

Consensusdocument Taakherschikking Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist in de revalidatiegeneeskunde



Vastgesteld door: NAPA, V&VN VS, VRA
Oktober 2020

Inhoud

1. Afkortingenlijst	3
2. Algemene inleiding	4
3. Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist	6
4. Proces van taakherschikking	12
5. Randvoorwaarden	15
6. Aanbevelingen	17
7. Referenties	18
Bijlage 1 Aandachtspunten bij verantwoordelijkheidsverdeling	19

1. Afkortingenlijst

AIOS	: Arts In Opleiding tot Specialist
ANIOS	: Arts Niet In Opleiding tot Specialist
AMvB	: Algemene Maatregel van Bestuur
BIG	: Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
CSV	: College Specialismen Verpleegkunde
EC	: European Credits
EPA	: Entrustable Professional Activity
IGZ	: Inspectie van de Gezondheidszorg
KNMG	: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KPB	: Korte Praktijkbeoordeling
NAPA	: Nederlandse Associatie Physician Assistants
PA	: Physician Assistant
SBU	: studiebelastinguren
RSV	: Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde
VRA	: Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen
V&VN	: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VS	: Verpleegkundig Specialist
ZBC	: zelfstandig behandelcentrum

2. Algemene inleiding

2.1 Achtergrond

Taakherschikking in de gezondheidszorg is al jaren een onderwerp op de politieke agenda. Met taakherschikking wordt beoogd de kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening te verbeteren¹. Hierbij gaat het om herverdeling van taken tussen beroepsbeoefenaren. De Physician Assistant (PA) en Verpleegkundig Specialist (VS) zijn in Nederland geïntroduceerd om een bijdrage te leveren aan de opvang van de sterk toenemende vraag naar medische zorg. Het gaat hierbij voornamelijk om het overnemen van medische taken van artsen (taakherschikking). De PA en VS verlenen medische zorg binnen een deelgebied van de geneeskunde. Daarnaast leveren zij een bijdrage aan de kwaliteit van zorg, met name waar het de continuïteit van die zorg betreft. Bij het herschikken van taken dient er voor gezorgd te worden dat de kwaliteit van zorg voldoende geborgd blijft.

Taakdelegatie versus taakherschikking

Onder taakdelegatie (of taakverschuiving) wordt verstaan: het in opdracht van een arts uitvoeren van werkzaamheden door niet-zelfstandig bevoegde zorgprofessionals. Dit is al langer toegestaan binnen de wet BIG. Beide partijen dienen hierbij overtuigd te zijn van de bekwaamheid van de opdrachtnemer en er is mogelijkheid tot intercollegiaal overleg en eventuele tussenkomst van de opdrachtgever.

Onder taakherschikking wordt verstaan: het structureel herverdelen van taken (inclusief bevoegdheden en verantwoordelijkheden) tussen beroepsgroepen. In deze situatie zijn een PA en VS zelfstandig bevoegd, hebben een eigen verantwoordelijkheid voor het zelfstandig handelen en zijn tuchtrechtelijk aansprakelijk.

2.2. Doel van dit document

Doel van dit consensusdocument is handvatten te bieden om te komen tot gezamenlijke afspraken, op zowel lokaal als individueel niveau, over taakherschikking in de revalidatiegeneeskunde. Hierbij dienen alle betreffende beroepsbeoefenaren betrokken te zijn. Dit consensusdocument is gebaseerd op de Handreiking implementatie taakherschikking (KNMG, NAPA, V&VN)⁴ en de Nadere uitwerking van de medisch specialisten op de Handreiking Implementatie Taakherschikking (Federatie Medisch Specialisten)⁵.

2.3 Doelgroep

Dit document richt zich tot alle revalidatieartsen, PA's en VS-en die op welke manier dan ook met elkaar samenwerken en daarbij met taakherschikking te maken hebben. Dit document is tevens van belang voor instellingen en andere samenwerkingsverbanden voor zover de bedoelde beroepsbeoefenaren daar werkzaam zijn.

2.4 Werkwijze

Voor het ontwikkelen van het consensusdocument Taakherschikking in de revalidatiegeneeskunde is in 2015 een werkgroep ingesteld, bestaande uit leden van de VRA, NAPA en V&VN VS. Het document dat door de werkgroep is opgesteld is geautoriseerd door de ALV van de VRA, het bestuur van de NAPA en het bestuur van V&VN VS en in 2016 gepubliceerd.

In 2020 is de werkgroep opnieuw bijeen gekomen om het document te actualiseren. Belangrijkste aanpassingen zijn gedaan n.a.v. wijzigingen in wetgeving.

De werkgroep was als volgt samengesteld:

Namens NAPA: B.E.L. Dane-Zwarts

E.A.M. Vliexs

Namens V&VN VS: B. van Oosteren

Namens VRA: H. Arwert (voorzitter)
A.M. ter Steeg (Beroepsbelangencommissie)
A. van de Ven (Commissie Kwaliteit)
A. Zielman (Kerngroep)
C. Ottevanger (VRA-bureau)

2.5 Geldigheidsduur

Dit consensusdocument is geldig voor de periode van vijf jaar. De geldigheid van het consensusdocument komt eerder te vervallen indien de inhoud niet meer aansluit op de actualiteit door bijvoorbeeld verandering van wet- en regelgeving of ontwikkelingen in de praktijk. De VRA, NAPA en V&VN VS zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de actualiteit van dit document.

NB Daar waar in de tekst 'hij' staat, wordt 'hij/zij' bedoeld

3. Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist

3.1 Inleiding

De PA en VS hebben zich ontwikkeld tot volwaardige professionals met een zelfstandige rol en eigen handelingsvaardigheden en oriëntatie. Dit hoofdstuk beschrijft in het kort hun wettelijke kaders, opleidingen en registraties.

3.2 Juridisch kader taakherschikking

Sinds 1 september 2018 is het beroep van de physician assistant geregeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). De opname in artikel 3 volgde na een succesvol experiment dat zijn grondslag had in artikel 36a van de Wet BIG. Het experiment was geregeld in het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid physician assistant (Algemene maatregel van Bestuur). Dit besluit is op grond van artikel 36a, achtste lid, onderdeel a, op 1 september 2018 van rechtswege vervallen. Voor de opname in de Wet BIG zijn de randvoorwaarden uit de experimenteerfase overgenomen in het besluit AMvB van mei 2018².

1. Tot het gebied van deskundigheid van de physician assistant wordt gerekend het verrichten van handelingen op het deelgebied van de geneeskunst waarbinnen de physician assistant is opgeleid. Deze handelingen omvatten het onderzoeken, behandelen en begeleiden van patiënten met veel voorkomende aandoeningen binnen dat deelgebied van de geneeskunst.
2. Tot de handelingen, bedoeld in het eerste lid, behoren:
 - a. het onderzoeken en beoordelen van een patiënt en het op basis van de verkregen gegevens stellen van een diagnose en het opstellen van een behandelplan;
 - b. het uitvoeren van het behandelplan en het daartoe verrichten van gangbare medische handelingen;
 - c. het verrichten van handelingen waartoe de physician assistant op grond van artikel 36 van de wet bevoegd is (voorbehouden handelingen);
 - d. het stellen van indicaties en het herkennen van complicaties van medische handelingen en verrichtingen en het daarop anticiperen;
 - e. het verlenen van spoedeisende hulp, het bewaken van vitale lichaamsfuncties en waar nodig het treffen van maatregelen ter herstel daarvan;
 - f. het verwijzen naar, consulteren van en samenwerken met artsen en met andere gezondheidszorgmedewerkers;
 - g. het geven van advies, voorlichting en het verlenen van preventieve zorg.
3. De handelingen, bedoeld in het tweede lid, onder c, worden uitsluitend verricht voor zover het betreft:
 - a. handelingen van een beperkte complexiteit;
 - b. routinematige handelingen;
 - c. handelingen waarvan de risico's te overzien zijn;
 - d. handelingen die worden uitgeoefend volgens landelijk geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen.

Taakherschikking betekent dat een aantal handelingen die voorheen alleen uitgevoerd konden worden door artsen nu ook door andere beroepsgroepen, waaronder de PA en VS uitgevoerd kunnen worden. Het beroep van de VS is vanaf 2009 als specialistisch beroep in artikel 14 van de Wet BIG opgenomen. Voor de PA geldt dat dit beroep sinds 2018 is opgenomen in artikel 3 van de Wet BIG. Sinds 2012 hebben beide beroepen een zelfstandige bevoegdheid voor acht voorbehouden handelingen. In 2018 is deze zelfstandige bevoegdheid definitief geworden.

Voor beide beroepen (PA artikel 3, VS, artikel 14) geldt dat zij:

- Een wettelijk beschermde beroepstitel hebben;
- Onder tuchtrecht vallen;

- En zelfstandige bevoegdheid hebben voor het zelfstandig uitvoeren, indiceren en delegeren van acht voorbehouden handelingen binnen hun deskundigheidsgebied (artikel 36 Wet BIG):
 1. Verrichten van heelkundige handelingen
 2. Verrichten van katheterisaties
 3. Geven van injecties
 4. Verrichten van puncties
 5. Verrichten van electieve cardioversie
 6. Toepassen van defibrillatie
 7. Verrichten van endoscopieën
 8. Voorschrijven van UR-geneesmiddelen

Het toekennen van de bevoegdheid om deze voorbehouden handelingen te indiceren en te verrichten, gebeurt onder een aantal voorwaarden. Het moet gaan om handelingen die:

- op grond van de wet aan de PA en VS zijn toegekend, en
- die vallen binnen het deskundigheidsgebied (en voor de VS binnen het specialisme);
- die van een beperkte complexiteit zijn, en
- die routinematig worden verricht, en
- waarvan de risico's te overzien zijn, en
- die worden uitgeoefend volgens landelijk geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen;
- bovendien moet de PA of VS bekwaam zijn om de betreffende handeling te verrichten.

De reikwijdte van de zelfstandige bevoegdheid van de VS is beschreven in de Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten³. Voor de PA is de reikwijdte beschreven in het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant².

Van groot belang is dat de Wet BIG zegt dat zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van de handeling ontstaat wanneer de betrokkene bekwaam is tot het verrichten van de voorbehouden handeling. Een PA en VS, is uitsluitend bevoegd voor zover hij redelijkerwijs mag aannemen dat hij beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk kunnen verrichten van de voorbehouden (en andere) handelingen.

De Wet BIG gaat ervan uit dat elke PA en VS met een BIG-registratie zorgt dat hij alleen voorbehouden handelingen uitvoert als hij bekwaam is en is daar anders tuchtrechtelijk op aanspreekbaar. Een PA en VS is bekwaam als hij:

- kennis heeft over de handeling, de technieken, het doel, de anatomie, de risico's, voor- en nazorg en eventuele complicaties;
- vaardig is in het uitvoeren van de handeling en bijkomende activiteiten (bijvoorbeeld beslissen en informeren).

De PA en VS krijgen deze kennis en vaardigheid door bijvoorbeeld een wettelijk erkende opleiding te volgen. Maar ook door bij- en nascholing, vaardigheidstraining en door meerdere malen een handeling uitvoeren.

De PA en VS is persoonlijk verantwoordelijk voor de door hem uitgevoerde werkzaamheden. De PA en VS dient te allen tijde zijn grenzen van zijn deskundigheidsgebied te respecteren. Wanneer de PA of VS constateert dat handelingen uitgevoerd moeten, die buiten het deskundigheidsgebied en competentieprofiel van de PA of VS vallen, dan wordt een medisch specialist ingeschakeld door deze te consulteren, diens hulp in te roepen dan wel de patiënt door te verwijzen naar een arts.

De PA en VS mogen zelf een zorgtraject (DBC) openen, zelfstandig uitvoeren en sluiten. Daarnaast mogen zij handelingen binnen een geopend zorgtraject van de medisch specialist verrichten zonder tussenkomst van de medisch specialist.

Overige wetgeving

Het wettelijk kader voor de PA en de VS is breder dan de Wet BIG en de bijbehorende uitvoeringsregels voor de PA (Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant) en de VS (Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten). Voor zover een beroepsbeoefenaar werkzaam is in een zorginstelling, is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) van toepassing. Het bestuur van de zorginstelling is op grond van de Wkkgz verantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Het bestuur maakt heldere afspraken met (het team) van zorgverleners om verantwoorde zorg te kunnen bieden. Hiervoor zijn goede samenwerking en afspraken over taak- en verantwoordelijkheidsverdeling noodzakelijk.

Ook zijn de in het Burgerlijk Wetboek, Titel 7, afdeling 5 opgenomen regels inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst [WGBO]) van toepassing, alsmede de Geneesmiddelenwet.

3.3 Opleiding

3.3.1 Opleiding tot PA

De PA werd in 2000 naar Amerikaans model in Nederland geïntroduceerd. Een PA biedt zelfstandig geneeskundige zorg, in een samenwerkingsverband met een medisch specialist of huisarts. PA's zijn medische zorgprofessionals die de opleiding tot Master of Science Physician Assistant gevolgd hebben en werkzaam zijn binnen een deelgebied van de geneeskunde. Om de opleiding te mogen volgen dient men in het bezit te zijn van een HBO-gezondheidszorg diploma en minimaal 2 jaar werkervaring in het werkveld te hebben. Gedurende de opleiding (duaal 2,5 jaar) verwerft de PA een brede geneeskundige basiskennis. Daarnaast ontwikkelt de PA specifieke medische bekwaamheden binnen het specialisme waar deze werkzaam is. De PA is volledig inzetbaar in het medische domein (cure domein). De brede geneeskundige basis biedt de PA de mogelijkheid om zich na de opleiding ook in andere specialismen te ontwikkelen en werkzaam te zijn. De werkzaamheden zullen voornamelijk bestaan uit het overnemen van voorbehouden medische taken van artsen (taakherschikking). Het doel van het beroep is bijdragen aan de continuïteit en kwaliteit van de geneeskundige zorgverlening door het verrichten van medische taken.

3.3.2 Opleiding tot Master Advanced Nursing Practice

VS-en (voorheen nurse practitioners) zijn op HBO-masterniveau opgeleide verpleegkundigen (Master in Advanced Nursing Practice). Zij worden opgeleid binnen één van de vijf deelspecialismen (intensieve zorg, acute zorg, chronische zorg, preventieve zorg of geestelijke gezondheidszorg). Om de opleiding te mogen volgen dient men in het bezit te zijn van het diploma HBO-verpleegkunde en minimaal 2 jaar werkervaring in het werkveld te hebben. De opleiding is duaal en duurt 2 jaar. Hiernaast is er een speciale opleiding die specifiek opleidt tot VS die 3 jaar duurt.

De verwachting is dat in de tweede helft van 2020 de vier huidige deelspecialismen in de Algemene gezondheidszorg zullen vervallen en er hiervoor in de plaats 1 specialisme komt; de AGZ (Algemene gezondheidszorg). De functie van VS blijft ongewijzigd. Een VS wordt ingezet voor een omschreven groep patiënten waarmee hij/zij individuele behandelrelaties aangaat ter bevordering van de continuïteit en kwaliteit van zowel complexe verpleegkundige zorg als geprotocolleerde medische zorg.

3.4 Registratie

3.4.1 Registratie PA

Per 1 september 2018 zijn alle afgestudeerde PA's verplicht zich in het BIG-register te laten registreren. Daarnaast voert de NAPA een privaat kwaliteitsregister, waarin de deskundigheidsbevordering wordt bijgehouden per PA conform de randvoorwaarden uit de AMvB. Hierin wordt tevens het deelgebied van de geneeskunde vermeld waarbinnen de PA werkzaam is. Dit register is openbaar toegankelijk. Herregistratie vindt om de vijf jaar plaats.

Overzicht eisen BIG-register en NAPA-kwaliteitsregister

BIG-register	NAPA-kwaliteitsregister
PA Diploma	PA Diploma
Gemiddeld 8 uur per week werkzaam (aan te tonen 5 jaar na inschrijving, zgn. herregistratie)	Gemiddeld 16 uur per week werkzaam (aan te tonen bij herregistratie)
	Minimaal 200 punten nascholing per 5 jaar

3.4.2 Registratie VS

VS-en staan ingeschreven in het Verpleegkundig Specialisten register van V&VN. Om voorbehouden handelingen te mogen indiceren en verrichten is het voor VS-en verplicht om ook in het BIG-register ingeschreven te staan. Herregistratie volgens de eisen van de Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde (RSV) vindt om de vijf jaar plaats.

Overzicht eisen BIG-register en Verpleegkundig Specialistenregister (VSR)

BIG-register	Verpleegkundig specialistenregister (RSV)
MANP Diploma	VS Diploma
Inschrijving bij het RSV	Gemiddeld 16 uur per week werkzaam (aan te tonen bij herregistratie)
	De RSV herregistreert een verpleegkundig specialist als aan twee eisen is voldaan: <ul style="list-style-type: none"> De werkervaringseis - De verpleegkundig specialist heeft in de vijf jaar voorafgaand aan de herregistratie regelmatig en gedurende tenminste 4160 uur werkzaamheden verricht binnen het specialisme waarin de verpleegkundig specialist is geregistreerd en passend bij het beroepsprofiel. Ten minste de helft van de vereiste werkzaamheden heeft plaatsgevonden op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Artikel 24, 1a.
	Minimaal 200 uur in 5 jaar deelgenomen aan bij- en nascholing, intercollegiale toetsing en overige deskundigheidsbevorderende activiteiten

3.5 Twee verschillende functies

PA's en VS-en spelen verschillende rollen binnen de gezondheidszorg. De tabel hieronder en op de volgende pagina geeft in grote lijnen de verschillen weer tussen beide functies⁸.

Aspect	Physician assistant	Verpleegkundig specialist
Opleiding (algemeen)		
Opleidingsplaatsen	Numerus fixus	Numerus fixus
Vooropleiding	HBO gezondheidszorg medisch/paramedisch/perimedisch	HBO verpleegkunde

Aspect	Physician assistant	Verpleegkundig specialist
Opleiding (algemeen)		
Instroomeisen	Min. 2 jaar klinische werkervaring Min. 32 uur dienstverband Takenpakket en opleidingsplaats wordt getoetst door opleiding	Min. 2 jaar werkervaring Min. 32 uur dienstverband Opleider en opleidingsplaats Registratie tijdens gehele opleiding in het opleidingsregister (RSV)
Duur opleiding	2,5 jaar – duaal	2 jaar – duaal
Studielast (in European Credits en studiebelastinguren)	150 EC (= 4200 sbu) (50 EC cursorisch; 50 EC stages andere specialismen; 50 EC eigen specialisme)	120 EC (= 3360 sbu) (40 EC cursorisch; 80 EC praktijk)
Opleiding (inhoud)		
Beroepsprofiel	Algemeen competentieprofiel (in AMvB nr. 658, 2011)	Algemeen competentieprofiel (in Algemeen Besluit CSV, 2008)
Specialisaties	Een breed geneeskundig uitstroomprofiel	Per 1 januari 2021 wordt de functie van VS teruggebracht van vijf specialisaties naar twee specialisaties: Algemene Gezondheidszorg (AGZ) en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Naast de specialisatie heeft de VS ook aandachtsgebieden. Voor de VS AGZ zijn dat: 1) Acute Zorg 2) Eerstelijnszorg 3) Medisch Specialistische Zorg 4) Langdurige Zorg
Curriculum / accent	CANmeds-competenties / Medisch klinisch handelen; Evidence based medicine; Stages in hoofdvakken geneeskunde; Wetenschappelijk onderzoek	CANmeds-competenties / Klinisch handelen; Kwaliteitszorg; Wetenschappelijk onderzoek
Vaardigheden cure en /of care	Verbreding en verdieping medisch handelen naar geneeskundig curriculum	Verbreding medisch handelen binnen geselecteerde patiëntencategorieën; Verdieping verpleegkundig handelen
Substitutie van zorg / beleid	Zelfstandige medische diagnostiek en behandeling binnen deelgebied van de geneeskunde	Zelfstandige medische diagnostiek en behandeling binnen geselecteerde patiëntencategorieën (zowel op niveau van aandoening als op specifiek expertisegebied)
Beroepspraktijk		
Kernactiviteit	geneeskundige zorg (specialisme gerelateerd), wetenschappelijk onderzoek, geven van onderwijs en het mee organiseren van de keten (zie beroepsprofiel PA ⁸)	Medische en gespecialiseerde verpleegkundige zorg (in specifiek deelgebied), ketenzorg, wetenschappelijk onderzoek, innovatie en deskundigheidsbevordering
Wet BIG	artikel 3, 36 wet BIG en NAPA-kwaliteitsregister	artikel 14 en 36 en 36a Kwaliteitsregister
Voorbehouden handelingen (VBH)	Zelfstandig uitvoeren VBH breed	Zelfstandig uitvoeren VBH afhankelijk van geregistreerd specialisme
Opleiding (inhoud)		
Registratie	Kwaliteitsregister NAPA: 200 accreditatiepunten over 5 jaar	RSV-register en vermelding VS in BIG-registratie, 200 accreditatiepunten over 5 jaar

3.6 Huidige stand van zaken binnen de revalidatiegeneeskunde

3.6.1 PA's binnen de revalidatiegeneeskunde

Anno 2020 zijn er 94 PA's werkzaam binnen de revalidatiegeneeskunde, waarvan 8 in opleiding. Eind 2019 was 65% van de PA's werkzaam in een revalidatiecentrum; 24 % in een ziekenhuis en 2 % in een combinatie van beiden. 9% was op dat moment werkzaam in een zelfstandig behandelcentrum (ZBC). 15% van de PA's verricht in zijn/haar functie intercollegiale consulten voor de verpleegafdelingen. De functie van PA is breed medisch en omvat uiteenlopende taken en werkzaamheden, zowel klinisch als poliklinisch. Daarbij ziet de PA een brede diversiteit aan patiënten. Een aantal heeft een specialisatiegebied (bijv. schoentechnisch spreekuur, gangbeeldanalyse, handenspreekuur). In alle clusters van de revalidatiegeneeskunde, zowel binnen de kinderrevalidatie als de volwassenenrevalidatie, zijn PA's werkzaam.

3.6.2 VS-en binnen de revalidatiegeneeskunde

Omdat er van VS-en nergens wordt bijgehouden in welk vakgebied zij werkzaam zijn is niet precies bekend hoeveel VS-en er actief zijn binnen de revalidatiegeneeskunde. Voor zover bekend zijn er anno 2020 minimaal 18 VS-en werkzaam binnen de revalidatiegeneeskunde en zijn er drie VS-en in opleiding. Alle VS-en zijn opgeleid binnen de deelspecialismen intensieve zorg of chronische zorg bij somatische aandoeningen.

Het grootste deel van de VS-en is werkzaam in een revalidatiecentrum en verricht taken op klinisch en/of poliklinisch gebied. De meeste VS-en zijn betrokken bij één of twee patiëntencategorieën (bijv. NAH, MS of dwarslaesie). Een aantal heeft daarnaast een specialisatiegebied (bijv. spasmebehandeling, wond- of continenzorg) voor een bredere groep patiënten. Bijna alle VS-en draaien zelfstandig spreekuren, zowel voor hun specialisatiegebied als voor de algemene nazorg van de patiëntencategorieën waarbij zij betrokken zijn.

4. Proces van taakherschikking

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een stappenplan aangereikt dat gevolgd kan worden bij het gezamenlijk komen tot afspraken over taakherschikking op lokaal en individueel niveau. Dit stappenplan is bedoeld voor alle beroepsbeoefenaren binnen de revalidatiegeneeskunde die betrokken zijn bij de implementatie van taakherschikking. Afhankelijk van de wijze waarop de zorg lokaal is georganiseerd kunnen ook anderen betrokken worden, zoals kwaliteitsfunctionarissen, de Raad van Bestuur, de medische staf of de vakgroep van de instelling. In onderstaande paragrafen wordt elke stap beschreven.

4.2 Bepaal welke verschillende beroepsbeoefenaren betrokken zijn bij taakherschikking

Een eerste stap in het proces van taakherschikking is om helder te hebben welke beroepsbeoefenaren (revalidatiearts, PA en VS) binnen de revalidatiegeneeskunde werkzaam zijn. De revalidatiearts is de medisch specialist met de kennis en kunde van de revalidatiegeneeskunde in de volle breedte en met specialisme overschrijdende kennis. De PA is breed medisch inzetbaar. De VS is werkzaam binnen zijn/haar verpleegkundig specialisme. Het bepalen van het deelgebied waarbinnen de PA of VS werkzaam is, is relevant omdat aan de hand daarvan de inzetbaarheid kan worden vastgesteld en welke voorbehouden handelingen zelfstandig geïndiceerd en verricht mogen worden.

4.3 Bepaal de bijdrage van de PA en VS aan het zorgproces

De tweede stap betreft het bepalen van de bijdrage van de PA en VS aan het zorgproces. Hierbij zijn de beroepsbeoefenaren die het aangaat betrokken (artsen, PA's, VS-en). Afhankelijk van de wijze waarop de zorg lokaal is georganiseerd kunnen ook anderen betrokken worden, zoals de (ziekenhuis)apotheker, de Raad van Bestuur, de medische staf of de vakgroep.

Bij het herverdelen van de taken moet het uitgangspunt zijn dat de kwaliteit van zorg van gelijk niveau blijft of beter wordt. Dit betekent dat vooraf bedacht moet worden wie wat gaat doen en voor welk deel van de zorg verantwoordelijk wordt. Bepaal dus vooraf welke bijdrage de beroepsbeoefenaar aan het zorgproces gaat leveren en welke handelingen en taken daarbij horen. Dit moet afgestemd zijn op de opleiding, de competenties en het deskundigheidsgebied van de betrokken beroepsbeoefenaren.

4.4 Bepaal welke taken en voorbehouden handelingen zelfstandig geïndiceerd en verricht worden

In deze derde stap wordt vastgesteld welke taken en voorbehouden handelingen de PA en VS zelfstandig mag indiceren en verrichten. De afspraken hierover moeten altijd schriftelijk worden vastgelegd. Het betreft een werkafpraak tussen de PA of VS en betrokken revalidatiearts waarmee een samenwerkingsverband bestaat. Daarbij is het goed om te realiseren dat de wet onder voorwaarden bevoegdheden toekent aan de PA en VS om zelfstandig voorbehouden handelingen te indiceren en te verrichten. Het is om die reden dat artsen gezamenlijk met de PA en VS (en eventueel de instelling of het samenwerkingsverband) bepalen welke handelingen in aanmerking komen voor taakherschikking. Zie paragraaf 3.2.

EPA (entrustable professional activities)

In de praktijkopleidingen van medische en paramedische beroepsgroepen wordt tegenwoordig veel gebruik gemaakt van EPA's.

Zorgprofessionals in opleiding leren gaandeweg professionele activiteiten uitvoeren en krijgen deze vervolgens 'toevertrouwd' door het niveau van supervisie stapsgewijs te verminderen (van observeren, via directe proactieve en reactieve supervisie naar zelfstandig uitvoeren met supervisie op afstand of post-hoc verslag). Deze EPA-methodiek kan ook toegepast worden in het kader van taakherschikking.

EPA's zijn gestructureerde beschrijvingen van afgebakende beroepsactiviteiten (kernactiviteiten). Deze beroepsactiviteiten zijn herkenbaar op de werkvloer en daardoor toetsbaar. Een EPA beschrijft de kennis, vaardigheden en attitude die je nodig hebt om de activiteit te kunnen uitvoeren, in combinatie met de CanMEDS-competenties die in die situatie relevant zijn. Deze zijn als observeerbare criteria opgenomen in de beschrijving van de EPA:

- Kennis: die noodzakelijk is om de beroepsactiviteit goed te kunnen uitvoeren.
- Vaardigheden/verrichtingen: hebben betrekking op de bekwaamheid of behendigheid om specifiek omschreven klinische of niet klinische activiteiten juist uit te voeren.
- Attitude/houding: persoonlijke houding of instelling ten aanzien van het handelen of gedragen in beroepssituaties en beroepsactiviteiten.

Per instelling kan in onderling overleg tussen revalidatieartsen en PA en VS gekeken worden voor welke handelingen men EPA's wil ontwikkelen en toepassen.

Bekwaamheidsniveau's

Einddoel is dat een handeling zelfstandig, zonder supervisie, kan worden uitgevoerd. Dit zijn de vijf bekwaamheidsniveaus:

1. de PA en/of VS observeert (voert niet zelf uit);
2. de PA en/of VS voert een activiteit uit onder directe, proactieve supervisie;
3. de PA en/of VS voert een activiteit uit onder indirecte, reactieve supervisie; (supervisor is wel snel oproepbaar);
4. de PA en/of VS voert een activiteit geheel zelfstandig uit; er is geen supervisie nodig.
5. de PA en/of VS geeft zelf supervisie aan aios, anios, PA in opleiding, VS in opleiding en coassistenten

Als de PA en/of VS voldoende bekwaamheid op niveau 4 kan aantonen bijvoorbeeld middels KPB's, wordt dit besproken door de supervisoren en leidt dit tot een bekwaamverklaring. Door met betrokken leden van de vakgroep het superviseniveau vast te stellen, wordt gestreefd naar een goed afgewogen oordeel.

Bij jaargesprekken met de leidinggevende zal gestructureerd besproken moeten worden hoe een PA of VS functioneert. Het palet aan EPA's zal de voorkomende werkzaamheden moeten afdekken. Op het moment dat de werkzaamheden verschuiven kan het noodzakelijk zijn om nieuwe EPA's op te stellen (met bijbehorende nieuwe bekwaamverklaring) of om bekwaamverklaringen bij bestaande EPA's aan te passen.

Indien een PA of VS zelf supervisie geeft aan aios wordt aanbevolen dat dit in het lokaal opleidingsplan wordt opgenomen.

Werken volgens richtlijnen, standaarden en protocollen

De PA en VS werken volgens richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen die gelden binnen de revalidatiegeneeskunde en voor zover van toepassing op hun handelen. Indien richtlijnen geen passages bevatten die van toepassing zijn op de PA en/of VS, dient dat voor zover relevant te gebeuren bij het actualiseren van bestaande richtlijnen of bij het ontwikkelen van nieuwe richtlijnen.

Delegeren van voorbehouden handelingen

De wet bepaalt dat elke voorbehouden handeling waarvoor een PA of VS zelfstandig bevoegd is in opdracht van die PA of VS door een derde verricht mag worden (delegeren). Bepaal per handeling of deze ook in opdracht van de PA of VS door een andere zorgverlener mag worden verricht. Dit dient zodanig te gebeuren dat er hierdoor geen belemmeringen ontstaan bij het uitoefenen van ieders bijdrage aan het zorgproces. Als handelingen gedelegeerd worden moet voldaan worden aan de eisen die de Wet BIG daaraan stelt.

Werkformulier

Om taakherschikking in de praktijk concreet vorm te geven, zijn werkformulieren ontwikkeld door de Federatie Medisch Specialisten, NAPA en V&VN VS. Geadviseerd wordt van deze formulieren gebruik te maken. Het is van belang om in het werkformulier expliciet te vermelden welke voorbehouden handelingen door de PA en/of VS worden uitgevoerd.

De werkformulieren zijn beschikbaar via :

<https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/taakherschikking>

5. Randvoorwaarden

5.1 Inleiding

Om tot goede taakherschikking te komen, moet voldaan worden aan de volgende randvoorwaarden.

1. Kwaliteit van zorg moet uitgangspunt zijn.
2. Zorg voor een heldere verantwoordelijkheidsverdeling tussen de betrokken beroepsbeoefenaren.
3. Borg de kwaliteit van de (praktijk)opleiding van beroepsbeoefenaren.
4. Monitor de inzet van de PA en VS en van andere betrokkenen en evalueer de samenwerkingsafspraken.
5. Zorg voor heldere informatie over de inzet van beroepsbeoefenaren richting patiënten.
6. Pas de functiebeschrijvingen aan conform de bevoegdheden.

5.2 Kwaliteit van zorg moet uitgangspunt zijn

Bij alle stappen die gezet worden bij het toepassen van taakherschikking dient de kwaliteit van zorg leidend te zijn. Het inzetten van andere beroepsbeoefenaren met het oog op financiële besparing alleen is zeer ongewenst. Taakherschikking is geen doel op zich, maar een instrument om de kwaliteit en continuïteit van zorg te verbeteren. Daarbij moet gebruik gemaakt worden van de competenties en deskundigheid van de verschillende zorgverleners. Dit vergt een heldere visie op de wijze waarop de zorg ingericht dient te worden, geborgd door registratie, herregistratie en het volgen van voldoende geaccrediteerde nascholing.

Op grond van de Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en op de Wet BIG rust de verplichting om kwaliteit van zorg te leveren op de instelling, respectievelijk op de individuele zorgverlener. Als nieuwe of andere zorgverleners ingezet worden, moeten ze onderdeel gaan uitmaken van reguliere kwaliteitssystemen.

Tevens moet er voor gewaakt worden dat deze nieuwe zorgverleners voldoende bekwaam zijn om die taak uit te voeren. Dit omvat mede het volgen van voldoende geaccrediteerde nascholing.

5.3 Zorg voor een heldere verantwoordelijkheidsverdeling

Het bestuur van zorginstellingen is op grond van de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. Het bestuur maakt heldere afspraken met (teams) van zorgverleners om verantwoorde zorg te kunnen bieden. Door het inzetten van de PA en VS worden meerdere zorgverleners betrokken bij de zorgverlening aan patiënten. Een goede samenwerking en afspraken over taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen deze zorgverleners is van groot belang om gezamenlijk verantwoorde zorg te kunnen bieden. Het moet voor alle betrokken hulpverleners en indien van toepassing, de instelling, helder zijn wie wat doet in het zorgproces en wat ieders bijdrage is. Bij het opstellen van een (nieuwe) verantwoordelijkheidsverdeling dienen de aandachtspunten uit de KNMG handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg⁶ in acht genomen te worden. Deze handreiking is op 26 januari 2010 in werking getreden en wordt sinds 2013 door de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) gehandhaafd.

Ten aanzien van taakherschikking in de revalidatiegeneeskunde dient te allen tijde een revalidatiearts verbonden te zijn aan de instelling die beschikbaar en bereikbaar is voor intercollegiaal overleg en samen met de PA of VS de patiënt op locatie kan zien als dat nodig is.

5.4 Borg de kwaliteit van de (praktijk)opleiding

Om de kwaliteit van de praktijkopleiding te borgen moet ervoor gezorgd worden dat er opleidingsmomenten zijn en blijven conform de bestaande opleidingseisen. Dit geldt voor de opleiding van zowel coassistenten en aios als voor PA's in opleiding en VS-en in opleiding. Afgestudeerde/ervaren

PA's en VS-en kunnen actief ingezet worden ten behoeve van de opleiding van coassistenten, aios, anios, PA's in opleiding en VS-en in opleiding.

Daarnaast moet er voldoende mogelijkheid/capaciteit zijn voor bij- en nascholing in het kader van herregistratie van artsen, PA's en VS-en. Het is aan vakgroepen en instellingen om dit te faciliteren en te borgen.

5.5 Monitor de inzet van PA en VS en evalueer de samenwerkingsafspraken

Taakherschikking is een traject waarbij samenwerking van groot belang is. Vertrouwen tussen de verschillende betrokken beroepsbeoefenaren is daarbij essentieel. Die vertrouwensrelatie zal in de nieuwe situatie moeten groeien. Het is een proces dat zich in de loop van de tijd verder ontwikkelt. Dat betekent dat de inzet van de PA en VS gedurende die periode goed gevolgd moet worden en dat de samenwerkingsafspraken geëvalueerd en zo nodig bijgesteld moeten worden. Van belang is dat de medisch specialist / vakgroep overzicht behoudt over alle zorgactiviteiten binnen de vakgroep om afstemming in de samenwerking en daarmee de kwaliteit en continuïteit van de geleverde zorg te kunnen waarborgen.

De wijze waarop de inzet van de PA en VS of andere zorgprofessional wordt bekeken en geëvalueerd zal afhangen van de wijze waarop de taakherschikking is vormgegeven. Het 'monitoren' van de inzet van de PA en VS kan ook betekenen dat bijvoorbeeld jaargesprekken gevoerd worden, dat hun inzet in de kwaliteitsvisite wordt meegenomen of dat op andere wijze hun inzet wordt getoetst.

5.6 Zorg voor heldere informatie richting patiënten

Patiënten moeten geïnformeerd worden over de inzet van verschillende beroepsbeoefenaren. Voor hen moet in algemene zin duidelijk zijn welke bevoegdheden beroepsbeoefenaren hebben. Als verschillende beroepsbeoefenaren bij de behandeling van een patiënt betrokken zijn, moet de patiënt geïnformeerd worden over de titel die de betreffende behandelaar gerechtigd is te voeren. Op grond van de wet hebben de PA en VS het recht gekregen een titel te voeren. Deze titel moet gebruikt worden om verwarring over iemands deskundigheidsgebied te voorkomen. Met andere woorden: een PA moet zich als PA introduceren en een VS als VS. Beiden vermelden daarbij hun specialisatie/ deelgebied van de geneeskunde.

6. Aanbevelingen

De commissie doet de volgende aanbevelingen met betrekking tot implementatie van taakherschikking binnen de revalidatiegeneeskunde:

- Zorg dat er aan de randvoorwaarden voor taakherschikking wordt voldaan (zie hoofdstuk 5).
- Leg lokale afspraken over taakherschikking schriftelijk vast middels het werkformulier PA of VS.
- Zorg ervoor dat de PA en VS voldoende bekwaam zijn om hun taak uit te voeren. Dit omvat mede:
 - het aanbieden van voldoende geaccrediteerde (na)scholing en/of deskundigheidsbevordering en het faciliteren van de mogelijkheid tot het volgen hiervan (tijd en budget).
 - het monitoren en evalueren van de inzet en samenwerking.
- Bied de PA en VS staflidmaatschap aan / maak ze onderdeel van de vakgroep.
- Beschrijf in richtlijnen, standaarden en protocollen de rol van PA en VS. Afhankelijk van het onderwerp zou deelname van een PA of VS aan de richtlijncommissie gewenst kunnen zijn.
- Laat de PA en VS onderdeel uitmaken van reguliere kwaliteitssystemen, zoals de kwaliteitsvisitatie en de IFMS.
- Stimuleer dat de PA en VS lid worden van hun eigen beroepsvereniging en van de VRA conform de statuten.
- Accrediteer de congressen, symposia en nascholing van de VRA ook voor de PA en VS.
- Richt het systeem zo in dat de verrichtingen van de PA en VS op eigen naam en AGB-code worden gedeclareerd. Dit met als doel helder te krijgen wat effecten zijn van taakherschikking en de toegevoegde waarde van de PA in het veld expliciet te kunnen maken. Dit conform de aanbevelingen NZA-monitor.⁷
- Maak, waar mogelijk, gebruik van de landelijke EPA's revalidatiegeneeskunde bij de opleiding van de PA en VS.

7. Referenties

1. Taakherschikking in de Gezondheidszorg. Gezondheidsraad: 11 december 2008.
2. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2018-130.html>
3. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2018-39930.html>
4. Handreiking implementatie taakherschikking. KNMG, V&VN, NAPA: november 2012.
5. Nadere uitwerking van de medisch specialisten op de Handreiking Implementatie Taakherschikking van KNMG. Orde van Medisch Specialisten, vastgesteld in de Raad Kwaliteit van 31 januari 2013.
6. Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF: 26 januari 2010.
7. Monitor Taakherschikking NZa d.d. 1-4-2019:
<https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2019/04/01/effecten-taakherschikking-op-betalbaarheid-blijven-achter>
8. Beroepsprofiel Physician Assistant:
<https://www.napa.nl/kwaliteit-nascholing/dossiers/beroepsprofiel-voor-de-physician-assistant/>

Bijlage 1 Aandachtspunten bij verantwoordelijkheidsverdeling

1. Voor de revalidant is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners:
 - het aanspreekpunt is voor vragen van de revalidant of diens vertegenwoordiger;
 - de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de revalidant;
 - belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de revalidant (zorgcoördinator).Het is van belang dat deze drie taken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeeld. Zo mogelijk zijn deze taken in één hand.
2. Alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken zo nodig over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan betreffende de revalidant.
3. Gegarandeerd wordt dat de rechten van de revalidant, zoals deze voortvloeien uit wetgeving en rechtspraak, op de juiste wijze worden nagekomen. Waar nodig worden afspraken gemaakt om te vergemakkelijken dat de revalidant de hem toekomende rechten kan uitoefenen.
4. Een zorgverlener die deelneemt in een samenwerkingstraject vergewist zich ervan dat hij/zij beschikt over relevante gegevens van collega's en informeert collega's over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen.
5. Relevante gegevens worden aangetekend in een dossier betreffende de revalidant . Bij voorkeur is dit een geïntegreerd dossier, dat door alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners kan worden geraadpleegd en aangevuld. Zo niet, dan worden afspraken gemaakt over de wijze waarop samenwerkingspartners relevante informatie uit een dossier kunnen verkrijgen.
6. Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband maken duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de revalidant en evalueren dat systematisch.
7. Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband zijn alert op de grenzen van de eigen mogelijkheden en deskundigheid en verwijzen zo nodig tijdig door naar een andere zorgverlener. Zij zijn op de hoogte van de kerncompetenties van de andere betrokken zorgverleners.
8. In gevallen waarin tussen zorgverleners een opdrachtrelatie bestaat, geeft de opdrachtgevende zorgverlener voldoende instructies met betrekking tot de zorgverlening aan de revalidant.
9. Overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats. Bij de inrichting van overdrachtmomenten is van belang om zowel rekening te houden met bij overdrachtssituaties in het algemeen veel voorkomende risico's als met eventuele specifieke kenmerken van de revalidantsituatie.
10. Waar nodig voor een goede zorgverlening wordt in situaties van samenwerking in de zorg voorzien in controlemomenten (overleg, evaluatie).
11. De revalidant of diens vertegenwoordiger wordt intensief betrokken bij de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van het zorg- of behandelplan. De eigen verantwoordelijkheid van de revalidant in relatie tot het zorgproces wordt zoveel mogelijk gestimuleerd.
12. Afspraken die door samenwerkingspartners worden gemaakt over de aard en inrichting van de samenwerking en over ieders betrokkenheid worden schriftelijk vastgelegd.
13. Met betrekking tot incidenten (waaronder begrepen fouten) geldt het volgende:
 - naar de revalidant wordt over incidenten openheid betracht;
 - incidenten worden gemeld op een binnen het samenwerkingsverband afgesproken centraal punt;

- een aan het samenwerkingsverband deelnemende zorgverlener die in de ogen van een of meer collega's niet voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg, wordt door hen daarop aangesproken.

Deze aandachtspunten worden nader toegelicht in de 'Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2010)'⁶. Deze Handreiking wordt onderschreven door de KNMG, de organisaties van algemene en academische ziekenhuizen (NVZ, NFU), verpleegkundigen (V&VN), verloskundigen (KNOV), fysiotherapeuten (KNGF), psychologen (NIP), apothekers (KNMP) en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ Nederland). Ook de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) steunt de Handreiking.