practitioners en physician assistants) als beroepsbeoefenaren worden aangewezen die bepaalde voorbehouden handelingen zelfstandig mogen indiceren en uitvoeren. De verwachting van de V&VN is dat de wetwijziging wet BIG en de AMVB pas eind 2010 geëffectueerd zullen zijn.⁴⁷ Dit zou ook 2011 kunnen worden.

De aanpassing in de Wet BIG betreft dus relatief nieuwe beroepsgroepen. Er zijn echter ook beroepsgroepen waar taakherstelling al lang 'gewoon' is en die bij afwezigheid van een wettelijk kader hun eigen, goed werkende, richtlijnen en standpunten

hebben geformuleerd en toezicht hebben geregeld (zie voorbeeld in kader).

Anesthesiologie^{48,49}

Nederland kent al geruime tijd een uniek systeem waarbij het door de inzet van gekwalificeerde anesthesiemedewerkers (inservice opleidingen) mogelijk is om afhankelijk van de zorgzwaarte van de patiënt één anesthesioloog de zorg voor twee operatiekamers te laten uitvoeren. Hiermee introduceerde de Nederlandse anesthesiologie lang geleden al een systeem van taakherschikking, ruim voordat deze term modern werd. De grenzen van die taakherschikking worden nu bepaald door wat de anesthesiologen in Nederland ‘verstandig en veilig’ vinden. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie heeft die grenzen in de vorm van richtlijnen en standpunten vastgelegd. Het CKAP en MSRC toetsen deze werkwijze periodiek. Bij incidenten is er toetsing door de Inspectie en de Tuchtrecther.

Wet BIG - tuchtrecht

De in 2008 geconstateerde lacune met betrekking tot de status van het beroep van physician assistant is kleiner geworden. Alle beroepsbeoefenaren die tijdelijk een zelfstandige bevoegdheid krijgen zullen ook onder het tuchtrecht gaan vallen. In artikel 36a, vijfde lid, is hiertoe artikel 47 van de wet van overeenkomstige toepassing verklaard op de aan te wijzen categorie van beroepsbeoefenaren. De tuchtnormen van de Wet BIG zijn zodanig algemeen geformuleerd dat zij toepasbaar zijn op alle beroepen die onder het wettelijk tuchtrecht vallen en ook op de aan te wijzen categorie van beroepsbeoefenaren. Het tijdelijke karakter van het experiment maakt het echter onmogelijk om tijdelijk te voorzien in een register, een bijbehorende beroepstitel en de daaraan verbonden toepasselijkheid van alle tuchtrechtelijke maatregelen. Het is dan ook niet mogelijk een beroepsbeoefenaar een tuchtmaatregel die samenhangt met de registratie op te leggen. Tuchtmaatregelen die wel opgelegd kunnen worden zijn een waarschuwing, een berisping en een boete.⁵²

WCZ

De ministerraad heeft op 23 april besloten het wetsvoorstel in te dienen bij de Tweede Kamer. Na de val van het kabinet is het wetsvoorstel controversieel verklaard; na de kabinetsformatie zal het wetsvoorstel behandeld worden. Ook het KNMG zal dan haar standpunt kenbaar maken aan de Tweede Kamer.⁵⁰ Het is de bedoeling dat de WCZ in 2011 in werking treedt.

Geneesmiddelenwet

In oktober 2010 is een wetsvoorstel ingediend tot wijziging van de Geneesmiddelenwet. Deze wijziging betreft onder meer de bevoegdheid van optometristen om oogdruppels rechtstreeks van de apotheker te betrekken en de mogelijkheid van de minister om specifieke groepen verpleegkundigen een voorschrijvingsbevoegdheid voor UR-geneesmiddelen te geven.⁵¹

Ontwikkelingen vanaf 2010

Wanneer het experimenteerartikel in de wet BIG van kracht wordt zal deze eerst worden toegepast voor nurse practitioners en physician assistants. Ziekenhuizen kunnen weer veilig gebruik maken van deze beroepsgroepen. Het is tevens een stimulans voor de beroepsgroepen. Opleidingen gaan mogelijk meer studenten trekken en het aantal beroepsbeoefenaren zal toenemen.

De opname van het experimenteerartikel in de wet BIG is niet alleen een stimulans voor bovengenoemde beroepsgroepen, maar ook voor andere nieuwe beroepsgroepen. Als gevolg van ontwikkelingen op macroniveau, personeelstekort en nieuwe technologieën, past de markt zich aan. De opleidingenmarkt is de eerste die inspringt op deze ontwikkelingen. Er ontstaan nieuwe beroepen als klinisch technoloog (wo) of medisch hulpverlener (hbo). Wanneer deze beroepen zich verder uitkristalliseren en blijkt dat de inhoud van deze beroepen zelfstandig indiceren van voorbehouden handelingen noodzakelijk maakt, worden deze mogelijk ook in de wet BIG opgenomen.⁵² Dit is bijvoorbeeld het geval voor de gz-psychologen. Er worden voorbereidingen getroffen om hen zelfstandig medicatie te

laten voorschrijven. Ook kan dit het geval zijn wanneer technisch geneeskundigen werken onder verantwoordelijkheid van artsen, terwijl deze onvoldoende zicht hebben op en begrip hebben van de inhoud van deze werkzaamheden.

Ook bestaande beroepen, zoals paramedische beroepen, zouden één of meer voorbehouden handelingen toegekend kunnen krijgen als hier noodzaak toe is.

De WCZ kan een impuls geven aan zorgredistributie door de acceptatie onder professionals en de keuze onder cliënten te vergroten. Deze ontwikkeling is echter niet zodanig groot dat hij interfereert met andere ontwikkelingen.

Indien de wijzigingen in de Geneesmiddelenwet doorgevoerd worden kan dit een grote stimulans geven aan taakherschikking. Bepaalde groepen verpleegkundigen kunnen hiermee een voorschrijfbevoegdheid krijgen. Denk hierbij als eerste aan de nurse practitioner en de physician assistant. Dit maakt het mogelijk voor artsen om de verantwoordelijk voor de patiënt in zijn geheel over te dragen aan een andere beroepsgroep.

Anticiperen op ontwikkelingen

Om zorgredistributie, en dus kwaliteit en doelmatigheid in de zorg, te bevorderen, is het belangrijk om grip te houden op de toepassingen van de Wet BIG. Welke beroepsgroepen mogen voorbehouden handelingen uitvoeren en welke niet? En hoe wordt dit bepaald? De volgende aspecten zijn hierbij van belang.

- Een overzichtelijk opleidingscontinuüm. Het is belangrijk goed in beeld te hebben welke opleidingen opleiden tot welke beroepen en functies. Bij aanvang van nieuwe opleidingen dient een helder beeld te bestaan welk beroep of welke functie afgestudeerden gaan uitoefenen, welke competenties zij hebben en welke bevoegdheden zij nodig hebben. 'Onbekwaam is onbevoegd' is daarbij een belangrijk principe. Het moet duidelijk zijn tot welke bekwaamheden wordt opgeleid.

- Afstemming en acceptatie bij beroepsgroepen. Op dit moment wordt vaak getracht afstemming tussen beroepsgroepen te bereiken voordat een herschikking wordt doorgevoerd. Dit vormt een belangrijke hindermacht: domeindenken staat invoering in de weg of leidt tot afstel. Afstemming is met name nodig wanneer dit noodzakelijk is voor een succesvolle invoering.
- Tempo. Indien duidelijk is dat beroepsgroepen een toekenning nodig hebben en zullen krijgen is het van belang hier niet te lang mee te wachten. Zo kunnen situaties als die met de nurse practitioners in ziekenhuizen, waarbij een succesvolle taakherschikking op sommige plekken weer teruggedraaid is, worden voorkomen. Ook het tijdig omzetten van tijdelijke bevoegdheid naar een vaste bevoegdheid kan belangrijk zijn voor de betreffende beroepsgroepen.

3.5 Financiële impulsen

Conclusies Gezondheidsraad 2008

In 2002 werden twee financiële barrières voor taakherschikking gesignaleerd. De eerste was dat artsen huiverig waren voor taakherschikking vanwege inkomenseffecten. Ten tweede werd genoemd dat ziekenhuizen een financieel risico liepen wanneer ze andere zorgverleners verrichtingen lieten doen die ze vervolgens niet konden declareren. Er waren dus (te) weinig financiële prikkels om taakherschikking te stimuleren. In 2008 werd geconcludeerd dat de invoering van dbc's geen extra problemen leek te scheppen, omdat vaak in het midden wordt gelaten welke zorgprofessional de behandeling uitvoert. Verder was er weinig nieuwe kennis voorhanden.

Ontwikkelingen tot en met 2010

De invoering van Diagnose Behandel Combinaties (dbc's) heeft er toe geleid dat de angst van artsen voor negatieve inkomenseffecten gerelateerd aan taakherschikking grotendeels is weggenomen. Dbc's mogen alleen geopend worden door artsen en zij zijn daarmee automatisch hoofdbehandelaar van de patiënt. Het risico dat ziekenhuizen liepen door niet-artsen handelingen uit te laten voeren die zij niet konden declareren is kleiner geworden. Indien deze niet-artsen BIG-geregistreerd zijn en handelen binnen geopende dbc's is er geen probleem. Het probleem bestaat nog voor handelingen waarbij geen arts te pas komt. Deze 'ultieme' vorm van taakherschikking, met verantwoordelijkheid en eindverantwoordelijk bij een andere beroepsgroep, is in veel situaties (zeer) gewenst, maar op dit moment niet mogelijk. Verpleegkundigen hebben bijvoorbeeld geen bevoegdheid voor het openen en afsluiten van dbc's binnen hun eigen specialisme.⁵³ Ook hebben zij geen eigen tarief.

Stand van zaken

Dbc's

De inflexibiliteit van dbc's vormt een belemmering voor taakherschikking. Veel beroepsgroepen die zelfstandig werken kunnen op dit moment niet zelfstandig dbc's openen. Het is wel mogelijk om wijzigings- of innovatieverzoeken in te dienen bij DBC Onderhoud⁵⁴ die bekijkt of implementatie haalbaar is. Verder heeft deze inflexibiliteit ook financiële gevolgen. Er wordt gewerkt met vaste tarieven, waardoor geen rekening wordt gehouden met het uitvoeren van taken door andere beroepsgroepen. Indien hier wel rekening mee wordt gehouden kan kostenbesparing worden bereikt. Zie voorbeeld in kader.

Tariefherziening orthodontie⁵⁵

De meeste orthodontisten hebben orthodontieassistenten en/of mondhygiënisten in dienst met een eigen behandelstoel en eigen patiënten. Onder toezicht van de orthodontist plaatsen zij brackets en draadjes. Volgens de VvO is hierdoor de productie in de afgelopen jaren behoorlijk toegenomen. Er bestaat dan ook een financiële prikkel voor deze taakherschikking. De assistenten handelen onder verantwoordelijkheid van de orthodontisten voor iedere verrichting van de assistenten wordt het hoge orthodontistentarief betaald. Vanaf 2011 worden deze tarieven aangepast, en de vraag is of deze trend zich voort zal zetten.

Vanaf 2010 gaat het nieuwe kabinet een gereguleerde winstuitkering in de zorg invoeren.⁴ Deze moet investeerders in de zorg interesseren zodat innovaties en kostenbesparingen sneller worden ingevoerd. In ruil voor succesvolle implementatie kunnen zorginstellingen aanspraak maken op een winstuitkering. Mogelijk zullen daardoor zorginstellingen meer openheid gaan geven over taakherschikking en doelmatigheidswinst.

Tenslotte wordt er op dit moment gewerkt aan de overgang van dbc's naar dot's (Dbc's Op weg naar Transparantie) die zijn gebaseerd op 'zorgproducten'. De structuur wordt trans-

paranter en specialismenoverstijgend. Het effect op taakher-schikking zal uit de praktijk moeten blijken. Per 1 juli 2010 is het mogelijk voor zorginstellingen dot te gebruiken als simula-tie, terwijl vanaf 2011 of 2012 dot de dbc-systematiek geheel vervangt.

Verzekeraars

Verzekeraars spelen een belangrijke rol bij de implementatie van zorgredistributies, zowel bij taakverzelfstandiging als taak-herschikking. Wanneer een taakverzelfstandiging opgenomen wordt in het vergoedingspakket zullen zorgconsumenten hier breed gebruik van gaan maken. Wanneer consumenten een taakverzelfstandiging zelf uitvoeren krijgen zij wellicht premie-korting. Wanneer zij dit niet doen kan juist een toeslag in re-kening worden gebracht. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer gesproken wordt over de 'vet-tax'.

Wanneer er sprake is van een combinatie van taakevolutie bij de zorgverlener en taakverzelfstandiging is opname in het verzekerde pakket een absolute voorwaarde. Zorgorganisaties zullen een verzelfstandigde zorgtaak niet aanbieden wanneer dit geen geld oplevert. In dat geval kunnen zorgconsumenten hier dus ook geen gebruik van maken. Zie voorbeeld in kader.

Kleur je leven⁵⁶

Door Trimbos is een online depressiepreventie cursus ont-wikkeld voor (jong)volwassenen met lichte depressieklach-ten. Waar de drempel om een psycholoog te bezoeken vaak te hoog is, is een internetcursus veilig en anoniem. Met bege-leiding van een psycholoog op afstand werk je in een aantal weken aan het verminderen van de klachten. Deze benade-ring blijkt effectief. Het moet voor de zorgverlener wel mo-gelijk zijn de tijd die in internetcontacten gaat zitten te decla-deren, anders is het aanbieden van deze laagintensieve en effectieve cursus niet financieel verantwoord.

Het duurt vaak lang voor een taakverzelfstandiging wordt opgenomen in het vergoedingspakket. Dit komt onder meer door het gebrek aan onderzoek naar kwaliteit en doelmatigheid van de distributies.

Taakherschikking kan in grote mate beïnvloed worden door verzekeraars. Indien een dienst niet is opgenomen in het vergoedingenpakket voor de betreffende beroepsgroep, kan deze de betreffende dienst niet uitvoeren. Let op: dit is een andere belemmering dan het niet zelfstandig kunnen openen en afsluiten van dbc's. Daarbij worden de betreffende taken wel uitgevoerd en gedeclareerd. Een goed voorbeeld betreft het werk van optometristen, zie kader.

Diagnostische technieken door optometristen^{57,58}

Het beroep optometrist is binnen de gezondheidszorg relatief nieuw. De optometrist is zowel in de gezondheidszorg als in de optiekzaak werkzaam.

De optometrist doet diagnostisch onderzoek naar oogandoeningen met behulp van apparatuur of farmaca. Zij hantieren daarbij algemeen gebruikelijke diagnostische technieken binnen de oogheelkundige zorg. Sinds 2008 valt dat deel van de diagnostische technieken van de optometrist dan ook onder de Zorgverzekeringswet. Aangezien de patiënt deze zorg nu vergoed krijgt, is het voor huisartsen nu mogelijk door te verwijzen naar de eerste lijn, in plaats van naar de tweede lijn. De optometrist verwijst de cliënt zonodig door naar de oogarts.

De opname van diagnostische werkzaamheden van de optometrist in het vergoedingenpakket draagt bij aan de positionering van dit beroep. Voordat een dergelijke wijziging is opgenomen in het vergoedingenpakket, gaat er echter veel tijd overheen: zorgverzekeraars willen zeker zijn dat de kwaliteit van zorg is geborgd en dat de herschikking hen geen geld kost. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als na verwijzing door de optometrist, de oogarts dezelfde onderzoeken nogmaals uitvoert. Daarnaast betekent het toekennen van een vergoeding voor bepaalde diensten voor een beroepsgroep meerdere verplichtingen. Het afsluiten van contracten (eventueel met onderhandelbare prijzen), voorfinancieren, een grote administratieve belasting, verplichte jaarlijkse bij- en nascholing en bijvoorbeeld het opstellen van een kwaliteitsjaarverslag. Deze factoren belemmeren een snelle implementatie, ook al is de vergoeding

geregeld. Zeker voor kleine beroepsgroepen of praktijken is dit belangrijk. Zelfstandigen kunnen nu bijvoorbeeld niet zelf AWBZ-zorg declareren. Ook wanneer in de toekomst hier wel een mogelijkheid toe zou bestaan, zullen zij aanlopen tegen de genoemde hobbels.

Vrijgekomen tijd

Hoewel zorgredistributie veel voordelen kan opleveren, is er nog steeds te weinig aandacht voor de vraag wat men met één van die voordelen kan doen: de vrijgekomen tijd van beroepsgroepen die herschikt hebben naar andere beroepsgroepen of zorgconsumenten. Leidt de vrijgekomen tijd tot productiviteitswinst, kwaliteitswinst, meer vrije tijd of productiviteitsverlies? Dit is niet eenvoudig te meten, terwijl het wel een belangrijk aspect is om zorgverzekeraars te overtuigen tot het opnemen van een zorgredistributie in het vergoedingspakket.

Ontwikkelingen vanaf 2010

Er zullen op drie niveaus ontwikkelingen plaatsvinden die van invloed zijn op financiering van de zorg met betrekking tot zorgredistributie.

- *Dbc's.* Hoe meer taakherschikking geaccepteerd zal worden en doorgang zal vinden (onder invloed van onder andere zorgverzekeraars), hoe meer het noodzakelijk wordt dat andere beroepsgroepen zelfstandig dbc's mogen openen en afsluiten. Ook de V&VN geeft de noodzaak hiervan aan.^{53,59} Deze ontwikkeling heeft ook grote financiële voordelen door aangepaste tarieven. Het vasthouden aan de huidige structuur zal niet meer houdbaar zijn. Hoe lang het duurt voordat deze veranderingen worden doorgevoerd is lastig in te schatten. Dit is onder meer afhankelijk van de positionering van het betreffende beroep: historie, bewezen kwaliteit en doelmatigheid en juridische aspecten. Daarnaast spelen de politiek, verzekeraars en werkgevers een rol.

Het gevolg van deze verandering zal zijn dat de invloed van de taakherschikking op inkomen, zoals benoemd in 2002, weer belangrijker wordt. Deze keer is de invloed hiervan waarschijnlijk beperkt omdat in het regeerakkoord⁴ gestuurd wordt op specialisten in loondienst. Zo worden zij minder direct afgerekend op de behaalde productie.

- *Zorgverzekeraars.* Zorgverzekeraars zullen steeds vaker zorgredistributies opnemen in het vergoedingspakket. De snelheid waarmee dit gebeurt is afhankelijk van de status van deze distributies. Indien kwaliteit en doelmatigheid bewezen zijn, zullen ze sneller in aanmerking komen.
- *Werkgevers in de zorg.* Tenslotte spelen werkgevers in de zorg een rol bij taakherschikking. Zij zijn de eerste die een redistributie een plek zullen moeten geven in het HRM-beleid en moeten financieren. Dit kan het aannemen van personeel zijn of een specifieke activiteit. De financiering kan in eerste instantie vaak niet via dbc's, en zal op een andere manier moeten plaatsvinden.

Anticiperen op ontwikkelingen

Financiën vormen een belangrijke voorwaarde (zometer de belangrijkste) voor implementatie van zorgredistributies. Dit wordt geïllustreerd door de ervaringen in de Verenigde Staten met de toetreding van physician assistant.⁶⁰ Op het moment dat zij erkend en vergoed werden door een belangrijke verzekeraar heeft de taakherschikking een vlucht genomen. Daarnaast kunnen zorgredistributies grote financiële voordelen met zich mee brengen. Het is daarom belangrijk financiële barrières te veranderen in financiële impulsen.

- *Flexibeler (zowel in bevoegdheden als tarieven) en transparantere dbc-systematiek.*
Er bestaat een mogelijkheid tot aanvragen van innovaties. Deze procedure is echter weinig transparant.

Innovaties die zijn afgewezen of gehonoreerd zijn niet in te zien. Zo kan men niet leren van eerdere ervaringen of ideeën opdoen.

Daarnaast kunnen alleen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en ggz-instellingen innovaties aanvragen. De voorwaarde hierbij is dat innovaties landelijk toegankelijk moeten zijn. Zeker voor zorgaanbieders is dat een onoverzichtelijke voorwaarde. Het verruimen van deze regeling zodat ook (patiënten)belangenorganisaties en beroepsverenigingen hier een rol in kunnen spelen zal redistribuering stimuleren. Zij hebben vaak een veel betere kijk op (cijfers van) de branche die zij vertegenwoordigen.

- *Meer onderzoek naar kwaliteit en doelmatigheid van redistributies.*

Innovaties worden alleen opgenomen in de dbc-systematiek wanneer zij bewezen zijn. Ook zorgverzekeraars baseren zich op de bewezen kwaliteit en doelmatigheid bij het opnemen van redistributies in het vergoedingenpakket.

- *Stimuleren werkgevers.*

Werkgevers moeten ruimte vinden in hun budget om zorgredistributies te kunnen implementeren. Met de strak gereguleerde dbc-systematiek kan dit lastig zijn. Door middel van een subsidie kan hieraan een impuls gegeven worden. Uiteraard onder de voorwaarde dat toegewerkt wordt naar een structurele financieringsmethode.

2 Samenvatting en conclusies

Taakherschikking komt steeds nadrukkelijker in de belangstelling te staan. De focus van taakherschikking is bovendien veranderd. Dit gebeurt onder invloed van enerzijds macro-economische trends, zoals krapte op de arbeidsmarkt en toenemende zorgkosten, en anderzijds paradigmashifts zoals ‘van zz naar gg’, gezondheid 2.0 en technologische ontwikkelingen. Ook staan bij taakherschikking kwaliteit en doelmatigheid van de zorg meer op de voorgrond dan voorheen. Taakherschikking komt dus steeds vaker in beeld als instrument om de kwaliteit te verbeteren, het personeelstekort op te vangen en de zorg betaalbaar te houden.

Door diverse ontwikkelingen is ‘taakherschikking’ in haar traditionele opvatting te beperkt geworden. Taken veranderen, nieuwe taken ontstaan en andere verdwijnen. Dit continue proces wordt beïnvloed door ontwikkelingen op economisch gebied en zorgtrends. Een betere term is dan ook *taakevolutie*.

Consumenten krijgen en nemen, mede door de opkomst van ICT, een steeds grotere verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid. Steeds vaker nemen zij bestaande, vaak geëvolueerde, taken over van professionals. Maar ook nemen zij een deel van nieuw ontstane taken op zich. Zorgconsumenten en hun mantelzorgers voeren dus steeds meer taken zelfstandig uit. We spreken daarom van *taakverzelfstandiging*.

Taakherschikking gaat niet meer alleen over het herschikken naar een andere beroepsgroep maar ook om nieuwe of geëvolueerde taken die worden uitgevoerd door een andere, eventueel nieuwe, beroepsgroep.

Taakherschikking, taakevolutie en taakverzelfstandiging hebben allen ten doel om de kwaliteit en doelmatigheid van zorg te verbeteren en kunnen niet los van elkaar worden gezien.

Daarom spreken wij in deze notitie over *redistributie van zorg*. Voor maximale effectiviteit wordt idealiter eerst gekeken of

een bestaande of nieuwe taak verzelfstandigd kan worden (kan worden uitgevoerd door de patiënt/burger zelf), voordat deze wordt opgepakt door of herschikt naar een professional.

De RVZ noemde in 2002 vijf belemmerende factoren voor taakherschikking: (on)zekerheid over de effecten, (on)zekerheid over acceptatie bij patiënten, (on)zekerheid over acceptatie bij beroepsgroepen, juridische (on)toegankelijkheid en financiële impulsen (barrières). In deze notitie is nagegaan hoe deze factoren zich hebben ontwikkeld.

Onderzoek naar effecten: kwaliteit en doelmatigheid

Er is weinig onderzoek gedaan naar de effecten van taakherschikking op kwaliteit van zorg. Instanties en organisaties zien tegenwoordig wel het belang van kwantificeren van de kwaliteitswinst. De hoeveelheid onderzoek neemt daardoor de laatste jaren toe. Uit dit onderzoek, en uit beleidsvisies van verschillende beroepsgroepen, concluderen we dat de toedeling van taken of de toetreding van een nieuw type professional vanaf het begin goed moet worden geregisseerd om taakherschikking goed te verankeren en hoge kwaliteit zeker te stellen. De komende jaren zal, met name onder invloed van consumenten, in toenemende mate gestuurd worden op kwaliteit. De consument wil transparante kwaliteitsinformatie. Verzekeraars zullen hier op inspelen door het delen van subjectieve en objectieve kwaliteitsinformatie. Voor beide valt nog een grote slag te maken.

Naar doelmatigheid van taakherschikking bestaat nauwelijks onderzoek. Dit heeft te maken met de rangorde: indien een herschikking kwalitatief niets toevoegt (of minimaal gelijke kwaliteit biedt) is de doelmatigheid niet belangrijk meer. Mogelijk is er meer doelmatigheidsonderzoek gedaan dan bekend. Instellingen hebben namelijk wel een financiële prikkel om doelmatiger te werken, maar juist niet om er openheid over te geven als ze daarin slagen. Het doel is immers de gerealiseerde winst te behouden voor de instelling zelf en deze niet te laten afromen door de financiers.

Om de financiële- en arbeidsmarkttekorten op te lossen is het belangrijk dat op macroniveau impulsen worden gegeven tot

doelmatig werken. Door op macroniveau onderzoek te doen kunnen resultaten gedeeld worden met bijvoorbeeld zorgverzekeraars. Deze kunnen de uitkomsten verwerken in hun vergoedingenpakket en daarmee (premie)besparingen realiseren.

Omdat taakevolutie en taakverzelfstandiging nog niet als zodanig herkend worden, is hier nog geen onderzoek naar gedaan. Hetzelfde geldt voor de neveneffecten van taakherschikking. Het onderzoek dat er is beperkt zich tot onderzoek achteraf, terwijl het juist voorafgaand aan een zorgredistributie zou moeten plaatsvinden.

Zekerheid over acceptatie bij patiënten

Patiënten zijn gewoonlijk positief over taakherschikking. Uit zichzelf zoeken zij echter nog niet naar mogelijkheden tot taakherschikking. Daarnaast is het voor de acceptatie bij patiënten nodig meer transparantie te realiseren over de competenties, werkzaamheden en verantwoordelijkheden van de verschillende hulpverleners. De komende jaren kan deze transparantie verbeteren door het opzetten van richtlijnen en het aangaan van overeenkomsten tussen zorgaanbieders. Deze ontwikkelingen moeten worden gestimuleerd.

Naast acceptatie van taakherschikking, speelt acceptatie van taakverzelfstandiging een steeds grotere rol. De vraag of patiënten (en mantelzorgers) in staat zijn om bepaalde taken zelf uit te voeren en of ze verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid willen nemen staat hierbij centraal. Het blijkt dat taakverzelfstandiging in opkomst is en er zijn veel succesvolle voorbeelden gerealiseerd. Het betreft echter vaak lokale of regionale initiatieven. Het daadwerkelijk op brede schaal doorvoeren van taakverzelfstandiging is mede daardoor nog sterk afhankelijk van professionals en zorgverzekeraars.

Om taakverzelfstandiging door zorgconsumenten te bevorderen is het belangrijk dat zij goed geïnformeerd worden, gestimuleerd worden de taken op te pakken en dat gewaarborgd wordt dat de zorg (snel) beschikbaar is en blijft als 'zelf doen' niet meer lukt.

Acceptatie bij beroepsgroepen

Acceptatie van taakherschikking onder beroepsgroepen is lastig. Beroepsgroepen zijn eindverantwoordelijk, terwijl zij geen directe controle hebben over de uitvoering. Daarnaast speelt domeindenken een rol. Ook blijkt taakherschikking lang niet altijd een verbetering en werken regels, formele hiërarchieën en informele communicatiesystemen niet altijd mee. Hierdoor duurt het soms tien jaar of langer om tot een vruchtbare samenwerking te komen. Door de nieuwe focus op kwaliteit en doelmatigheid zal de komende jaren de druk op beroepsgroepen om bewust te kiezen voor taakherschikking toenemen. Het is belangrijk de beroepsgroepen te ondersteunen bij deze ‘gedwongen’ aanpassing. Dit kan door duidelijkheid te scheppen over verantwoordelijkheden, inzicht te geven in competenties van beroepsgroepen en cultuurproblemen te adresseren.

Taakverzelfstandiging vraagt net als taakherschikking aanpassing van beroepsgroepen. Omdat er meer duidelijkheid bestaat over de competenties en verantwoordelijkheidsverdeling tussen consument en zorgverlener is de acceptatie makkelijker. Ook is de acceptatie van nieuwe taakverzelfstandigingen makkelijker dan verzelfstandiging van taken die tot dat moment onder verantwoordelijkheid vallen van de zorgverlener. De acceptatie van taakverzelfstandiging kan verbeterd worden door de kwaliteit en doelmatigheid te bewijzen (door middel van onderzoek) en de verzelfstandiging op te nemen in het vergoedingspakket van zorgverzekeraars.

Er moet overigens ook opgepast worden dat taakverzelfstandiging niet te snel verloopt. De succesfactor kan overschat worden en/of een structurele financieringsvorm kan ontbreken.

Juridische toegankelijkheid

In 2002 werd geconstateerd dat er verschillende juridische obstakels waren. In 2010 zijn deze obstakels deels weggenomen door de voorgenoemde aanpassing in de wet BIG namelijk een experimenteerartikel (36a) waarmee tijdelijk voorbehouden handelingen kunnen worden toegekend aan een (nieuwe) beroepsgroep. Deze wetsaanpassing laat echter op zich wachten,

waardoor enkele beroepsgroepen zich in een vervelende situatie bevinden. De beroepsgroepen die (tijdelijk) worden opgenomen in de wet BIG vallen ook onder het tuchtrecht. Hiermee kan de betreffende zorgverleners een berisping, waarschuwing of boete worden opgelegd.

Wanneer het experimenteerartikel in 2011 in werking treedt betekent dit een stimulans voor zowel beroepsgroepen die op de shortlist staan voor een tijdelijke bevoegdheid (nurse practitioner, physician assistant, gz-psycholoog) als voor mogelijke nieuwe beroepsgroepen (klinisch technoloog, medisch hulpverlener). De betreffende opleidingen zullen meer studenten trekken en het aantal beroepsbeoefenaren zal toenemen. Om grip te houden op deze ontwikkelingen is het belangrijk een overzichtelijk opleidingscontinuüm te creëren, te zorgen voor draagvlak bij beroepsgroepen (afstemming en acceptatie) en toekenningen te doen op het moment dat het nodig is.

In 2010 heeft de ministerraad het wetsvoorstel Cliëntenrechten zorg (WCZ) ingediend bij de Tweede Kamer. In 2011 treedt de wet in werking om de rechtspositie van de cliënt te versterken. De transparantie in de zorg wordt bevorderd en cliënten krijgen recht op keuze-informatie. Op deze manier draagt de wet bij aan zorgredistributie.

In 2010 is een wetsvoorstel ingediend tot wijziging van de Geneesmiddelenwet. Hierdoor kan de minister ook verpleegkundigen een voorschrijvingsbevoegdheid toekennen. Dit is een grote stimulans voor taakherschikking aangezien het daarmee voor artsen mogelijk wordt om de verantwoordelijkheid voor de patiënt, ook op dit onderdeel, over te dragen aan de verpleegkundige.

Financiële impulsen

De invoering van Diagnose Behandel Combinaties (dbc's, die vanaf 2011/2012 worden vervangen door dot's) heeft er toe geleid dat de angst van artsen voor negatieve inkomenseffecten gerelateerd aan taakherschikking grotendeels is weggenomen. Het risico dat ziekenhuizen liepen door niet-artsen handelingen uit te laten voeren die zij niet konden declareren is hiermee ook kleiner geworden. Er bestaat nog wel een financie-

ringsprobleem wanneer het handelingen betreft waar geen arts aan te pas komt. Oplossing daarvan is voor een aantal vormen van taakherschikking zeer gewenst. Verder heeft deze inflexibiliteit in het financieringssysteem ook financiële gevolgen. Er wordt gewerkt met vaste tarieven, waardoor geen rekening wordt gehouden met het uitvoeren van taken door andere beroepsgroepen dan gedefinieerd in de dbc. Indien hier wel rekening mee wordt gehouden kan kostenbesparing het gevolg zijn. Om taakherschikking te stimuleren is het belangrijk de dbc-systematiek flexibeler (zowel in bevoegdheden als tarieven) en transparanter te maken.

Een andere belemmering is de beperkte opname van de zorgredistributies in het vergoedingspakket van de verzekeraars. Dit gebeurt alleen wanneer het een bewezen verbetering betreft en effectuering duurt vaak lang. Het is van belang onderzoek naar de kwaliteit en doelmatigheid van zorgredistributies te bevorderen evenals snellere opname in het vergoedingspakket.

Ook na opname in het vergoedingspakket is implementatie niet verzekerd. Er bestaat een grote drempel bij zorguitvoerders vanwege de bijkomende administratieve en uitvoerende verplichtingen. Werkgevers hebben daarom (financiële) stimulansen nodig om zorgredistributies te implementeren.

Conclusie

Sinds 2002 is er veel veranderd. Naast taakherschikking spelen inmiddels ook taakevolutie en taakverzelfstandiging een belangrijke rol. Met betrekking tot de vijf factoren zijn diverse wijzigingen en verbeteringen gerealiseerd maar er blijven veel aandachtspunten over. De eindscore op basis van de bevindingen in dit rapport ziet er als volgt uit.

Factor	Score
Zekerheid over de effecten: kwaliteit en doelmatigheid	-
Zekerheid over acceptatie bij patiënten	+
Zekerheid over acceptatie bij beroepsgroepen	+/-
Juridische toegankelijkheid	+/-
Financiële impulsen	-

Doordat er weinig onderzoek wordt gedaan bestaat er nog weinig helderheid over de effecten van taakherschikking en zorgredistributie op kwaliteit en doelmatigheid.

De acceptatie bij patiënten is goed, zolang er duidelijkheid bestaat over competenties en verantwoordelijkheden.

De acceptatie bij beroepsgroepen ligt ingewikkeld vanwege het domeindenken en remmende financiële prikkels. De acceptatie van taakverzelfstandigingen is hoger.

De juridische toegankelijkheid is verbeterd maar is nog geen stimulerende factor.

De financiële impulsen zijn niet optimaal en werken zorgredistributies vaak tegen.

3 Literatuurlijst

- ¹ Meyboom-de Jong, B; Schmit Jongbloed, L.J.; Willemsen, M.C. De arts van straks, een nieuw medisch opleidingscontinuüm. Utrecht, oktober 2002.
- ² Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Advies Taakherschikking in de gezondheidszorg. RVZ, Zoetermeer 2002.
- ³ Gezondheidsraad. Signalement Taakherschikking in de gezondheidszorg. GR, Den Haag 2008.
- ⁴ VVD-CDA. Regeerakkoord VVD-CDA, 30 september 2010.
- ⁵ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Discussienota Zorg voor je gezondheid!. RVZ, Den Haag april 2010.
- ⁶ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Advies Gezondheid 2.0. RVZ, Den Haag 2010.
- ⁷ Sadiraj, K.; Timmermans, J.; Ras, M.; Boer, A. de. De toekomst van de mantelzorg. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag, oktober 2009.
- ⁸ Verbond Sectorwerkgevers Overheid, Samenwerkende Centrales Overheidspersoneel, Ministerie van Binnenlandse zaken en Koninkrijkrelaties. De grote uittocht, vier toekomstbeelden van de arbeidsmarkt van onderwijs- en overheidssectoren. April 2010.
- ⁹ Zorginnovatieplatform. Zorg voor mensen, mensen voor de zorg. Arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025. November 2009.
- ¹⁰ Arbeid in zorg en welzijn 2009. Prismant, Utrecht, december 2009.
- ¹¹ Regiomarge 2009. Prismant, Utrecht, juni 2009.
- ¹² Nza. Marktperfecties in de medisch specialistische zorg. Visiedocument, juni 2010.
- ¹³ Horst, van der A. et al. Vergrijzing verdeeld, toekomst van de Nederlandse overheidsfinanciën. Centraal Planbureau, Den Haag, juni 2010.
- ¹⁴ Poelman, B.; Duin, C. van. Centraal Bureau voor Statistiek. Bevolkingsprognose 2009-2060. 12 maart 2010.
- ¹⁵ IGZ. E-health en domotica in de zorg: kans of risico? Utrecht, mei 2008.

-
- ¹⁶ Prismant. Arbeidsbesparende technologie in de nachtzorg voor verstandelijk gehandicapten. Januari 2010.
- ¹⁷ Witte, L. de. Inauguratie tot hoogleraar Technologie in de Zorg. Maastricht, 20 juni 2008.
- ¹⁸ Veer, A.J.E. de; Francke, A.L. Technologie moet kwaliteit van zorg dienen. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen, vol. 119, (2009), nr. 10, p. 34-36.
- ¹⁹ Vorstenbosch, J. Hoe maakt u het? Technologie in een veranderende gezondheidszorg. ZonMw, 2010.
- ²⁰ Sminia, T; Schmit Jongbloed, L.J.; Duchatteau, D.C.; Willemsen, M.C. Techniek met zorg. TZO, Utrecht, november 2004.
- ²¹ Inspectie voor de gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2007, Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg. Den Haag, december 2007.
- ²² www.zonmw.nl [geraadpleegd 8 september 2010]
- ²³ CBOG. Taakherschikking in de mondzorg. Utrecht, juni 2009.
- ²⁴ KNMG. Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Utrecht, 26 januari 2010.
- ²⁵ Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2008, voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante vervolgopleidingen. Utrecht, februari 2008.
- ²⁶ Laurant, M. Taakherschikking in de huisartsenpraktijk. Nijmegen, Radboud Universiteit 2007.
- ²⁷ Prismant. Taakverschuiving bij de medische zorg vanuit het verpleeghuis. Utrecht, december 2009.
- ²⁸ Meer, van der Victor. Proefschrift Internet-based self-management in asthma. Leiden, 2010.
- ²⁹ RVZ. Perspectief op gezondheid 20/20. Den Haag, 2010.
- ³⁰ Boer&Croon. Van instituten naar netwerken. September 2010.
- ³¹ Algemene Rekenkamer. Implementatie Kwaliteitswet Zorginstellingen. 10 juni 2009.
- ³² <http://www.cz.nl/beste-borstkankerzorg> [geraadpleegd 29 september 2010]
- ³³ Topsupport. CZ geeft advies en begeleiding op het gebied van de beste borstkankerzorg. 28 september 2010.

-
- ³⁴ Croonen, H. Vijf sterren voor de beste dokter. Medisch Contact, Nr. 40-30 september 2009, p.1612-1615.
- ³⁵ Erasmus MC. Innovatieve oplossing voor diabetes stormvloed. 26 mei 2010.
- ³⁶ Dr. P. van Delden. Domeindenken en solisme verhinderen goede samenwerking. www.zorgwelzijn.nl, 25-01-2010. Gebaseerd op: promotie september 2009 Samenwerking in de publieke dienstverlening.
- ³⁷ Inspectie voor de gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2009, De vrijblijvendheid voorbij. Den Haag, november 2009.
- ³⁸ Balas E.A., Boren S.A. Managing clinical knowledge for health care improvement. In: Bemmels, J.; McCray A.T.; editors. Yearbook of Medical Informatics 2000: Patient-Centered Systems. Stuttgart, Germany: Schattauer Verlagsgesellschaft mbH; 2000:65-70.
- ³⁹ RVZ. Moderne patiëntenzorg in Nederland: acht jaar later. Achtergrondstudie, Den Haag, maart 2010.
- ⁴⁰ www.fysiospreekuur.nl [geraadpleegd 27 september 2010]
- ⁴¹ Dute, J.C.J.; Verkaik, R.; Friele, R.D.; Gevers, J.K.M. Voorhouden handelingen tegen het licht, De regeling van artikel 35-39 Wet BIG heroverwogen. AMC – Universiteit van Amsterdam, Afdeling Sociale Geneeskunde. September 2009.
- ⁴² SKIPR. Ziekenhuizen zetten uit schrik rem op taakherschikking. 23 juni 2010.
- ⁴³ NRC. Illegale praktijken in gezondheidszorg. 26 mei 2010.
- ⁴⁴ Rijksoverheid, VWS. Nieuwe BIG-gerelateerde beroepen. Kamerstuk, 17-5-2010.
- ⁴⁵ Orde van Medisch Specialisten. Onbevoegd werken: wijziging wet BIG moet er snel komen. 31 mei 2010.
- ⁴⁶ Rijksoverheid, VWS. Samenvatting Wet cliëntenrechten zorg. 23 april 2010.
- ⁴⁷ FWG. Wetenswaardig. Voorjaar 2010.
- ⁴⁸ Gelder, van T. 'Taakherschikking': raakt het ons? De anesthesioloog. 2008-3,5-8.
- ⁴⁹ Keijzer C., Schlack W. Meer anesthesiologen opleiden. Medisch Contact. Utrecht, 8 oktober 2009.

-
- ⁵⁰ KNMG. Wet Cliëntenrechten Zorg (WCZ).
<http://knmg.artsennet.nl/dossiers/Dossiers-op-thema/arts-en-recht/Wet-Cliëntenrechten-Zorg-WCZ.htm> [geraadpleegd 29 september 2010]
- ⁵¹ Ministerie van VWS. Nota van wijziging wetsvoorstel tot wijziging van de Geneesmiddelenwet en de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (32196). 5 oktober 2010.
- ⁵² Rijksoverheid, VWS. 32261. Beleidsnota, 7-5-2010.
- ⁵³ V&VN. Maak verpleegkundige in de eerste lijn direct toegankelijk. Utrecht, 20 mei 2009.
- ⁵⁴ www.dbconderhoud.nl [geraadpleegd 4 oktober 2010]
- ⁵⁵ NZa. Tarieven orthodontie zijn te hoog. Utrecht, 28 juli 2010.
- ⁵⁶ <https://www.kleurjeleven.nl> [geraadpleegd 29 september 2010]
- ⁵⁷ CVZ. Diagnostische technieken door optometristen gehanteerd behoren tot te verzekeren prestaties. 22 september 2008.
- ⁵⁸ Optometristen Vereniging Nederland. Vergoeding optometrisch onderzoek – de stand van zaken. Weert, juni 2010.
- ⁵⁹ NZa. Reactie V&VN op Consultatiedocument. Utrecht, 30 december 2009
- ⁶⁰ Grunveld, J.E. Ervaringen uit de VS met PA's en NP's. Prismant. Utrecht, augustus 2004.