

Vergaderjaar 2018–2019

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 994

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 juni 2019

Gezien de toekomstige stijgende en steeds veranderende zorgvraag en capaciteitstekorten vind ik het belangrijk om voortdurend naar kansen te zoeken om het proces van zorgverlening effectiever en doelmatiger te organiseren met behoud van kwaliteit, patiëntveiligheid en toegankelijkheid. Dat vraagt om de juiste zorgverlener op de juiste plek.

Ik vind taakherschikking een belangrijk instrument om in te spelen op deze veranderende en stijgende zorgvraag. Door taakherschikking komt er tijd vrij bij professionals voor werkzaamheden die echt tot hun kerntaken en specialisme behoren. Taakherschikking past ook bij het idee dat iedere professional moet doen waar hij goed in is en de patiënt hierbij maximaal is geholpen. Dit komt het werkplezier, de kwaliteit én de efficiency van professionals ten goede en daarmee de effectiviteit van de zorg. Ik zet mij daarom in voor het maximaal stimuleren van bestaande initiatieven en voor het benutten van nieuwe kansen. We moeten slim kijken naar de beste manier om functies, rollen, bevoegdheden en verantwoordelijkheden in te richten en ze waar nodig te herverdelen of op te splitsen.

Taakherschikking

Niet alles hoeft door de arts te worden gedaan. Een goed voorbeeld van taakherschikking zijn de Verpleegkundig Specialist (VS) en de Physician Assistant (PA). Deze beroepen hebben een succesvol experiment conform het experimenteerartikel in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) doorlopen, waarbij in dat kader een (nieuwe) beroepsgroep gedurende vijf jaar de zelfstandige bevoegdheid kan krijgen om voorbehouden handelingen te verrichten. Inmiddels zijn zij definitief opgenomen in artikel 3 van de Wet BIG. Onderzoeken wijzen uit dat de inzet van de PA en VS heeft geleid tot betere kwaliteit van zorg, hoge patiënttevredenheid, meer doelmatige organisatie van de zorg, minder en kortere wachttijden en meer tijd voor de patiënt. Deze korter en anders opgeleide zorgprofessionals voeren minder complexe, medische taken uit.

Er zijn inmiddels ruim 1.200 PA's en bijna 3.200 VS'en succesvol afgestudeerd en aan het werk. Vrijwel alle opgeleide zorgverleners hebben zorg van medisch specialisten en huisartsen overgenomen. In navolging van het Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2019–2022 zal ik jaarlijks 700 bekostigde opleidingsplekken voor PA's en VS'en beschikbaar (1e en 2e lijn) stellen.

Daarnaast heb ik besloten op verzoek van de Vereniging Hogescholen voor komend studiejaar de instroom in de opleiding tot PA en de opleiding tot VS incidenteel te verhogen met respectievelijk 30 en 60 opleidingsplaatsen.

Ik heb het Capaciteitsorgaan gevraagd om een raming op te stellen voor de toekomstige benodigde capaciteit van PA's en VS'en zowel in de huisartsenzorg als in de medisch specialistische zorg. Zoals in mijn brief van 1 april 2019 aan uw Kamer gemeld, zal deze raming naar verwachting eind 2019 verschijnen en zal ik dit met partijen bespreken.

Taakherschikking zal door de invloed van technologie alleen maar toenemen. Een mooi beroep dat inspeelt op toenemend gebruik van technologie in de zorg is de Klinisch Technoloog; inmiddels zijn er rond 400 Klinisch Technologen. Ook dit beroep is een voorbeeld van een succesvol experiment conform de Wet BIG. De mogelijkheden die dit experiment heeft geschapen voor een aantal voorbehouden handelingen door de klinisch technologen zijn doeltreffend. Zo blijkt dat patiënten zeer tevreden zijn over de ontvangen zorg en uitvoering van de voorbehouden handelingen door de klinisch technoloog. De wetswijziging tot definitieve regulering van de klinisch technoloog in de Wet BIG is op 23 april 2019 aangenomen door de Eerste Kamer en zal vanaf 1 januari 2020 in werking treden.

Op dit moment loopt een experiment met de Bachelor Medisch Hulpverlener (BMH). De BMH is een beroep met een brede medische basisopleiding werkzaam op de ambulancezorg, SEH en operatieve zorg. De BMH kan terecht komen in acute levensbedreigende situaties waarin hij gelijk moet kunnen handelen zonder dat een arts daarbij aanwezig is. In dat kader heeft de BMH sinds 2017 de tijdelijke bevoegdheid om zelfstandig bepaalde voorbehouden handelingen te verrichten. Er zijn op dit moment 260 Bachelor Medisch Hulpverleners succesvol afgestudeerd; het experiment loopt tot mei 2022.

Daarnaast maak ik mogelijk dat er taakherschikking plaats vindt tussen tandartsen en mondhygiënist. Er is een experiment in voorbereiding waarmee geregistreerd-mondhygiënist enkele voorbehouden handelingen, zoals toepassen van lokale anesthesie, zelfstandig kunnen verrichten. Het experiment zal naar verwachting medio 2020 van start gaan en zal vooraf worden gegaan door een nulmeting. Deze nulmeting is per 1 juni jl. van start gegaan.

Bovengenoemde voorbeelden sluiten aan bij mijn visie dat iedere professional moet doen waar hij goed in is en de patiënt hierbij maximaal is geholpen. Met de Taskforce «De juiste zorg op de juiste plek» is geconstateerd dat de zorg in Nederland goed georganiseerd is maar tegelijk ook nog zoveel beter kan. Stapsgewijs blijven experimenteren en verbeteren is noodzakelijk.

Technologische ontwikkelingen

Ook bieden technologische ontwikkelingen kansen voor zorgverschuiving vanuit een zorgverlener naar een robot of andere technologische voorzieningen. Zo zijn er al diverse voorbeelden waarbij geëxperimen-

teerd wordt met het overnemen van zorghandelingen van zorgverleners door robots. Een voorbeeld is de oogoperatie afgelopen maand in het Oogziekenhuis Rotterdam waar voor het eerst ter wereld een oogoperatie met behulp van een operatierobot succesvol is uitgevoerd. Om goed in te kunnen spelen op onder andere opkomende technologieën heb ik aan de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) gevraagd om advies uit te brengen over de toekomstbestendigheid van de Wet BIG. De RVS besteedt in haar advies aandacht aan andersoortige voorbehouden handelingen die mede door technologische ontwikkelingen mogelijk aan de Wet BIG moeten worden toegevoegd. Dit advies zal naar verwachting in het najaar uitgebracht worden.

Jobcarving en jobcrafting

Naast taakherschikking kan personeel ook via jobcarving en jobcrafting gerichter worden ingezet. Dit betekent dat veel meer naar de persoon zelf gekeken moet worden met zijn of haar talenten als uitgangspunt in plaats van wat een concrete vacature vraagt. Om ervoor te zorgen dat werkgevers enerzijds, en uitkeringsinstanties anderzijds, veel beter bewust zijn van de mogelijkheden die jobcarving biedt heeft mijn ministerie en het Ministerie van SZW op 11 juli 2018 een intentieverklaring getekend met veldpartijen.¹ Hiervoor zijn pilots gestart in de regio Amsterdam, Arnhem en Zeeland waarin zorginstellingen, gemeenten, UWV, werkgeversservicepunten en scholen voor praktijkonderwijs en voortgezet speciaal onderwijs samenwerken om de instroom op betaalde banen te vergroten.

Taakherschikking, jobcarving en jobcrafting leveren een positieve bijdrage aan actielijn 3 «Anders Werken» van het actieprogramma Werken in de Zorg en daarmee aan het terugdringen van de personeelstekorten. Het nieuwe Regioteam van het actieprogramma dat tot doel heeft kwantitatieve en kwalitatieve versnelling in het land te bevorderen, zal voor deze instrumenten in elke regio expliciet aandacht hebben. Ik ga de Commissie Werken in de zorg vragen om in het najaar te monitoren of dit in de regio's ook echt al goed wordt opgepakt. Deze toets is niet vrijblijvend, en kan er in het uiterste geval toe leiden dat middelen voor scholing vanuit SectorplanPlus tijdelijk worden aangehouden.

Paramedische zorg

Ook de paramedische sector² vervult een belangrijke rol bij de ontwikkelingen en ambities in het kader van het efficiënter inrichten van zorg. Paramedische zorgverleners zijn professionals die zorg dicht bij de patiënt leveren en het functioneren van de patiënt centraal stellen. De «Juiste Zorg op de Juiste Plek» is daarnaast een belangrijke verbinding door de verschillende sectoren en bestuurlijke akkoorden en afspraken heen. De beperking van de groei in de medisch specialistische zorg (MSZ) kan alleen als huisartsen, wijkverpleging, paramedische zorgverleners, etc. ook delen van deze zorg kunnen overnemen of vervangen.

Om die reden heb ik onderzoeksbureau Andersson Elffers Felix (AEF) gevraagd onderzoek te doen naar kansen van het verschuiven van zorg van medische specialistische zorg en huisartsenzorg (HZ) naar paramedische zorg.

¹ VGN, ActiZ, de Sectorraad Praktijkonderwijs, de PO-raad, Lecso, Divosa, het UWV, Regioplus en CNV Zorg & Welzijn.

² fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie, diëtetiek, huidtherapie, optometrie en orthoptie.

dische zorg. Hierbij bied ik u het rapport *«Zorgverplaatsing naar de paramedische sector: lokale kansen verzilveren op nationaal niveau»* aan³.

Conclusies en aanbevelingen

De onderzoekers hebben meer dan twintig bestaande initiatieven bekeken waar zorg van MSZ en HZ naar de paramedische sector is verschoven.

De onderzoekers concluderen dat het starten van een initiatief afhangt van de omvang van de patiëntengroep, de organisatiegraad van de (para)medici, de noodzaak en urgentie van zorgverschuiving en draagvlak. Het daadwerkelijk groot worden van een gestart initiatief is afhankelijk van een vijftal succesbepalende factoren: de aanwezigheid van bewijs, financiële afspraken, verbinding tussen domeinen, een «gelijkwaardig partnerschap» en ambassadeurs. AEF concludeert dat slechts een minderheid van de initiatieven uitgroeien tot een succes. Dit vanwege de hobbels in bewijsvoering, financiële mogelijkheden en aansluiting tussen medici en paramedici. Het ontstaan van nieuwe initiatieven is nu nog vaak een toevalstreffer, voornamelijk gedragen door gepassioneerde professionals die erin slagen een initiatief van de grond te krijgen. Een matig gelijk speelveld door onvoldoende vertrouwen over geleverde kwaliteit en deskundigheid van paramedici en financiële prikkels die niet stimuleren om zorg anders te leveren, houden de impact tegen.

De onderzoekers doen aanbevelingen die gaan over het onderbouwen van kwaliteit van zorg en kosteneffectiviteit, de organisatiegraad van de paramedische sector, vertrouwen, samenwerking en harmonisatie in de netwerkstructuur om de bestaande initiatieven groter te maken en nieuwe initiatieven te vinden. Deze omarm ik van harte. Deze onderwerpen komen terug in het onderhandelaarsakkoord over de bestuurlijke afspraken paramedische zorg 2019–2022 dat zeer recentelijk bereikt is (Kamerstuk 33 578 nr. 64). Daarnaast herken ik veel thema's uit de NZa-monitor *«Paramedische zorg, overzicht van de ontwikkelingen 2012–2018»*, die ik u onlangs heb aangeboden (Kamerstukken 33 578 en 29 689, nr. 62).

Vervolg

De bevindingen uit dit rapport bieden waardevolle inzichten in de kansen om taakherschikking binnen de paramedische zorg (verder) te realiseren en bij het behalen van de doelstellingen van de Juiste Zorg op de Juiste Plek.

Zoals ik heb aangegeven in mijn kabinetsreactie van 11 oktober 2018 op het rapport van de Taskforce «De juiste zorg op de juiste plek»⁴, was ik voornemens een «virtuele vindplaats» in te richten voor best practices, zodat partijen elkaar kunnen inspireren, van elkaar kunnen leren en met elkaar in contact kunnen komen. Deze vindplaats (www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl) is inmiddels gecreëerd en biedt de mogelijkheid om de mooie voorbeelden uit het AEF-onderzoek een podium te geven. Een aantal voorbeelden zal dan ook binnenkort op dit platform gedeeld worden. De aanbevelingen om de potentiële bijdrage daadwerkelijk te benutten komen terug in het hierboven genoemde onderhandelaarsakkoord. Ik zal deze aanbevelingen meenemen in mijn verdere gesprekken die ik met de betrokken partijen hierover voer, en ook in het kader van de versnellingsagenda uit het MSZ-akkoord.

Kortom, ik ben blij dat taakherschikking, jobcarving en jobcrafting inmiddels een ontwikkeling is die zich breed verspreidt en zet mij samen

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

⁴ Kamerstuk 29 689, nr. 938.

met het veld actief in om deze instrumenten verder te brengen en nieuwe kansen te benutten. Dit levert een positieve bijdrage aan het actieprogramma Werken in de Zorg en daarmee aan het terugdringen van de personeelstekorten.

De Minister voor Medische Zorg en Sport,
B.J. Bruins