

Postprint version : 1.0
Journal website : <https://www.tvzdirect.nl/>

This is a Nivel certified Post Print, more info at nivel.nl

Aangrijpingspunten voor een toekomstvisie

Lilian van Tuyl, Elize Vis, Mark Bosmans, Ronald Batenburg

Nivel-onderzoek heeft inzicht opgeleverd in de diversiteit aan taakherschikkingsinitiatieven in en buiten Nederland. Het leidde tot aangrijpingspunten die een visie op de toekomst van taakherschikking in ons land kunnen ondersteunen.

Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken, inclusief de verantwoordelijkheden en bevoegdheden, tussen verschillende beroepen.¹ Het vormt een van de actielijnen van het VWS-programma Werken in de zorg en is ook een van de onderdelen van De juiste zorg op de juiste plek waarvoor een programma is opgericht vanuit ZonMw.

Al veel langer staat het onderwerp op de beleidsagenda van deze organisaties, maar ook van beroepsorganisaties, brancheorganisaties en adviesorganen in de zorg. Daarnaast wordt vanuit universiteiten, hogescholen en kennisinstituten veel onderzoek verricht naar taakherschikking. Om inzicht te krijgen in de diversiteit aan taakherschikkingsinitiatieven in en buiten Nederland, heeft het Nivel in opdracht van het ministerie VWS een onderzoek uitgevoerd. In dit artikel wordt een samenvatting gepresenteerd.²

Diversiteit

Een inventarisatie van de wetenschappelijke en Nederlandse literatuur laat zien dat taakherschikking in de Nederlandse gezondheidszorg plaatsvindt binnen veel zorgdomeinen. In de literatuur wordt vaak ingegaan op taakherschikking tussen artsen en verpleegkundigen, in het bijzonder het Herschikken van voorbehouden handelingen. Zo is een reeks van rapporten en artikelen verschenen over het formele onderzoek dat uitgevoerd dient te worden in het kader van het experimenteerartikel 36a van de wet BIG.³⁻⁴ Hierbij gaat het om verpleegkundig specialisten (VS) en gespecialiseerd verpleegkundigen en de bevoegdheid om zelfstandig bepaalde medicatie voor te schrijven en voorbehouden handelingen uit te voeren. Het gaat ook om physician assistants (PA) en klinisch technologen en de bevoegdheid om bepaalde handelingen uit te voeren rond endoscopieën, katheterisaties, injecties, defibrillatie en puncties. Ook vanuit breder perspectief worden studies uitgevoerd naar de rol van PA en VS en het Herschikken van taken van medisch specialisten naar deze relatief nieuwe beroepen die snel gegroeid zijn.⁶⁻¹⁰

Aanleidingen

De meest genoemde aanleiding voor taakherschikking is het tekort aan artsen en medisch specialisten en, daarmee samenhangend, capaciteits- of efficiëntieproblemen op de werkvloer. Toch

wordt steeds vaker benadrukt dat de aanleiding voor taakherschikking breder gezien moet worden: als een manier om aan de toenemende zorgvraag te kunnen blijven voldoen en als onderdeel van vernieuwing van organisatievormen en -processen. Taakherschikking kan een oplossingsstrategie zijn om 'verstarde' werkverdelingen en schotten tussen beroepen of functies te slechten en zo nieuwe, meer flexibele kaders te realiseren voor een duurzaam zorgstelsel dat kan voldoen aan de veranderende zorgvraag.

Taakherschikking is vaak al op de werkvloer gaande voordat het pas later 'geinstitutionaliseerd' wordt in richtlijnen, protocollen en werkwijzen. Dit laatste is vaak een langdurig proces. In de literatuur en door experts wordt gewezen op het feit dat taakherschikking in het veld kan worden gezien als een onomkeerbaar proces. Hierdoor kunnen langdurige discussies ontstaan over de vraag of met taakherschikking het bestaande systeem en 'het goede' niet te snel worden ingeruild voor nieuwe werkwijzen waarvan de nadelen of onbedoelde gevolgen nog niet duidelijk zijn.

Toch groeit de aanleiding voor taakherschikking. De genoemde tekorten op de arbeidsmarkten behoeft aan innovatie worden opgestuwd door technologische, economische en maatschappelijke ontwikkelingen. Ook ontstaan er steeds meer nieuwe beroepen, opleidingen en functies in de zorg. Sinds kort komen daar de disruptieve veranderingen bij die de coronapandemie heeft teweeggebracht; en ook vormen van taakherschikking die niet eerder zijn vertoond.

Effecten

Uit het Nivel-onderzoek komt naar voren dat een van de onbedoelde effecten van taakherschikking een té vergaande specialisatie van beroepen is. Dit kan aan twee kanten doorwerken. Zorgprofessionals van wie taken worden overgenomen, krijgen in principe meer tijd voor andere taken en kunnen zich meer toeleggen op de complexe zorgvragen en patiëntgroepen. Dit kan tot gevolg hebben dat zij alléén maar deze complexe gevallen zien en hun expertisebereik te veel versmalt. Voor sommige professionals kan het demotiverend werken als zij 'gewone' zorgvragen en patiëntgroepen zelf niet meer zien en deze slechts op afstand coördineren.

Ook aan de kant van de zorgprofessionals naar wie taken worden herschikt, kan taakherschikking leiden tot een té vergaande specialisatie van de beroepsgroep. Zo worden beroepen als PA, VS en POH minder generalistisch inzetbaar naarmate zij zich meer specialiseren. Hoe begrijpelijk de trend naar specialisatie op beroepsniveau ook is, het kan op organisatie- en macroniveau het onbedoelde gevolg hebben dat een tekort aan generalistisch werkende professionals ontstaat. Als hierdoor de complexiteit van zorgcoördinatie wordt vergroot, wordt het bieden van integrale zorg bemoeilijkt en zet het de benodigde flexibiliteit van het zorgstelsel onbedoeld onder druk.

'Een onbedoeld gevolg kan een tekort aan generalistisch werkende professionals zijn'

De effecten van taakherschikking op cliënten en patiënten zijn nog relatief onderbelicht, maar in een aantal onderzoeken lijken de uitkomsten positief te zijn. Dankzij intramurale substitutie is de toegankelijkheid van zorg verbeterd, in de zin dat patiënten beter terecht kunnen in de eerstelijnszorg, waar bijvoorbeeld nieuwe typen zorgprofessionals zoals PA en VS een brugfunctie vervullen tussen medisch specialisten en huisartsen. Ook blijkt uit een aantal onderzoeken dat de kwaliteit van zorg met taakherschikking kan toenemen, omdat er meer tijd en aandacht is voor de patiënt; zoals bij taakherschikking in de eerstelijnszorg tussen huisarts en POH, maar ook in de zorg voor ouderen tussen specialist ouderengeneeskunde en VS.¹¹⁻¹²

Het is opvallend dat er weinig bekend is over de kosteneffectiviteit van taakherschikking. Dat komt wellicht doordat het integraal bepalen van kosten-effectiviteit van taakherschikking een complexe opgave is. Zowel de mogelijke baten als kosten van taakherschikking zijn lastig te kwantificeren. Ook wordt effectiviteitsonderzoek bemoeilijkt, omdat de directe, indirecte en (on)bedoelde gevolgen door elkaar heen lopen.

Op andere vlakken is het eveneens wenselijk dat meer empirisch onderzoek wordt gedaan naar de uiteindelijke 'netto'-effecten van taakherschikking op verschillende niveaus: patiëntervaringen, de positie van de betrokken beroepsgroepen, de kwaliteit, efficiëntie van zorgprocessen binnen organisaties en de samenwerking en verdeling tussen organisaties binnen zorgsectoren.

Succesfactoren & belemmeringen

In het Nivel-onderzoek zijn vijf casussen onderzocht waar taakherschikking zich voltrekt envoordoeft in verschillende stadia:

1. Binnen de huisartsenzorg is gekeken naar taakherschikking tussen huisarts en POH. Deze casus is een voorbeeld van taakherschikking die een relatief lange historie kent; POH's hebben in vrijwel elke Nederlandse huisartsenpraktijk een belangrijke positie ingenomen en voeren dankzij taakherschikking de zorg uit voor veel (chronische) patiënten.
2. Ook is binnen de eerstelijnszorg gekeken naar taakherschikking tussen de huisarts en apotheker. Veel buitenlandse literatuur gaat over deze vorm van taakherschikking, maar het komt in Nederland alleen sporadisch en in 'experimentele' vorm voor. De arbeidsmarkttekorten in de huisartsensector kunnen verdere exploratie in deze richting zeker stimuleren.
3. Binnen de langdurige zorg is gekeken naar taakherschikking tussen specialist ouderengeneeskunde (SO) en VS/PA. De sterk groeiende vraag naar ouderenzorg is een belangrijke stimulans voor deze vorm van taakherschikking, maar een beperking is de geringe doorstroom van VS en PA naar deze sector.
4. Ook is gekeken naar taakherschikking tussen arts verstandelijk gehandicapten (AVG) en VS/PA. Hier geldt hetzelfde als bij de taakherschikking van SO naar PA/VS, maar taakherschikking staat hier nog in de kinderschoenen, ook al zijn arbeidsmarkttekorten zeer hoog.
5. Tot slot is gekeken naar taakherschikking tussen oogarts en optometrist. Technologischeontwikkelingen spelen hier een belangrijke rol. Een combinatie van regionale initiatieven en gezamenlijk optrekken van de beroepsverenigingen leidt tot een steeds steviger basis voorttaakherschikking in deze branche.

Uit de analyse van de verdiepende cases volgen deze generieke succesfactoren voor het slagen van taakherschikkings initiatieven:

- vertrouwen en samenwerking tussen beroepsgroepen;
- gedegen opleiden van nieuwe zorgprofessionals;
- steun en draagvlak vanuit de interne organisatie;
- adequate financiering vanuit externe organisaties.

Belemmeringen van taakherschikking, ofewel 'de andere kant van de medaille', zijn:

- twijfel bij de beroepsgroepen over competenties en capaciteiten van de beroepsgroep waarnaar herschikt wordt; weerstand wanneer de taken die herschikt worden raken aan de ervaren essentie van een beroep;
- organisatie, inbedding van de opleiding en bekostiging van nieuwe beroepen.

- Het verschilt per sector, domein en type beroepen welke mix van succesfactoren en belemmeringen welke rol spelen.

Toekomst

Er zijn vier aangrijpingspunten gedestilleerd die een visie op de toekomst van taakherschikking in Nederland kunnen ondersteunen.

6. Bezie taakherschikking vanuit de problemen op de werkvloer en houd rekening met context, zodat het kan worden ingezet als een van de mogelijke instrumenten om te voldoen aan de veranderende zorgvraag en taakverdeling in de sector. Taakherschikking dient bij te dragen aan het ondersteunen van innovatie en organisatieverandering, waarbij de juiste skill mix voor de juiste zorg op de juiste plek bereikt wordt, in samenspraak met het veld.
7. Houd bij taakherschikking rekening met de balans tussen specialisten en generalisten op beroeps-, organisatie- en sectorniveau. Daar waar taakherschikking leidt tot verdere specialisatie, blijft de inzet van generieke professionals van belang om te komen tot lenige en flexibele zorgorganisaties en daarmee een duurzaam zorgstelsel.
8. Inventariseer en monitor de verscheidenheid aan taakherschikking in bijvoorbeeld de vorm van een landelijk lerend netwerk of kennisplatform. Zo kan verder grip worden verkregen op de succesfactoren voor taakherschikking, maar ook op de belemmeringen. Van hieruit kan dan geëxperimenteerd worden met meer flexibele en tijdelijke vormen van taakherschikking. Ook zijn meer effectiviteits- evaluaties wenselijk van taakherschikkinginitiatieven, en empirisch onderzoek naar de bedoelde en onbedoelde effecten van taakherschikking.
9. Betrek bij taakherschikking behalve professionals en bestuurders ook patiënten, cliënten en burgers. Zij ervaren óf en hoe taakherschikking bijdraagt aan de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Vanuit dit perspectief kunnen zij meedenken over de manier waarop innovatie in de zorg door taakherschikking optimaal kan worden georganiseerd en gestimuleerd.

Referenties

1. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer. 2002.
2. van Tuyl L, Vis E, Bosmans M, e.a. Visies op Taakherschikking. Een inventariserend onderzoek naar de diversiteit, kansen en belemmeringen van taakherschikking in Nederland. Nivel, Utrecht. 2020.
3. De Bruijn-Geraets DP, Bessems-Beks MCM, van Eijk-Hustings YJL, e.a. VoorBIGhouden, Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant. Maastricht: Maastricht UMC+, Patiënt & Zorg. 2015.
4. de Haan M, Bessems-Beks M, van Eijk-Hustings Y, e.a. Eindrapportage Evaluatieonderzoek Artikel 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de klinisch technolog. Maastricht, Maastricht UMC+, RVE Patiënt & Zorg, afdeling Klinische Epidemiologie en Medical Technology Assessment (KEMTA). 2018.
5. Kersbergen MJ, Creugers NHJ, Hollaar VRY, e.a. Perceptions of interprofessional collaboration in education of dentists and dental hygienists and the impact on dental practice in the Netherlands: A qualitative study. Eur J Dent Educ. 2020;24(1):145-153.
6. Lovink MH, Laurant MG, van Vught AJ, e.a. Substituting physicians with nurse practitioners, physician assistants or nurses in nursing homes: a realist evaluation case study. BMJ Open. 2019;24;9(5):e028169.
7. van den Brink GTWJ, Kouwen AJ, Hooker RS, e.a. An activity analysis of Dutch hospital-based physician assistants and nurse practitioners. Hum Resour Health. 2019;17(1):78.

8. Batenburg RS, Versteeg SE & Dute JCJ. Kansen van taakdelegatie en taakherschikking in de bedrijfs-gezondheidszorg: een juridisch-empirische verkenning. Nivel, Utrecht. 2017.
9. Kroezen M, van Dijk L, Groenewegen PP, e.a. Knowledge Claims, Jurisdictional Control and Professional Status: The Case of Nurse Prescribing. PLoS ONE. 2013 8(10): e77279.
10. Wallenburg I, de Bont A & Janssen M. De rol van de Nurse Practitioner en de Physician Assistant in de zorg: Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland. iBMG research reports 2015, institute Healthcare Management & Policy Erasmus University Rotterdam. Rotterdam. 2015.
11. van den Berg M & de Bakker D. Meta-analyse: introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland. Nivel, Utrecht. 2003.
12. Lovink MH, Persoon, A, Koopmans RT, e.a. . Effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians concerning healthcare for the ageing population: a systematic literature review. Journal of advanced nursing, 2017,73(9), 2084-2102.

Kansen en belemmeringen

Het Nivel-onderzoek had als doel de kansen en belemmeringen van taakherschikking te identificeren. Dit gebeurde vanuit de diversiteit aan taakherschikkingsinitiatieven in de gezondheidszorg én binnen de kaders van de wetgeving. Het onderzoek beoogde bij te dragen aan een samenhangende visie voor het ministerie van VWS om met (onder andere) taakherschikking arbeidsmarkttekorten en knelpunten in de organisatie van de zorg op te lossen dan wel te voorkomen. Het onderzoek bestond uit: (1) literatuuronderzoek van Nederlandstalige en wetenschappelijke Engelstalige literatuur, (2) interviews met experts op het gebied van taakherschikking, (3) verdiepende analyse van vijf cases/taakherschikkingsinitiatieven en (4) een bijeenkomst met alle experts, waarbij de resultaten uit de andere onderdelen werden besproken.