
Samenvatting

Ontwikkelingen op het gebied van taakherschikking

Van taakherschikking in de gezondheidszorg wordt veel verwacht. Het anders toebedelen van taken en het inzetten van een nieuw type professional – een niet-arts die beperkt medische taken uit mag voeren – zou de kwaliteit vergroten, en leiden tot doelmatiger zorg. Dat is van belang om ook bij een stijgende zorgvraag te voorzien in wat nodig is. Maar treden deze effecten inderdaad op? Tot nu toe was daar niet veel over bekend.

Deze onzekerheid over de effecten werd in 2002 door de Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) al genoemd als een van de hindernissen die nog overwonnen moesten worden. Verder noemde de raad: onzekerheid over de acceptatie bij patiënten, onzekerheid over de acceptatie bij beroepsgroepen, juridische obstakels en financiële barrières.

Sindsdien heeft taakherschikking steeds meer ingang gevonden in de praktijk, en is er het nodige onderzoek gedaan. Recent heeft de minister van VWS bovendien aangegeven de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) aan te willen passen, om bepaalde verpleegkundigen een zelfstandige bevoegdheid toe te kennen. Daarmee wordt dan geregeld dat nurse practitioners (behorend tot de verpleegkundig specialisten) en physician assistants – twee voorbeelden van nieuwe zorgprofessionals – kleine ingrepen kunnen verrichten.

De ontwikkelingen in de praktijk en in de politiek zijn dus doorgegaan. Dat maakt het interessant om na te gaan of de beloften van taakherschikking inder-

daad worden ingelost. De Gezondheidsraad vond de tijd dan ook rijp om de stand van zaken op dat terrein onder de loep te nemen, en in kaart te brengen wat we op dit moment weten over de effectiviteit van taakherschikking, en over de andere punten die in het RVZ-advies uit 2002 werden genoemd als mogelijke barrières.

Nieuwe kennis over kwaliteit en doelmatigheid

Het beperkt beschikbare wetenschappelijke onderzoek uit het buitenland en van eigen bodem, aangevuld met de bevindingen van experts, toont een gedifferentieerd beeld. De kwaliteit van zorg lijkt in ieder geval vrijwel nooit te lijden onder een andere toedeling van taken of de toetreding van een nieuw type professional. Dat is een belangrijke voorwaarde voor een verantwoorde taakherschikking, waaraan dus als regel wordt voldaan.

Er zijn ook aanwijzingen dat de kwaliteit van zorg verbetert, maar dat is vooral doordat patiënten beter begeleid en gesteund kunnen worden. Nurse practitioners en physician assistants, en ook praktijkassistenten of praktijkondersteuners die taken van huisartsen overnemen, geven meer aandacht aan die aspecten. Andere manieren om kwaliteit te meten, zoals effecten op de volksgezondheid als geheel, tonen echter geen verandering.

Dit impliceert dat de doelmatigheidswinst op dit moment beperkt zal zijn. Met taakherschikking worden vooralsnog zorgprofessionals toegevoegd, en in beperkte mate taken overgeheveld. Van een andere inrichting van het zorgproces is echter nog geen sprake. Artsen blijken zich ook niet minder belast te voelen. Het zou kunnen dat een herschikking van het proces op termijn wel tot doelmatiger zorg kan leiden.

De kennis op al deze punten is echter beperkt. Voor de veronderstellingen die ten grondslag liggen aan het beleid is dan ook nog weinig empirische steun te vinden.

Nieuwe kennis over acceptatie bij patiënten en professionals, wetgeving en financiën

Hoe is de stand van kennis over de andere punten die de RVZ in 2002 als hinderenis identificeerde? Patiënten blijken goede ervaringen op te doen als zij eenmaal in aanraking komen met niet-artsen die duidelijk omschreven medische taken uitvoeren. Uit zichzelf zijn zij echter geneigd om aan te kloppen bij de vertrouwde artsen.

Artsen blijken zelf ook behoudend in hun gedrag, terwijl de mogelijkheden om taken verantwoord over te hevelen er wel zijn. Protocollering zou het ver-

trouwen tussen beroepsgroepen waarschijnlijk nog kunnen vergroten. Maar ook hier geldt dat wellicht meer verwacht kan worden van een andere inrichting van het proces dan van de individuele beslissing om taken over te hevelen.

Juridische obstakels die er in 2002 nog waren, zijn voor een deel weggenomen door de voorgenomen aanpassing van de wet BIG. Er blijven echter lacunes, omdat niet alle zorgverleners die medische taken beoefenen daarmee een bevoegdheid is toegekend. Dat kan aanleiding zijn tot strenger toezicht. Wordt er gekozen voor meer regelgeving, dan is het belangrijk dat daarbij een midden gevonden wordt 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.

Over de financiële belemmeringen waarover de RVZ rapporteerde is op dit moment weinig nieuwe kennis voorhanden. De invoering van de DBC's lijkt geen extra problemen te scheppen, omdat daarin vaak in het midden wordt gelaten welke zorgprofessional de behandeling uit zal voeren.

Nieuwe aandachtspunten

De stand van zaken die hiermee is geïnventariseerd levert een aantal nieuwe aandachtspunten op. De belangrijkste daarvan is dat taakherschikking op dit moment iets lijkt te zijn wat wordt toegevoegd aan het bestaande en vertrouwde zorgproces, terwijl het ook een uitgangspunt kan zijn – en zou moeten zijn – om dat proces wat anders in te richten. Het is denkbaar dat daarmee dan ook de beoogde doelmatigheidswinst geboekt kan worden, terwijl de kwaliteit van zorg gewaarborgd kan blijven, of nog omhoog kan gaan. Het is echter ook duidelijk geworden dat de kennis over de effecten beperkt is. Langlopend onderzoek kan helpen om daar meer inzicht in te krijgen.