Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk

Een meting gericht op de effecten van beleidsregelwijzigingen in 2015

14 juli 2016
Uitgevoerd door de Adviesgroep Procesverbetering en Innovatie van het Radboudumc in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Drs. A.J. (Arjan) Kouwen
Drs. G.T.W.J (Geert) v.d. Brink
P.J.M. (Petra) Kleven MSc
N.M. (Nicole) Leferink MA
Y.P. (Yvonne) van Vugt MSc
Drs. Y. (Yvonne) Grijzen
M.J.W.M. (Maaike) van der Heijden
Ir. B.A.G. (Bart) van Acker

Radboudumc

Inhoud

Dankwoord 4
Leeswijzer 5
Samenvatting 6
1 Inleiding 9
2 Informatievoorziening en kennis rondom taakherschikking en kostprijzen 13
3 Effecten landelijk beleid taakherschikking 15
4 Business cases: Taakherschikking in kaart gebracht 46
5 Eindconclusies 50
6 Aanbevelingen vervolgonderzoek 57
Gehanteerde afkortingen en begrippen 60
Literatuurlijst 62
Bijlagen 65
Bijlage 1: Samenvatting eerste onderzoek (Taakherschikking & kostprijzen, 2014) 66
Bijlage 2: Analysekader: de driehoek van taakherschikking 67
Bijlage 3: Samenvatting per casus 86
Bijlage 4: Samenvattende tabel uitkomsten businesscases 101
Bijlage 5: Samenvattende lijst presentaties 107
Bijlage 6: Specificatie data hermetingsanalyse 112
Bijlage 7: Dataspecificatie diepteanalyse 114
Bijlage 8: Uitkomsten Enquête hermeting 116
Bijlage 9: Vragenlijsten hermeting 140

Dankwoord

Vanuit de projectgroep en de stuurgroep willen we iedereen die betrokken is geweest bedanken voor de mogelijkheid om op deze manier onderzoek te mogen doen. Naast het boeiende onderwerp was het een voorrecht om op zoveel locaties met zoveel mensen te mogen spreken. We hebben veel geleerd van deze interviews met zorgprofessionals en experts. Niet alleen de verpleegkundig specialisten en physician assistants zelf, maar ook de medisch specialisten, data-experts en beleidsadviseurs hielpen ons welwillend met het verzamelen van de gegevens in een lastige of drukke periode rondom jaarafsluitingen, de vorming van Medisch Specialistische Bedrijven etcetera.

Het is vooral bijzonder dat vijf ziekenhuizen voor een langere periode bereid waren om ons onderzoek met vertrouwelijke gegevens te ondersteunen. Naast de ziekenhuizen willen we ook de klankbordgroep danken voor hun inzet en kritische reflectie op momenten dat we scherp gehouden moesten worden. Het heeft ons geholpen om dit onderzoek in de juiste banen te leiden.

Projectgroep en stuurgroep Taakherschikking
Adviesgroep Procesverbetering en Innovatie

Leeswijzer

Voor u ligt het rapport ‘taakherschikking in de praktijk: een meting van de effecten van beleidsregelwijzigingen’. In dit onderzoek hebben wij ons gericht op de effecten van landelijk ingezet beleid in 2015 als vervolg op ons eerdere onderzoek ‘taakherschikking en kostprijzen’ waar we een eerste meting hebben uitgevoerd om mogelijke belemmeringen rondom taakherschikking op te sporen.

In eerste instantie hebben we in ons ontwerp een identieke meting willen uitvoeren als in 2014. Echter, uit verkennende gesprekken en de businesscases bleken snel dat ziekenhuizen beperkt aanpassingen in kostprijssystematieken doorgevoerd hadden en zijn de huidige kostprijzen gebaseerd op basis van de data uit voorgaande jaren en in dit geval dus 2014. Verwachting was dat een sensitiviteitsanalyse dan geen aanvullende waarde zou hebben omdat immers dezelfde uitkomsten te verwachten zijn. Om deze reden hebben we ervoor gekozen om in onze analyses zichtbaar te maken welke aanpassingen er wel gemaakt zijn en ons te richten op de bijdrage en de effecten van Verpleegkundig Specialisten (VS) en Physician Assistants (PA) in het (zorg-) productieproces, gegeven de beperkte veronderstelde zichtbaarheid.

Om een volledig beeld te geven van de constatering en onze bevindingen zijn in dit rapport ook de bevindingen van de businesscases (inclusief onze methode) en de bevindingen van de ‘informatievoorziening’ opgenomen. Inclusief de conclusies uit de hermeting leidt dit wat ons betreft tot een rijk(er) en relevant totaalbeeld van taakherschikking in de afgelopen meetperiode.

Samenvatting

Inleiding

Sinds 2012 mogen de physician assistant (PA) en de verpleegkundig specialist (VS) een aantal voorbehouden handelingen op het terrein van medisch specialistische zorg zelfstandig indiceren en uitvoeren[1]. In 2015 zijn maatregelen getroffen om belemmeringen rondom taakherschikking in de bekostiging weg te nemen[2]. Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wil hiermee het doelmatiger organiseren van de zorg stimuleren[3]. Dit onderzoek is een vervolg op de aanbevelingen van het eerdere onderzoek 'Taakherschikking en kostprijzen' (2014). Vanuit deze aanbevelingen formuleerden we de volgende drie onderzoeksdoelen: (1) het verder ontwikkelen van hulpmiddelen voor ziekenhuizen om taakherschikking inzichtelijk te maken; (2) het verbeteren van de informatievoorziening en kennis binnen ziekenhuizen rondom taakherschikking en kostprijzen en tenslotte (3) inzicht krijgen in de effecten van de integrale bekostiging en beleidsregelwijzigingen[4] op de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten binnen ziekenhuizen. Dit rapport is vooral gericht op de bevindingen rondom de effecten van de beleidsregelwijzigingen. Op grond van onze bevindingen bij de doelen 1 en 2 is geconcludeerd dat een volledige hermeting (nog) niet uitgevoerd kon worden. Daarom is ervoor gekozen om op basis van de reeds beschikbare gegevens (de op naam geregistreerde consulten) zichtbaar te maken.

Methode

Met behulp van de ontwikkelde methode 'de driehoek van taakherschikking' zijn gegevens geïnventariseerd (data opgevraagd en interviews gehouden). Deze methode is gericht op het in kaart brengen van taakherschikking op de deelgebieden kwaliteit, toegankelijkheid, patiëntervaring en kosten. Deze effecten van taakherschikking zijn op de praktijksituatie bij de 7 businesscases in kaart gebracht en geanalyseerd[5]. Voor de hermeting is een data-analyse en een aanvullende diepteanalyse uitgevoerd. Vervolgens is een kwalitatieve enquête uitgevoerd onder VS, PA, Medisch Specialisten (MS) en Managers bij vier ziekenhuizen. De verkregen data zijn voorgelegd aan de zorgprofessionals en data-specialisten van de betrokken afdelingen evenals de bevindingen. Aan de hand van de reacties zijn conclusies getrokken.

Resultaten

In de eerste plaats bleek een hermeting op basis van de beperkte gegevens uit 2015 niet mogelijk. De huidige registraties (2015) zijn nog onvoldoende doorgevoerd om een volledig beeld te geven en daarnaast zijn kostprijzen bij de deelnemende ziekenhuizen met name gebaseerd op gegevens uit 2014. Om deze reden is ervoor gekozen om zichtbaar te maken welke aanpassingen wel zijn doorgevoerd en de bijdrage van de VS en PA zichtbaar te maken. De registraties, uitgesplitst naar MS, VS of PA, worden in toenemende mate door ziekenhuizen aangepast. Met name door het verruimen van het face to face criterium voeren PA en VS naast de controlebezoeken ook eerste polikliniek-

[1] *Staatsblad*, jaargang 2011, nrs. 658 en 659
[2] Het zelfstandig mogen openen en sluiten van DBC-Zorgproducten, het verbreden van het Face-to-face criterium en registratiewijzigingen.
[3] E.I. Schippers, Voorhangbrief aan de voorzitter van de 2e kamer nr. 437, 29_689 Herziening zorgstelsel, 22 april 2013.
[4] Ondermeer de verbreding van het face-to-face contact en het zelfstandig openen van DBC-zorgproducten
[5] Er zijn in totaal 14 specialismen en 5 ziekenhuizen betrokken

bezoeken zelfstandig uit. Per saldo leidt dit tot een stijging van 120% in nieuwe consulten en 128% in herhaalconsulten in 2015 ten opzichte van 2014. Uit diepere analyses blijkt bovendien dat deze stijging niet verklaard wordt door een stijging in zorgconsumptie, maar een gevolg is van een verbeterde registratie. Bij de onderzochte ziekenhuizen zagen de medisch specialisten de patiënt minder vaak in 2015. Met name bij de patiënten die zowel door de medisch specialisten als de PA of VS gezien worden is een daling te zien. Bij de kostprijsvaststelling zien we dat een beperkt aantal ziekenhuizen de kosten van de PA/VS specifiek naar verrichtingen toerekent.

Alle ziekenhuizen geven aan dat in de onderhandelingen met verzekeraars niet gesproken wordt over taakherschikking of de inzet van de PA/VS. Verkoopprijzen worden niet aangepast naar aanleiding van de inzet van PA/VS.

Sommige zorgverzekeraars keuren (door-)verwijzingen, machtigingen en DBC's geopend door VS/PA af. Verschillende ziekenhuizen ervaren dat als een belemmering bij de inzet van de PA/VS. Bij navraag is gebleken dat zorgverzekeraars hierover onderling ook verschillende contractafspraken maken. Eén zorgverzekeraar accepteert in het geheel geen verwijzingen van PA en VS, andere zorgverzekeraars juist weer wel. Twee ziekenhuizen geven aan dat dit een reden is om PA/VS niet zelfstandig DBC's te laten openen en verwijzingen uit te laten voeren. Respectievelijk 58% en 69% van de PA en VS geeft aan dat men niet zelfstandig DBC-zorgproducten opent of uitvoert.

De aanpassing van de beleidsregels heeft volgens de Medisch Specialisten, PA en VS een positief effect gehad. Velen vinden dat met deze aanpassingen meer mogelijkheden voor taakherschikking zijn gecreëerd. Een efficiënter werkproces wordt daarbij genoemd als positief effect. Medisch specialisten en VS/PA geven echter ook aan dat er nog steeds belemmeringen zijn. MSB's, ziekenhuizen en afdelingen zouden beter ingericht kunnen worden op taakherschikking. Zij geven aan dat het beleid niet aansluit op de praktijk van taakherschikking. Opvallend is ook dat medisch specialisten aangeven dat de financiële onduidelijkheid in de dagelijkse praktijk tot terughoudendheid over de inzet van de PA/VS bij de medisch specialist leidt.

Conclusies

We concluderen dat taakherschikking meer en zichtbaar(der) is doorgevoerd in 2015 ten opzichte van 2014: ziekenhuizen passen in toenemende mate hun registraties aan en herschikken daadwerkelijk taken zoals nieuwe consulten. Uit verdiepende analyses blijkt bovendien dat de toegenomen productie geen stijging in zorgconsumptie is, maar een gevolg is van verbeterde registratie. Toch zijn er in de praktijk nog steeds belemmeringen die een rol spelen. De afdelingen, MSB's en ziekenhuizen zouden meer en beter ingericht kunnen worden op taakherschikking. We concluderen daarnaast dat ook zorgverzekeraars en ziekenhuizen naast de inhoud van zorg meer en betere afspraken kunnen maken rondom taakherschikking. Contractuele afspraken rondom taakherschikking en afspraken rondom het accepteren van (door-) verwijzingen, machtigingen en DBC's geopend door VS/PA zouden geaccepteerd moeten worden door zorgverzekeraars. Deze wijziging zal leiden tot een groei van het aantal DBC-zorgproducten dat een VS/PA zelfstandig op naam opent. Discussies rondom financiële effecten als gevolg van taakherschikking leiden tot een voorzichtige houding bij de medisch specialist werkzaam in een Medisch specialistisch bedrijf (MSB). Niettemin scoren de activiteiten van VS/PA op alle facetten van de driehoek een hoge meerwaarde (gemiddelde 8). Een belangrijke conclusie luidt dan ook dat betere beleidsafspraken op dit punt tussen MSB en ziekenhuis hierin verbetering kan brengen.

Aanbevelingen

Maak gerichte afspraken over inzet, financiële dekking en positionering van VS en PA

Wij bevelen aan om gerichte afspraken binnen ziekenhuizen te maken over de inzet en positionering van deze beide beroepsgroepen. Naast het **takenpakket** en de keuze voor ofwel VS ofwel PA, dient ook de organisatorische **positie** helder te zijn. De verdeling van **kosten en baten** dient af te hangen van het takenpakket en niet van het soort functionaris: VS of PA. Afdelingen kunnen de effecten van taakherschikking beter sturen wanneer ze vooraf vaststellen welke doelen men wil bereiken op de assen '**kwaliteit', 'toegankelijkheid' en 'kosten'**. Om de inzet van deze functionarissen vervolgens constructief te verbeteren dient men de realisatie van deze doelen periodiek te meten en te bespreken. Door registraties op naam of functie te verrichten kunnen de juiste kosten toegewezen worden. Dit vergt in veel gevallen een verbetering van de registratie en monitoring daarvan. De reeds ingezette (interne) registraties moeten daarvoor wel op orde zijn.

Zorg voor transparantie

In veel ziekenhuizen is ervoor gekozen om VS/PA niet zelfstandig DBC's te laten openen en dus niet op naam te laten registreren. Wij adviseren dit juist wel te doen om daarmee ook **transparant** te zijn over wie wat doet. Wanneer een VS/PA een DBC opent heeft dat beperkt effecten op de hoogte van de kosten vanwege de integrale bekostiging en de hoeveelheid zorgactiviteiten. Naast dat het in sommige gevallen niet mogelijk is om goed te registeren speelt ook een bepaald voorbehoud mee. In dit onderzoek is wederom aangetoond dat taakherschikking een belangrijke bijdrage levert aan de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg: met taakherschikking kan meer en betere zorg worden geleverd zonder dat dit leidt tot verhoging van zorgconsumptie. Het veld vreest dat de overheid de financiële winst zal incasseren door middel van een extra bezuiniging. Het is daarom belangrijk dat goede en consistente informatie wordt verstrekt en dat VWS de bedoeling van taakherschikking transparant en eenduidig uitdraagt.

Stem het vergoedingenbeleid en zelfstandige verwijzingen ten aanzien van VS/PA centraal af

Tertiaire (door-)verwijzingen aangevraagd door VS/PA worden wisselend geaccepteerd, afhankelijk van de betreffende zorgverzekeraar. In de contractafspraken door instellingen kunnen deze aspecten worden meegenomen en mogelijk onderdeel gaan uitmaken van de inkoopvoorwaarden. Op dit moment is taakherschikking een onderwerp dat te weinig aandacht krijgt in de onderhandelingen tussen ziektekostenverzekeraars en ziekenhuizen. Oorzaak is veelal dat partijen de effecten van taakherschikking niet goed in kaart kunnen brengen. Afspraken over zorgkwaliteit en de bijdrage van taakherschikking daaraan verhogen de transparantie.

1 Inleiding

1.1 Context

Sinds 2012 mogen de physician assistant (PA) en de verpleegkundig specialist (VS) een aantal voorbehouden handelingen op het terrein van medisch specialistische zorg zelfstandig indiceren en uitvoeren[6]. In 2015 zijn maatregelen getroffen om belemmeringen rondom taakherschikking in de bekostiging weg te nemen[7].

Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wil hiermee het doelmatiger organiseren van de zorg stimuleren[8]. Kerngedachte hierbij is dat enerzijds alle behandelingen niet uitgevoerd hoeven te worden door de medisch specialist en anderzijds medisch specialisten zich meer kunnen concentreren op de indicatie en behandeling van complexere zorgvragen. Minder complexe medisch specialistische zorg kan worden uitgevoerd door de physician assistant en verpleegkundig specialist.

Om deze aannames aan de praktijk te toetsen evenals belemmeringen rondom taakherschikking te identificeren, deed het Radboudumc in 2014 met financiering van VWS, een onderzoek naar de relatie tussen de praktijk van taakherschikking en de kostprijzen van DBC-zorgproducten[9]. Als resultaat van dit onderzoek zijn aanbevelingen geformuleerd die een follow up/vervolg wenselijk maken.

Doelstellingen vervolgonderzoek

Vanuit de aanbevelingen hebben we de volgende drie doelstellingen als uitgangspunt genomen voor het vervolg van dit onderzoek:

1. Het verder ontwikkelen van hulpmiddelen voor ziekenhuizen om effecten en mogelijkheden van taakherschikking inzichtelijk te maken. Als hulpmiddel wordt hierbij de toolbox verder gespecificeerd en daarmee wordt taakherschikking en beleidskeuzes ten aanzien van taakherschikking verder ondersteund.
2. Het verbeteren van de informatievoorziening en kennis binnen ziekenhuizen rondom taakherschikking en kostprijzen.
3. Inzicht krijgen in de effecten van de integrale bekostiging en wetswijzigingen op de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten binnen ziekenhuizen.

Dit rapport is vooral gericht op de bevindingen rondom de effecten van de beleidsregelwijzigingen. Op grond van onze bevindingen bij uitgangspunten 1 en 2 is geconcludeerd dat een volledige hermeting (nog) niet uitgevoerd kon worden vanwege een te beperkte aanpassing van ziekenhuisregistraties. Daarom kan men spreken van een eerste meting. Deze meting hebben we onderverdeeld in drie deelprojecten die uitgewerkt zijn in paragraaf 1.2.

[6] *Staatsblad*, jaargang 2011, nrs. 658 en 659
[7] Het zelfstandig mogen openen en sluiten van DBC-Zorgproducten, het verbreden van het Face-to-face criterium en registratiewijzigingen.
[8] E.I. Schippers, Voorhangbrief aan de voorzitter van de 2e kamer nr. 437, 29_689 Herziening zorgstelsel, 22 april 2013.
[9] A.J.Kouwen, G.T.W.J. vd Brink, Taakherschikking & kostprijzen, Een onderzoek naar de belemmeringen rondom substitutie, onderzoek in opdracht van VWS, 2013

1.2 Projectopzet

Als vervolg op de constateringen van het eerdere onderzoek zijn drie deelprojecten gedefinieerd:

1. Verdere ***informatievoorziening*** en ondersteuning van de ziekenhuizen rondom de inzet en gebruik van de 'Toolbox' (aanbevelingen 1, 2).

2. *De* ***businesscases:*** Nadere uitwerking van de toolbox waarbij 4-6 casussen dieper uitgewerkt zullen worden in concrete businesscases bij de vier ziekenhuizen. Hierbij zal de relatie met de kostprijs gelegd en verder uitgewerkt worden om daarmee ook op afdelingsniveau een afdeling verder te ondersteunen. Daarmee kan helder gerapporteerd worden op welke gebieden de taakherschikking kan worden benut en kan ook hiermee de onderhandeling met de zorgverzekeraar meer transparantie opleveren. Het model kan tevens hiermee verfijnd en verdiept worden (aanbeveling 4).

3. *De* ***hermeting*** waarbij onder meer de mogelijke effecten van de 'integrale prijsvorming' gemeten zullen worden. Dit onderzoek is een vervolg op het onderzoek Taakherschikking & Kostprijzen (2014).

1. Informatievoorziening

Het eerste onderdeel is gericht op informatievoorziening en betreft de presentaties over kostprijzen en taakherschikking die binnen de verschillende ziekenhuizen gegeven zijn. Voor de twee andere onderdelen is het project ingericht bestaande uit twee onderdelen, namelijk de businesscases en de hermeting.

2. De businesscases

Om dit verder vorm te geven zijn diverse ziekenhuizen benaderd met de vraag of men hieraan deel zou willen nemen. Met de onderzoeksopzet is gestart per ziekenhuis met de inventarisatie van de onderdelen van de driehoek en de vraagstellingen die de ziekenhuizen daarbij stelden. Nadrukkelijk is gezocht naar het verbinden van de behoefte van de ziekenhuizen zelf en de door ons ontwikkelde methode.

3. De hermeting

De hermeting bestaat uit drie onderdelen:

a. De analyse op basis van de opgevraagde data en aanvullende informatie die verkregen is uit aanvullende interviews bij vijf ziekenhuizen;
b. Een diepteanalyse gericht op rooster- en productiegegevens bij twee ziekenhuizen en 6 specialismen;
c. Een enquête die uitgezet is onder VS/PA, medisch specialisten en bedrijfsleiders/managers bij vier ziekenhuizen.

Op basis van de data-analyse, diepteanalyse en de kwalitatieve enquête is een beeld verkregen van de huidige praktijksituatie. Tijdens dit onderzoeksproces is iteratief gezocht naar verklaringen, belemmeringen en daarom ook actief terugkoppeling gevraagd aan betreffende ziekenhuizen rondom registraties en door ons uitgevoerde analyses.

Een aangepaste hermeting

In eerste instantie hebben we in ons ontwerp een identieke meting willen uitvoeren als in 2014. Echter, uit verkennende gesprekken en de businesscases bleken snel dat ziekenhuizen beperkt aanpassingen in kostprijssystematieken doorgevoerd hadden en zijn de huidige kostprijzen gebaseerd op basis van de data uit voorgaande jaren en in dit geval dus 2014. Verwachting was dat een sensitiviteitsanalyse dan geen aanvullende waarde zou hebben omdat immers dezelfde uitkomsten te verwachten zijn. Om deze reden hebben we ervoor gekozen om in onze analyses zichtbaar te maken welke aanpassingen er wel gemaakt zijn en ons te richten op de bijdrage en de effecten van Verpleegkundig Specialisten (VS) en Physician Assistants (PA) in het (zorg-) productieproces, gegeven de beperkte veronderstelde zichtbaarheid.

1.3 Projectteam, stuurgroep en klankbordgroep

Het project is uitgevoerd door een projectteam onder leiding van een stuurgroep. De aanpak en tussenuitkomsten zijn gerapporteerd aan een voor dit doel samengestelde stuurgroep en aan een klankbordgroep waarin landelijk betrokken partijen zitting hadden (overheid, branche- en beroepsverenigingen).

Het projectteam was samengesteld uit medewerkers van de Adviesgroep Procesverbetering en Innovatie van het Radboudumc en bestond uit de volgende personen:

- Mevr. Y.P. (Yvonne) van Vugt MSc
- Mevr. N.M. (Nicole) Leferink MA
- Mevr. drs. Y. (Yvonne) Grijzen
- Mevr. P.J.M. (Petra) Kleven MSc
- Mevr. M.J.W.M. (Maaike) van der Heijden
- Dhr. Ir. B.A.G. (Bart) van Acker
- Dhr. drs. A.J. (Arjan) Kouwen (Projectleider)

De projectleider heeft tijdens het onderzoek tweewekelijks gerapporteerd aan de stuurgroep die bestond uit de volgende drie personen:

- Dhr. drs. G.T.W.J. van den Brink
  (Opdrachtgever, directeur Zorgacademie, Radboudumc)
- Dhr. drs. F. Lataster
  (Adjunct directeur Servicebedrijf, Radboudumc)
- Dhr. Ir. E. Booden
  (Manager PVI, Radboudumc)

Projectleider en projectgroep hebben in vijf bijeenkomsten terugkoppeling gegeven aan de voor dit doel samengestelde klankbordgroep. Deze klankbordgroep bestond uit de volgende personen:

- Dhr. drs. T.P. Hoogeveen (Ministerie van Volksgezondheid en Sport)
- Dhr. drs. N. Oerlemans (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen)
- Dhr. drs. T. Urlings (de Nederlandse Zorgautoriteit)
- Dhr. G.J. Mellema, arts (Zorgverzekeraars Nederland)
- Mevr. O. Frauenfelder (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland)
- Mevr. drs. A. van Stigt (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland)
- Dhr. W. van Unen MPA (Nederlandse Associatie Physician Assistants)
- Mevr. drs. J. Deggens (Nederlandse Federatie van Universitaire centra)
- Mevr. drs. B.W.H. van de Lagemaat (Federatie Medisch Specialisten)
- Dhr. Dr. B. Boll (Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen)
- Mevr. R. Arts MSc (Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis Tilburg)

Tijdens de bijeenkomsten van de klankbordgroep zijn de onderzoeksopzet, tussentijdse resultaten en bevindingen besproken aan de hand van presentaties van concrete voorbeelden uit de praktijk. De betreffende presentaties zorgden voor het verhelderen van de vraagstukken rondom financiering. Door de relatie te leggen met zorginhoudelijke en organisatorische aspecten ontstond een rijk beeld van de taakherschikking. Tevens hebben de bijeenkomsten van de klankbordgroep bewerkstelligd dat er een eenduidig beeld is ontstaan rondom taakherschikking en dat partijen meer open voor elkaars meningen en standpunten staan.

1.4 Onderzoeksgroep en deelnemende instellingen

Voor de businesscases zijn de volgende ziekenhuizen betrokken in dit onderzoek:

- Radboudumc te Nijmegen
- Canisius Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen
- Ziekenhuis OLVG te Amsterdam
- Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede
- Ziekenhuis Rijnstate te Arnhem
- Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis in Tilburg

Voor de Hermeting (enquête en analyses) zijn de volgende ziekenhuizen betrokken in dit onderzoek:

- Radboudumc te Nijmegen
- Langeland Ziekenhuis te Zoetermeer
- Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis in Tilburg
- Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede
- Canisius Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen (m.u.v. de enquête)

2 Informatievoorziening en kennis rondom taakherschikking en kostprijzen

2.1 Inleiding

Naast het inzichtelijk maken van de effecten van taakherschikking is gebleken dat er veel behoefte bestaat aan informatie over de kostprijssystematiek in het algemeen en de relatie tussen kostprijzen en taakherschikking in het bijzonder. In dit project is het verstrekken van informatie door middel van het geven van presentaties over kostprijzen en taakherschikking één van de projectdoelstellingen. Hierbij was de gedachte dat we 5 presentaties zouden verzorgen. De vraag bleek vele malen groter. Bij gebrek aan selectiecriteria in de doelstelling is op nagenoeg elke vraag vanuit het werkveld ingegaan. In totaal zijn er 31 officiële presentaties gegeven bij professionals op officiële symposia als ook tijdens onderwijssituaties[10]. Hierbij werd het onderwerp steeds in dialoog besproken. Ook werd de Powerpoint-presentatie ter beschikking gesteld. In de loop van de tijd is de presentatie aangepast en zijn er voorlopige deelconclusies meegenomen in de meer recente presentaties.

Behalve de presentatie is ook het rapport van het eerste kostprijsonderzoek ter beschikking gesteld en op de website *zorgmasters.nl* voor iedereen toegankelijk gemaakt.

2.2 Bevindingen

In de vele gesprekken die zijn gevoerd komt een rode draad naar boven als het gaat om de informatiebehoefte en de vragen en onduidelijkheden. Ook hebben we op sommige momenten een weerstand gevoeld als het gaat om taakherschikking en kostprijs. In de volgende paragrafen beschrijven we systematisch deze bevindingen.

2.2.1 Veel behoefte aan deze informatie

Het vorige onderzoek heeft veel aandacht gekregen. Veel professionals werkzaam in de zorg hebben onvoldoende inzicht van / kennis over de financieringsstructuur van de gezondheidszorg in het algemeen en van het ziekenhuis in het bijzonder. Ook hoe uiteindelijk de werkzaamheden leiden tot kosten en opbrengsten is bij veel professionals in meer of mindere mate onbekend. Dit heeft te maken met het ingewikkelde systeem van kostprijzen in de gezondheidszorg en tevens de ingrijpende veranderingen als gevolg van de integrale bekostiging. De overheid tracht met taakherschikking te bewerkstelligen dat met hetzelfde geld meer zorg wordt geleverd zodat een deel van de toegenomen zorgvraag budgetneutraal wordt beantwoord. Veel professionals beseffen terdege dat de effecten van taakherschikking worden gewogen tegen het licht van deze door de overheid geformuleerde doelstelling. De combinatie van deze factoren verklaart de enorme aandacht en de hoeveelheid vragen die we hebben ontvangen.

2.2.2 Ontwikkelingen in de financieringsstructuur

Tijdens de presentaties en gesprekken zijn een drietal ontwikkelingen in de financiële structuur van de gezondheidszorg naar voren gekomen:

a. het volledig doorvoeren van de prestatiebekostiging vanaf 2012,
b. het beheersmodel medisch specialisten en
c. de integrale bekostiging.

[10] In bijlage 5 is een volledige lijst van locaties opgenomen

Deze ontwikkelingen hebben de focus op de financiële aspecten van medisch specialistische zorg verscherpt. De sturing van Medisch Specialistisch bedrijven en Ziekenhuizen op financiën rondom de inzet van VS/PA is daarmee sterker geworden terwijl de uitkomsten van die ontwikkelingen voor een deel ongewis zijn. Een relatief nieuwe ontwikkeling zoals het verder invoeren en implementeren van taakherschikking is daarmee lager op de agenda gekomen van zorgbestuurders en medisch specialisten. De recentelijk ingevoerde prestatiebekostiging gecombineerd met een deels gereguleerd economisch systeem beïnvloeden beslissingen over onder andere de inzet van taakherschikking. Het simpel verhogen van de productie en daarvoor een PA of VS aanstellen is in veel gevallen niet mogelijk, de productie is namelijk in veel gevallen vastgesteld. De kosten en baten moeten dan uit het bestaande systeem worden gehaald. Tot slot is er het maatschappelijke debat over de honorering van medisch specialisten. Al deze factoren leiden er toe dat het formuleren van een instellingsbeleid betreffende taakherschikking moeizaam of soms niet tot stand is gekomen.

2.2.3 Onduidelijkheid over de effecten van de inzet van VS en PA

Uit gesprekken kwam tevens naar voren dat het besluit om een VS of PA aan te stellen kwam naar voren dat er is besloten om een VS/PA aan te nemen omdat men een zorgprofessional met potentie op de afdeling wil laten doorgroeien ofwel omdat het past binnen geformuleerd zorgbeleid van het ziekenhuis of afdeling. In beide gevallen spelen factoren een rol die niet economisch zijn onderbouwd. Een effectevaluatie is daardoor lastig; er is geen 0-meting uitgevoerd en doelstellingen zijn minder hard te maken. Bovendien blijkt het registratiesysteem van nogal wat ziekenhuizen niet in staat om te registreren wat een VS of PA bijdraagt in een DBC-zorgproduct. Ook de registratiebereidheid van individuele VS en PA's is in een aantal gevallen laag.

2.2.4 Belemmeringen in beleidsregels

Tijdens diverse discussies kwam naar voren dat het opheffen van landelijke beleidsregels effecten heeft, maar ook dat de implementatie van ondersteunende aspecten zorgt voor enig na-ijleffect. Een veel gehoord probleem is het verkrijgen van een AGB-code ten behoeve van het voorschrijven van medicatie of de bevoegdheid om als VS of PA een medisch specialist te consulteren. Daarbij werd ook aangegeven dat in sommige gevallen de beleidsregel van het face to face criterium en de bijbehorende mogelijkheid tot het zelfstandig openen van een DBC door lokale maatregelen werd teruggedraaid. Op de vraag naar de ratio van dergelijke besluiten kwam geen helder antwoord anders dan onvoldoende inzicht in de gevolgen van het zelfstandig openen van de DBC voor de financiering van zorg zoals in paragraaf 2.2.1 is beschreven. Naast bovenstaande is in de klankbordbijeenkomsten en tijdens diverse bijeenkomsten waar presentaties gegeven zijn meermalen aangeven dat een intercollegiaal consult verricht door een VS of PA niet declarabel is en dat deze beleidsregel belemmerend werkt.

2.3 Conclusie

De behoefte aan informatie over de in dit onderzoek gevonden aspecten is uitermate groot. Daarnaast hebben we in de vele presentaties ervaren dat de algemene stemming over taakherschikking erg positief is. De motivatie om een VS of PA aan te stellen is zorginhoudelijk. De gezondheidszorg en ook de ziekenhuiszorg maken roerige tijden door. Het financiële systeem is de laatste jaren fundamenteel aangepast en ook de organisatie van de zorg verandert snel en ingrijpend. Veel managers en medisch specialisten hebben vele vragen als het gaat om de gevolgen op financieel gebied. Ook hebben wij gezien dat ziekenhuizen landelijk ontwikkeld beleid met een vertraging implementeren dan wel op lokaal niveau te niet doen. In de komende jaren is het daarom noodzakelijk om de informatievoorziening over taakherschikking te intensiveren.

3 Effecten landelijk beleid taakherschikking

3.1 Hermeting: Data-analyse ontwikkelingen n.a.v. eerder onderzoek (2014)

In 2015 zijn een aantal landelijke beleidsregelwijzigingen (en aangepaste registratieregels) doorgevoerd die rechtstreeks danwel indirect een effect kunnen hebben op taakherschikking en de verdere vormgeving hiervan in de praktijk. Deze effecten betroffen onder meer registratieve en financiële effecten rondom de inzet van VS en PA.

De beleidsregelaanpassingen waar wij gericht onderzoek naar hebben verricht zijn:

1. De aanpassing van het face to face criterium[11]
2. Het zelfstandig kunnen openen van DBC-zorgproducten[12]
3. De vorming van de Medisch Specialistische Bedrijven (MSB)[13]
4. De integrale prijsvorming[14]

Om te onderzoeken wat de effecten van deze wijzigingen in de praktijk zijn is een data-analyse uitgevoerd, zijn interviews gehouden en is steekproefsgewijs een enquête uitgezet. Bij dit onderzoek zijn vijf ziekenhuizen betrokken.

In eerste instantie hebben we in ons ontwerp een identieke meting willen uitvoeren als in 2014. Echter, uit verkennende gesprekken en de businesscases bleken snel dat ziekenhuizen beperkt aanpassingen in kostprijssystematieken doorgevoerd hadden en zijn de huidige kostprijzen gebaseerd op basis van de data uit voorgaande jaren en in dit geval dus 2014. Verwachting was dat een sensitiviteitsanalyse dan geen aanvullende waarde zou hebben omdat immers dezelfde uitkomsten te verwachten zijn. Om deze reden hebben we in onze analyses ervoor gekozen om zichtbaar te maken welke aanpassingen er wel gemaakt zijn en ons te richten op de bijdrage van VS/PA in het productieproces en de wijze waarop de inzet van VS/PA wel inzichtelijk te maken is, gegeven de beperkte veronderstelde zichtbaarheid.

Met dit onderzoek willen we verhelderen of ziekenhuizen hun beleid ten aanzien van taakherschikking hebben gewijzigd, of dit effect heeft op de productieontwikkeling en de fte-inzet en of hun registraties zijn aangepast. Aanvullend is gekeken of er financiële effecten te identificeren zijn en of ziekenhuizen hun kostprijssystematiek aangepast hebben.

Ten slotte hebben we onderzocht in hoeverre de belemmeringen weggenomen zijn door de wetswijzigingen en of er nieuwe belemmeringen bijgekomen zijn.

In paragraaf 3.2 wordt de door ons gehanteerde methode toegelicht. Vervolgens worden in paragraaf 3.3 de resultaten behandeld.

3.2 Methode(s) van onderzoek

Zoals beschreven in het voorgaande hoofdstuk bestaat de hermeting naar de effecten van het landelijk beleid (als vervolg op het eerste onderzoek) uit drie onderdelen:

a. Data-analyse op basis van algemene productie- en fte-gegevens en een diepteanalyse gericht op rooster- en productiegegevens van de polikliniek.

[11] Beleidsregel BR/CU-2136 Nza dd. 01-01-2015 / BR/CU-2147 Nza dd. 01-01-2016
[12] Beleidsregel NR/CU-260 Nza dd. 01-01-2015 / NR/CU-266 dd. 01-06-2016
[13] Beleidsregel BR/CU-2132 Nza dd. 01-06-2014
[14] Beleidsregel BR/CU-2136 Nza dd. 01-01-2015 / BR/CU-2147 Nza dd. 01-01-2016

b. Interviews met betrokken VS/PA, managers, afdelingshoofden, medisch specialisten en business controllers.
c. Een enquête uitgezet onder VS/PA, medisch specialisten en bedrijfsleiders/managers.

De gegevens die we verzameld hebben zijn vervolgens geanalyseerd. Analyses zijn voorgelegd aan betrokken functionarissen en managers en daar waar vragen of onduidelijkheden in de data geconstateerd zijn, hebben we aanvullend om verheldering verzocht. Het projectteam heeft daarom gezocht naar verklaringen en uitkomsten op basis van voorlopige conclusies, voorgelegd aan betrokken professionals. Op basis van de aldus verkregen reacties en bevindingen hebben we conclusies getrokken.

3.2.1 Data-analyse

Met behulp van de data-analyse is onderzocht of er verschillen zijn in registratie naar aanleiding van de landelijke beleidswijzigingen, of de inzet van de PA/VS veranderd is en welke verschillen er zijn tussen de inzet van de PA/VS en die van de medisch specialist. Dit laatste is onderzocht met behulp van de diepere analyse gericht op rooster- en productiegegevens van de polikliniek.

De verzamelde data hebben betrekking op de jaren 2014 en 2015. De wetswijzigingen zijn ingevoerd in 2015. Daar waar mogelijk hebben wij ons gericht op verschillen tussen deze twee jaren. De algemene analyse is uitgevoerd bij vijf ziekenhuizen:

- Radboudumc te Nijmegen
- LangeLand Ziekenhuis te Zoetermeer
- Elisabeth Ziekenhuis en Tweesteden Ziekenhuis te Tilburg
- Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede
- Canisius Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen

De diepteanalyses zijn uitgevoerd bij zes afdelingen/specialismen in twee ziekenhuizen. Deze specialismen zijn: Heelkunde (2 keer), Kindergeneeskunde, Longgeneeskunde, Urologie en Cardiologie. In bijlage 6 is de data-uitvraag nader gespecificeerd en in bijlage 7 de gebruikte data voor de diepteanalyse.

3.2.2 Interviews

De interviews zijn uitgevoerd met als doel de resultaten uit de data-analyse te verifiëren en te duiden en om verschillen die gevonden worden in 2015 ten opzichte van 2014 te verklaren.
In totaal betroffen dit 35 interviews die zijn gehouden met bedrijfsleiders en managers, businesscontrollers en relevante professionals rondom databasebeheer. Vooraf zijn voorlopige bevindingen geformuleerd op basis van de aangeleverde data en voorgelegd aan de betreffende afdelingen / managers. De daaruit volgende conclusies zijn opgenomen in een samenvatting en opgenomen in dit rapport.

3.2.3 Enquête

In de periode maart tot en met juni 2016 zijn enquêtes uitgezet onder 131 beroepsbeoefenaren in vier ziekenhuizen (3 klinische ziekenhuizen en 1 academisch ziekenhuis). Dit zijn voornamelijk de VS, PA, managers en medisch specialisten die in 2013 en 2014 betrokken waren bij ons onderzoek. In totaal hebben we een respons van 57%. Doel van deze enquête was om aanvullend informatie te krijgen over taakherschikking in de praktijk, veranderingen in 2015 en ervaren belemmeringen. In bijlage 8 zijn de uitkomsten en in bijlage 9 de gebruikte vragenlijsten opgenomen. Dit is een digitale vragenlijst die we met behulp van Qask[15] via mail hebben uitgezet. De vragenlijst was niet anoniem;

[15] Een module binnen het systeem Qportaal om digitale vragenlijsten uit te zetten

de antwoorden zijn individueel door de onderzoekers gecontroleerd en bij vragen zijn de respondenten aanvullend benaderd en is de data waar nodig aangevuld.

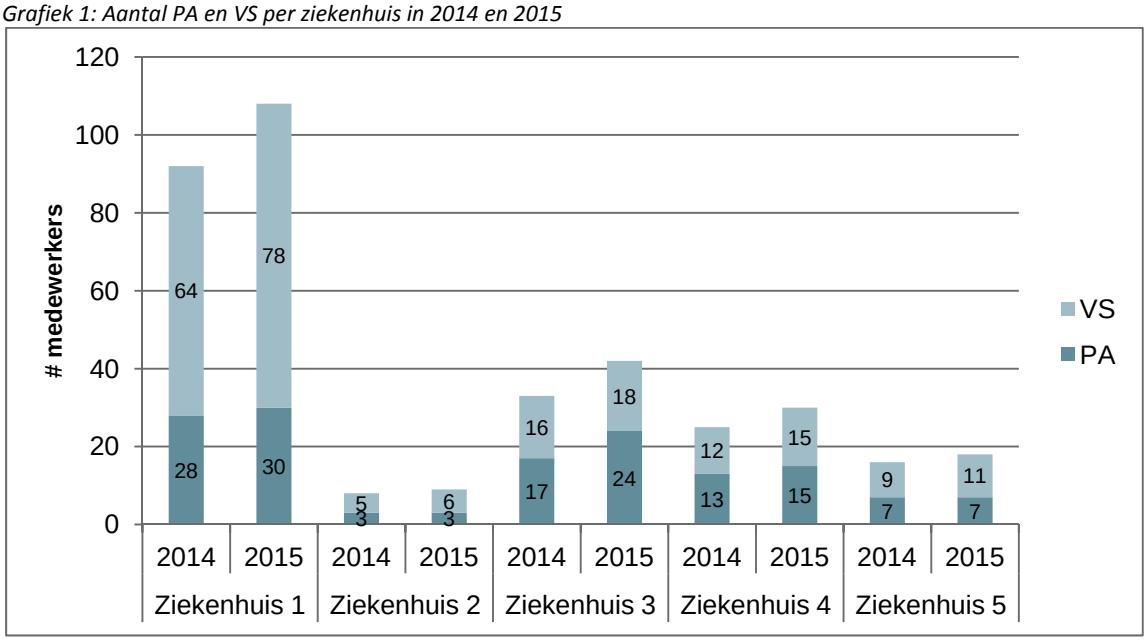
3.3 Resultaten

In deze paragraaf behandelen we de resultaten van ons onderzoek. De resultaten zijn over een aantal onderwerpen verdeeld: fte-ontwikkeling (3.3.1), registratie (3.3.2), kostprijssystematiek (3.3.3), financiële effecten (3.3.4), productieontwikkeling (3.3.4), bijdrage VS/PA aan productie (3.3.5), mate van betrokkenheid zorgverleners (3.3.6), motivaties voor inzet (3.3.7), bijdrage aan 'de driehoek van taakherschikking' (3.3.8), belemmeringen inzet (3.3.9), veranderingen naar aanleiding van wetswijziging (3.3.10).

3.3.1 Fte-ontwikkeling

Uit de data-analyse van de vijf ziekenhuizen blijkt dat het aantal ingezette PA en VS in alle vijf de ziekenhuizen in 2015 is gestegen ten opzichte van 2014.

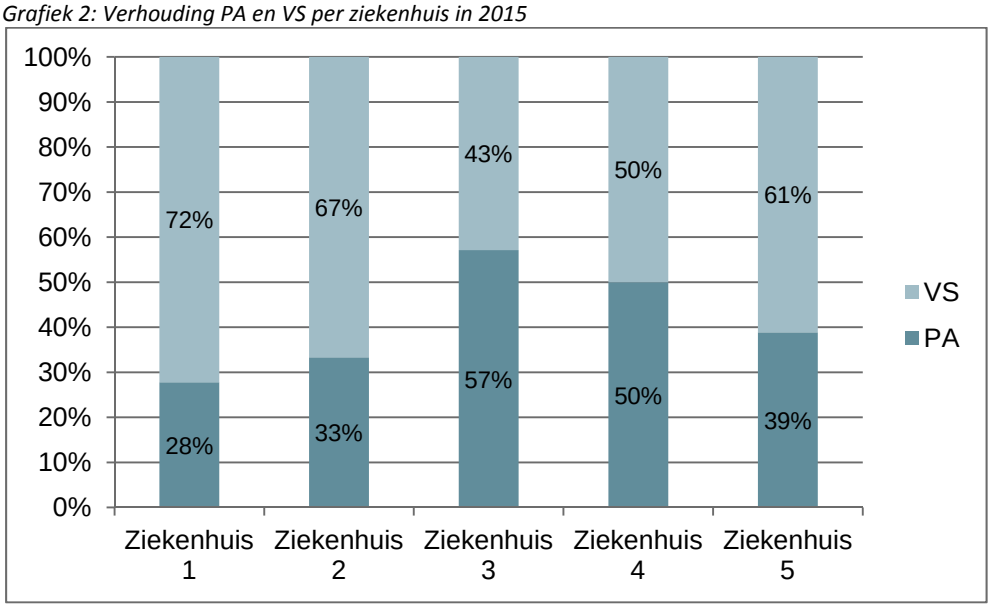
Grafiek 1: Aantal PA en VS per ziekenhuis in 2014 en 2015



Het aantal VS-en dat ingezet wordt is harder gestegen dan het aantal PA's. Bij alle vijf de ziekenhuizen samen waren in 2014 68 PA's werkzaam en in 2015 79. Dit is een stijging van 16%. In 2014 waren in totaal 106 VS-en werkzaam in de onderzochte ziekenhuizen en in 2015 in totaal 128. Dit is een stijging van 21%. Bijna al deze functionarissen waren al in dienst van het ziekenhuis en zijn doorgegroeid naar de functie van PA of VS.

Ziekenhuis 1, 2 en 5 zetten in verhouding meer VS-en in dan PA's. In ziekenhuis 3 worden meer PA's ingezet en in ziekenhuis 4 komt het aantal PA's en VS-en overeen.

Grafiek 2: Verhouding PA en VS per ziekenhuis in 2015



Het aantal verschillende afdelingen dat PA en VS inzet is licht gestegen in 2015 ten opzichte van 2014. Bij de vijf onderzochte ziekenhuizen zijn in totaal 3 afdelingen die in 2015 wel een PA of VS inzetten en dat in 2014 nog niet deden. In onderstaande tabel wordt per ziekenhuis weergegeven of het specialisme in 2015 een PA of VS inzet of allebei.

Tabel 1: Inzet beroepsgroepen per specialisme en ziekenhuis

	Ziekenhuis 1	**Ziekenhuis 2**	**Ziekenhuis 3**	**Ziekenhuis 4**	**Ziekenhuis 5**
Anesthesiologie			PA/VS		VS
Cardiologie	VS		PA	PA/VS	VS
Chirurgie	PA/VS	VS	PA/VS	PA/VS	PA/VS
Dermatologie	PA	PA	VS		
Geriatrie	PA	VS		VS	PA
Inwendige geneeskunde	PA/VS	VS	VS	PA/VS	PA
Keel- , neus- en oorheelkunde	PA		PA		
Kindergeneeskunde	PA/VS	VS			
Longziekten	VS			PA	PA/VS
Maag- Darm- Leverziekten	PA/VS		VS	PA/VS	PA/VS
Neurochirurgie	PA/VS		PA/VS		
Neurologie	VS	VS	PA/VS	PA	
Oogheelkunde	VS				
Orthopedie	PA/VS			VS	
Psychiatrie	PA/VS				
Radiotherapie	VS				
Reumatologie	VS				
Revalidatie				PA	
Urologie	PA/VS	PA	VS	VS	PA
Verloskunde en gynaecologie	PA/VS				

Bij de specialismen Chirurgie, Inwendige geneeskunde en Urologie wordt in alle vijf de onderzochte ziekenhuizen een PA en/of VS ingezet.

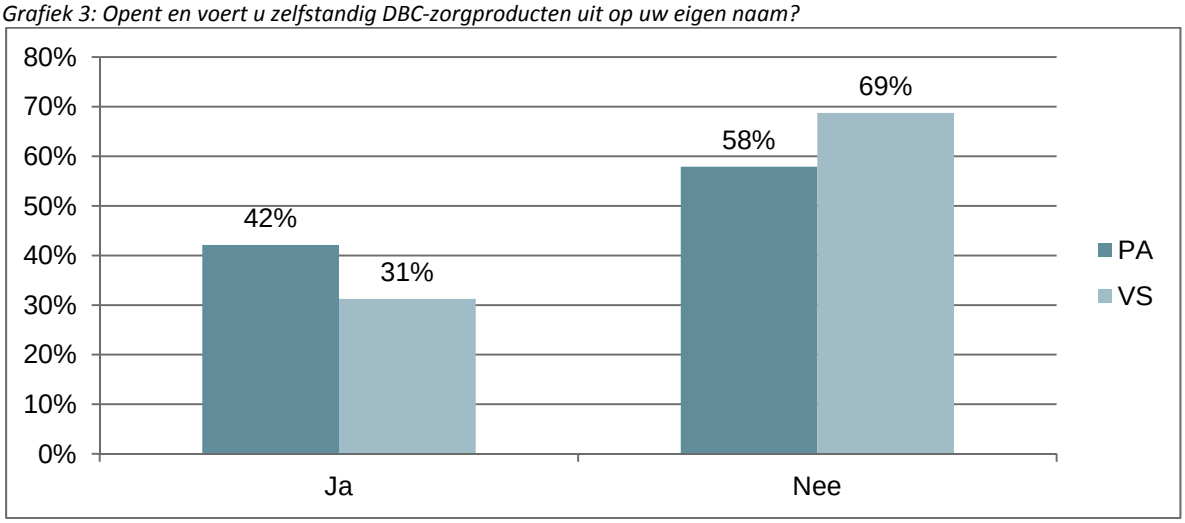
3.3.2 Registratie

In alle vijf de onderzochte ziekenhuizen is het voor de PA en VS sinds 2015 mogelijk om zelfstandig consulten te registreren. In drie ziekenhuizen gebeurt dit ook onder de eigen naam. In de andere twee ziekenhuizen is het technisch niet mogelijk om de eigen naam hierbij als uitvoerder vast te leggen. Het aantal consulten uitgevoerd door de PA en VS is evenwel te bepalen doordat artsen wel op eigen naam kunnen registreren en het via de agendacodes te achterhalen is door wie het consult uitgevoerd is.

Ook andere soort verrichtingen dan consulten kunnen in alle vijf de onderzochte ziekenhuizen geregistreerd worden door de PA en VS. In drie van de vijf ziekenhuizen gebeurt dit onder de eigen naam. In de andere twee ziekenhuizen gebeurt dit onder het uitvoerend specialisme omdat het voor de PA en VS technisch niet mogelijk is om op eigen naam te registreren.

Het zelfstandig openen van DBC's vastgelegd op naam gebeurt in beperkte mate. Hiervoor worden verschillende motivaties genoemd. In één van de ziekenhuizen is het technisch niet mogelijk. Een andere reden is dat de arts eindverantwoordelijkheid wil houden over de patiënten en vandaar ook de DBC onder zijn of haar naam wil hebben staan. Bij één vakgroep in vrije vestiging werd als motivatie genoemd dat zij er zeker van willen zijn dat de productie meetelt voor het Medisch Specialistisch Bedrijf en niet voor het ziekenhuis. En bij één ziekenhuis openden PA en VS bij de start van 2015 wel zelfstandig DBC's maar zijn zij hiermee gestopt zodra duidelijk werd dat verschillende verzekeraars een verwijzing door een PA of VS afkeuren. Als een patiënt door een PA of VS verwezen wordt en de verzekeraar dit afkeurt, betekend dit dat de DBC ook niet vergoed wordt waardoor de rekening naar de patiënt gaat. Om dit te voorkomen hebben specialismen besloten, DBC's niet meer door de PA en VS te laten openen. Grafiek 3 ondersteunt bovenstaande op basis van de enquête. Deze geeft weer dat meer dan de helft van de bevraagde PA/VS aangeeft geen DBC-Zorgproducten te openen noch deze volledig zelfstandig uit te voeren. We hebben uit de aangeleverde data niet kunnen opmaken dat VS/PA zelfstandig DBC-zorgproducten openen en sluiten (op naam).

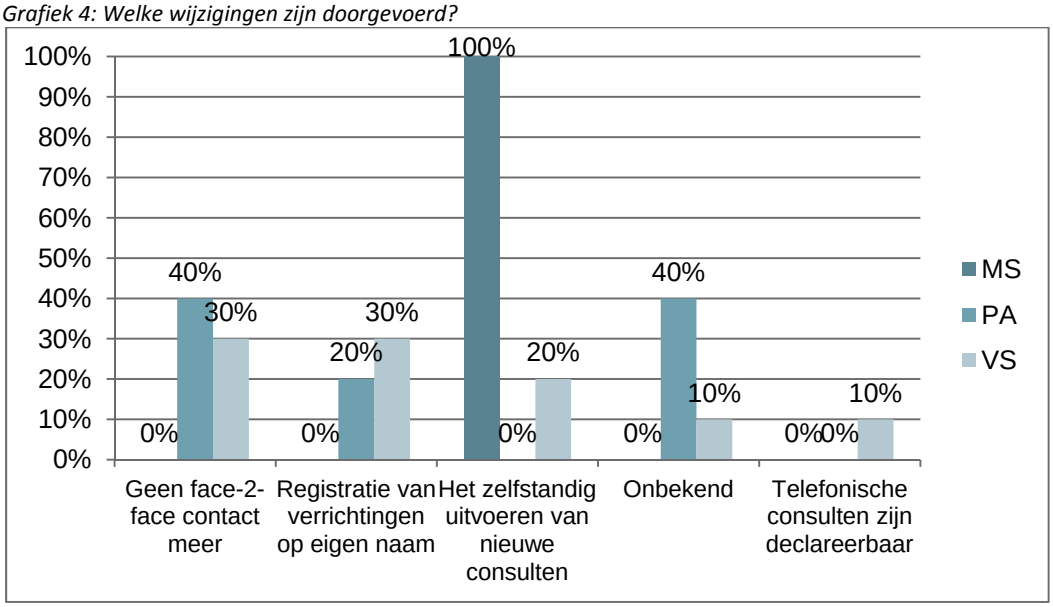
Grafiek 3: Opent en voert u zelfstandig DBC-zorgproducten uit op uw eigen naam?



De overige enquêteresultaten rondom de registratie nuanceren bovenstaande constateringen. Op de vraag of registraties lokaal aangepast zijn naar aanleiding van de beleidsregelwijziging geven 25,7%

van alle respondenten aan dat registraties aangepast zijn. Hiermee wordt aangegeven dat nog niet in alle gevallen de wijzigingen zijn doorgevoerd. Grafiek 4 geeft de uitspraken per functie weer. We concluderen hieruit dat de uitspraken per vraag tussen functies sterk variëren, vooral het zelfstandig uitvoeren van nieuwe consulten is door een grote groep medisch specialisten aangegeven als belangrijke wijziging.

Grafiek 4: Welke wijzigingen zijn doorgevoerd?



Op de vervolgvraag wat er concreet veranderd is, zien we dat vooral ‘eerste polikliniekbezoeken (nieuwe consulten)‘ ook door VS/PA worden uitgevoerd (20/30%) en de verruiming van het face to face contact een verandering teweeg heeft gebracht.

3.3.3 Kostprijssystematiek

Alle ondervraagde ziekenhuizen geven aan dat de kostprijzen ieder jaar geüpdate worden waarbij voor het jaar 2016 wordt gerapporteerd met behulp van kostprijzen die gebaseerd zijn op het jaar 2014. De ziekenhuizen starten allemaal rond mei 2016 met de herijking van de kostprijzen en gebruiken hiervoor de data van 2015. Dit betekent dat in geen van de ziekenhuizen de consulten en andere voorbehouden handelingen die zelfstandig uitgevoerd mogen worden vanaf 2015 al meegenomen worden in de kostprijsberekening in 2016. Pas vanaf komend jaar zullen de beleidswijzigingen effect hebben op de kostprijzen als men wijzigingen heeft doorgevoerd in 2015.

Zoals in het vorige onderzoek beschreven werken ziekenhuizen met een systematiek van wegingsfactoren[16] en kostendragers. Hier wordt verschillend mee omgegaan in de verschillende ziekenhuizen maar geen van de onderzochte ziekenhuizen heeft de kostprijssystematiek aangepast naar aanleiding van de wetswijzigingen rondom taakherschikking. Wel is het bij drie van de vijf ziekenhuizen mogelijk om de inzet van de PA/VS apart te wegen met behulp van de wegingsfactoren. Bij de overige twee ziekenhuizen worden de PA/VS meegenomen onder de loonkosten van de verpleging. Indien de PA/VS in dienst is van een MSB worden de loonkosten doorbelast aan het MSB en niet meegenomen in de kostprijsberekening.

[16] Aan de hand van wegingsfactoren worden kosten toegewezen aan verrichtingen. Dit betreffen veelal een opgave van het aantal uur dat de betrokken functionaris in een consult werkzaam is.

Ziekenhuizen zijn niet van plan om bij verrichtingen die zowel door een MS als door een PA of VS uitgevoerd kunnen worden een onderscheid te maken in de kostprijs. De kostprijs wordt bepaald op basis van uitvoerlocatie, dus er is bijvoorbeeld één kostprijs voor een eerste consult per specialisme. Het maakt daarbij niet uit of dit consult uitgevoerd is door een PA of VS of door een MS. Bij één ziekenhuis is het op dit moment technisch wel mogelijk dat onderscheid te maken, bij een ander ziekenhuis wordt dit vanaf volgend jaar technisch mogelijk. Het ziekenhuis waarbij het nu al technisch mogelijk is, geeft aan dat hier niet voor gekozen wordt omdat de verwachting is dat de registratie door PA en VS nog niet volledig genoeg is om daar iets op te kunnen baseren. Indien in de toekomst een substantieel deel wordt geregistreerd door PA en VS gaan zij mogelijk wel onderscheid maken. Het ziekenhuis waarbij het in de toekomst technisch mogelijk wordt, geeft aan dat ze niet van plan zijn om dit onderscheid dan te gaan maken; vanuit de afdelingen is er (nog) geen vraag naar. Zodra het technisch mogelijk wordt zullen ze deze discussie gaan voeren met afdelingen.

Op basis van de enquêteresultaten zien we dat bedrijfsleiders/managers en medisch specialisten verschillende opvattingen hebben rondom het zichtbaar maken van de activiteiten van de VS/PA in de kostprijzen. Men geeft aan dat kosten wel volledig meegenomen worden, maar niet specifiek toegewezen worden aan verrichtingen, uitgevoerd door VS/PA.

3.3.4 Financiële effecten inzet PA en VS

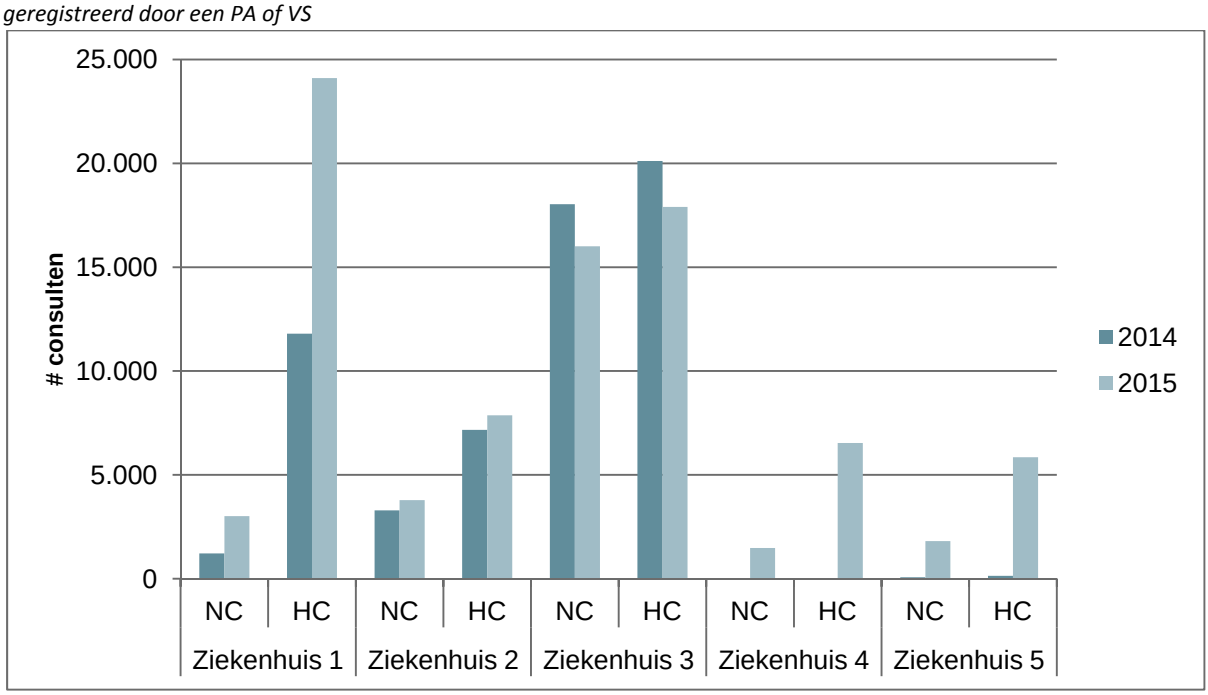
Zoals in de vorige paragraaf beschreven komen de data van 2015 pas volgend jaar tot uiting in de kostprijzen. Hierdoor is het nog niet mogelijk om naar het financiële effect van de inzet van PA of VS te kijken met behulp van de kostprijzen. We hebben dit opgelost door het financiële effect inzichtelijk te maken op totaalniveau in een business case en dus de kosten en opbrengsten in kaart te brengen bij verschillende scenario's. Hier wordt in verschillende mate naar gekeken door de ziekenhuizen zelf. Eén ziekenhuis geeft aan het niet te doen en één ziekenhuis geeft aan in zeer beperkte mate de financiële effecten te onderzoeken met behulp van een business case. In één ziekenhuis wordt er wel gekeken wat de effecten zijn van het inzetten van deze functiegroep maar is tot nu toe nog geen duidelijk verschil gebleken. Eén ziekenhuis geeft aan dat dit tot nu toe nog niet gebeurd is, maar dat dit naar aanleiding van de integrale bekostiging in de toekomst wel zal gaan gebeuren. Als een vakgroep een PA of VS in wil zetten, dan zal er een business case gemaakt moeten worden. Daarin staat aangegeven hoe de PA of VS ingezet wordt, wat voor extra productie dit op zal leveren of wat de medisch specialist zal doen met de vrijgekomen tijd. Eén ziekenhuis geeft aan dat er al business cases gemaakt worden waarbij gekeken wordt naar zorgprofielen en bijbehorende kosten, maar dat hierbij niet de afweging gemaakt wordt of het bijvoorbeeld goedkoper is om een PA of VS in te zetten in plaats van een MS. Wel wordt gekeken of verwachte groei in productie opgevangen kan worden door het aannemen van een PA of VS. Het maken van business cases gebeurt vaker bij vakgroepen in vrije vestiging dan bij vakgroepen in loondienst.

Verschillende ziekenhuizen geven in de interviews aan dat het aandeel PA en VS op de totale inzet van personeel erg klein is en dat zij daardoor een evenzeer klein effect van de inzet van PA en VS op de kostprijzen verwachten. Wel merkt één ziekenhuis daarbij op dat zij verwachten dat de PA en VS in de komende jaren een prominentere rol gaan krijgen, onder andere ter verbetering van kwaliteit en doorlooptijd. Daardoor zouden de effecten zichtbaar gaan worden in de kostprijzen.

3.3.5 Productieontwikkeling

Om te onderzoeken in welke mate er een stijging geweest is in registratie van consulten door de PA en VS in 2015 is het aantal consulten van 2015 vergeleken met het aantal consulten van 2014. Hierbij is voor 2014 het aantal verpleegkundige consulten geteld dat is uitgevoerd door een PA of VS.

Grafiek 5: aantal eerste polikliniek bezoeken (nieuwe consulten (NC) en herhaalconsulten (HC) 2014 en 2015, geregistreerd door een PA of VS



Bovenstaande grafiek laat zien dat in bijna alle ziekenhuizen het aantal consulten uitgevoerd door een PA of VS sterk is gestegen in 2015. Ook is te zien dat in twee ziekenhuizen in 2014 helemaal geen consulten uitgevoerd (of geregistreerd) werden door een PA of VS. In de vijf onderzochte ziekenhuizen zijn in 2014 in totaal 22.599 nieuwe consulten en 39.220 herhaalconsulten geregistreerd door een PA of VS en in 2015 in totaal 26.088 nieuwe en 62.269 herhaalconsulten. Dit is een stijging van 15% bij de nieuwe consulten en een stijging van 59% bij de herhaalconsulten. Het aantal nieuwe consulten uitgevoerd door een MS is in dezelfde periode met 1% gedaald en het aantal herhaalconsulten uitgevoerd door een MS is met 8% gestegen.

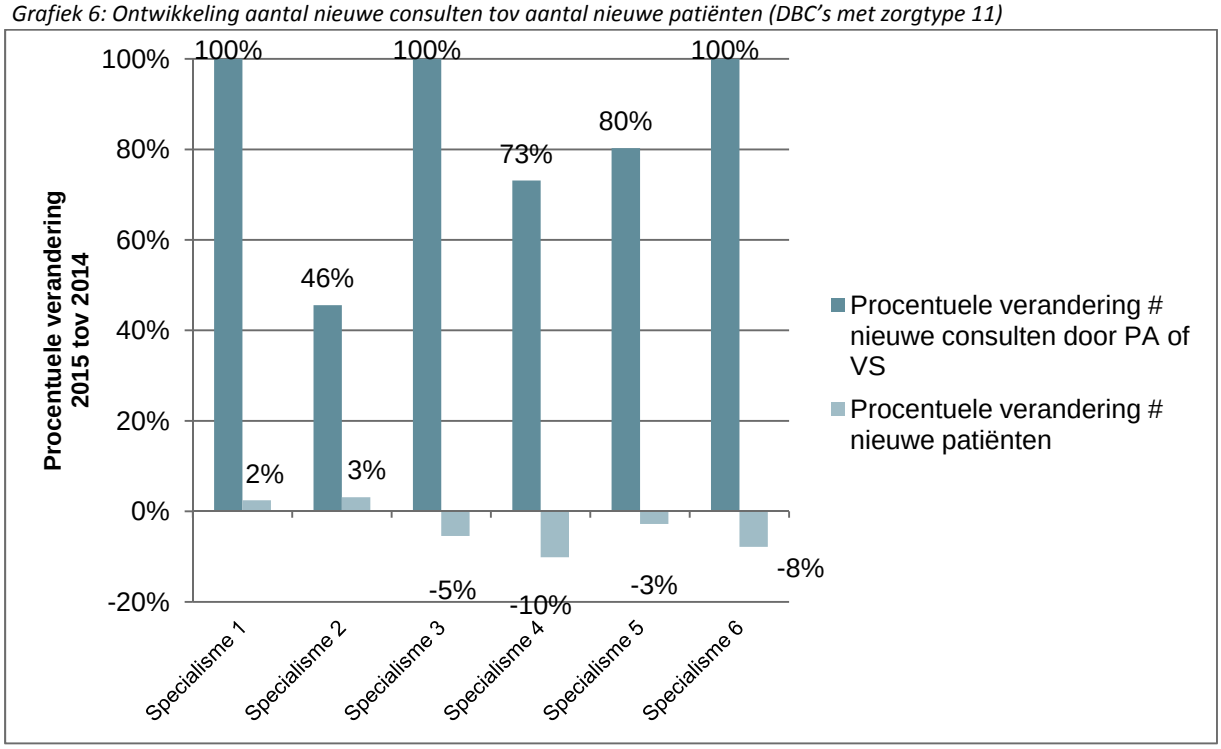
De sterke stijging in aantal consulten geregistreerd door een PA of VS laat zien dat het in 2015 veel transparanter is geworden, welke productie uitgevoerd wordt door een PA of VS op de polikliniek.

Uit de interviews blijkt dat de stijging in consulten voor hoofdzakelijk te verklaren zijn door betere registratie. De ziekenhuizen geven aan dat de registratie van verpleegkundige consulten in 2014 veel minder betrouwbaar is dan de registratie van consulten in 2015. Maar de ziekenhuizen geven ook aan dat zij naar aanleiding van de wetswijzigingen in 2015 bewust gekeken hebben naar het beleid over de inzet van PA en VS op de polikliniek. Zij hebben er voor gekozen om de PA en VS meer consulten zelfstandig uit te laten voeren. In ziekenhuis 3 werd in 2014 op dezelfde manier geregistreerd als in 2015, maar in beide jaren was het technisch niet mogelijk voor de PA en VS om op naam te registreren. Met behulp van de agendacode's is hier de productie van de PA en VS achterhaald. De daling in aantal consulten uitgevoerd door een PA of VS wordt verklaard door een algehele daling in productie op de betreffende afdelingen.

Om een indicatie te krijgen van welk deel van de stijging in geregistreerde consulten veroorzaakt wordt door een verbetering in registratie en welk deel verklaard wordt door een stijging in productie uitgevoerd door de PA en VS, is een diepteanalyse uitgevoerd. Bij de zes specialismen die meegenomen zijn in de diepteanalyse is de procentuele stijging in nieuwe consulten uitgevoerd door

een PA of VS vergeleken met de procentuele stijging in nieuwe patiënten op specialismenniveau. Daarnaast is een vergelijking gemaakt met de fte-ontwikkeling en daarmee de productie per fte.

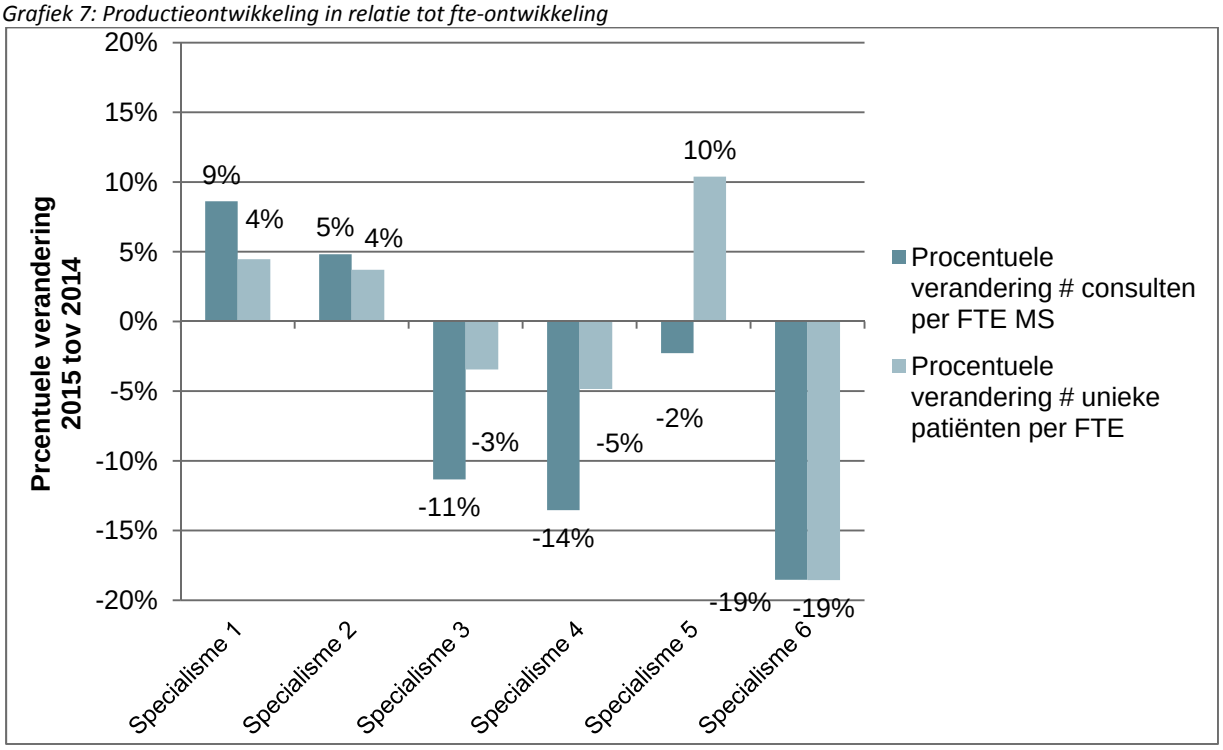
Grafiek 6: Ontwikkeling aantal nieuwe consulten tov aantal nieuwe patiënten (DBC's met zorgtype 11)



In bovenstaande grafiek is te zien dat de stijging in aantal consulten uitgevoerd door een PA of VS niet verklaard wordt door een stijging in aantal patiënten. Tijdens de interviews met de specialismen wordt door specialisme 1, 2 en 3 als belangrijkste verklaring voor de sterke stijging genoemd het feit dat VS-en in 2014 geen consulten registreerden. Zij zijn dit pas vanaf 2015 gaan doen. Specialisme 1 geeft verder aan dat de PA meer consulten is gaan uitvoeren door een stijging in nieuwe patiënten. Dit is ook terug te zien in de grafiek. Ook specialisme 4 en 5 geven als belangrijkste verklaring voor de sterke stijging de verbetering in registratie. De registratie van consulten uitgevoerd door een PA of VS is in 2015 betrouwbaarder dan in 2014. Specialisme 5 merkt hierbij op dat ook in 2016 nog een stijging in aantal consulten uitgevoerd door de PA of VS te zien zal zijn door een verbetering in registratie.

Specialisme 6 geeft aan dat naast de verbetering in registratie ook het beleid op de polikliniek in 2015 is aangepast naar aanleiding van de wetswijzigingen. De VS-en die werkzaam zijn op de polikliniek zijn meer consulten uit gaan voeren waardoor de arts ruimte krijgt voor meer complexe patiënten en scholing van de AIOS. De andere specialismen hebben hun beleid niet gewijzigd naar aanleiding van de wetswijzigingen in 2015. Zij hadden taakherschikking al op een eerder moment ingevoerd in hun beleid en daar geen wijzigingen in aangebracht. Wel geven zij aan dat de PA en VS vanaf 2015 de consulten in een verdergaande wijze zelfstandig uitvoeren. Zo geeft specialisme 1 aan dat voorheen de medisch specialist bij iedere patiënt superviseerde; vanaf 2015 wordt de medisch specialist alleen bij vragen geconsulteerd.

Grafiek 7: Productieontwikkeling in relatie tot fte-ontwikkeling



Bovenstaande grafiek toont de ontwikkeling in aantal consulten uitgevoerd door de medisch specialist per fte medisch specialist. Hierbij is te zien dat bij twee specialismen de medisch specialist meer consulten per fte is gaan doen sinds 2015. Daarnaast is de ontwikkeling in aantal unieke patiënten per fte medisch specialist, PA en VS te zien. Hieraan is te zien dat drie specialismen in 2015 meer patiënten per fte zijn gaan behandelen. Dit is een indicatie voor een hogere productiviteit in 2015. Zowel bij het aantal consulten uitgevoerd door de medisch specialist als bij het aantal unieke patiënten speelt namelijk geen registratie-effect.

Specialisme 6, het specialisme waar de sterkste productiviteitsdaling te zien is, gaf tijdens het interview aan dat zij op zoek zijn naar manieren om de productiviteit van de medisch specialist beter in kaart te brengen. Sinds zij taakherschikking ingevoerd hebben ziet de medisch specialist namelijk vooral de complexe oncologische patiënten. De daling in aantal consulten per fte medisch specialist wordt verklaard doordat de medisch specialist nu enkel nog de maligne patiënten behandelt. De benigne patiënten worden op de poli gezien door een VS. Daarnaast is ook de populatie op de kliniek complexer geworden waardoor de medisch specialist hier meer tijd besteedt. Dit is echter niet inzichtelijk in de registratie.

Uit de enquête blijkt dat 49% van de respondenten geen veranderingen ziet in het aantal consulten dat PA/VS zelfstandig uitvoert sinds 2015. Tabel 2 laat deze uitkomsten per beroepsgroep zien evenals de vraag aan de manager/medisch specialist over de PA/VS.

Tabel 2: Is het aantal consulten dat u mede of zelfstandig uitvoert sinds 2015 veranderd?

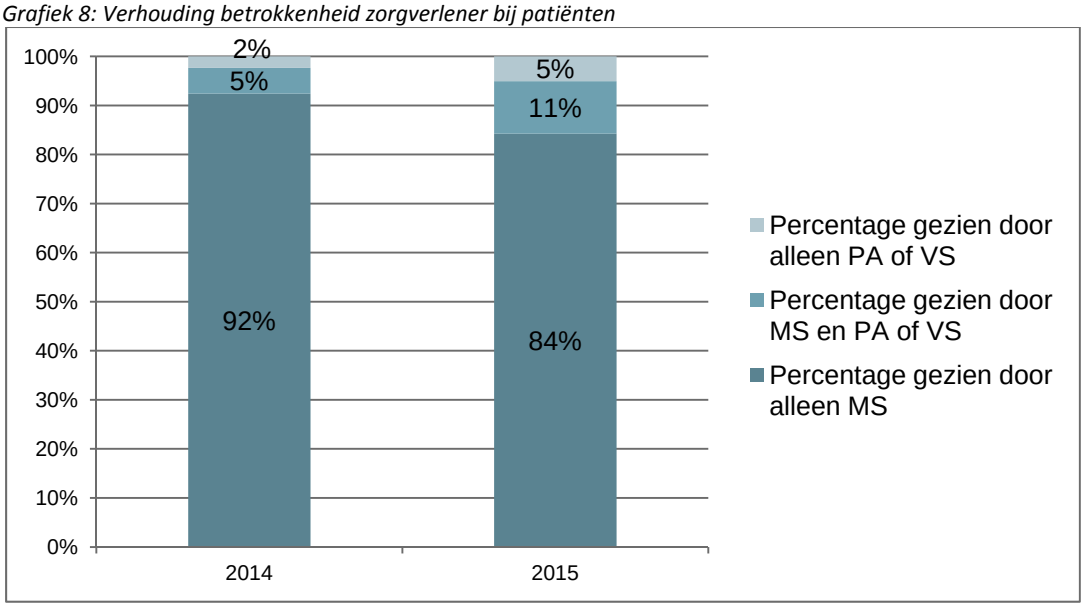
Verandering in aantal consulten?	**Functie**			
Antwoordcategorie	**Manager**	**MS**	**PA**	**VS**
Geen veranderingen	25,00%	50,00%	68,42%	46,88%
Meer consulten	75,00%	41,67%	31,58%	53,13%
Minder consulten	0,00%	8,33%	0,00%	0,00%
Eindtotaal	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**

Ook is gevraagd naar de oorzaken voor deze stijging of daling. Daar wordt vooral de verandering van werkwijze op afdeling genoemd en slechts een beperkt deel (9%) benoemt specifiek de aanpassing van de beleidsregels.

3.3.6 Mate van betrokkenheid zorgverleners bij consulten

De grootste groep patiënten wordt alleen door de medisch specialisten gezien voor wat betreft de zorgactiviteiten binnen de DBC-Zorgproducten. Bij de 6 specialismen die meegenomen zijn in de diepteanalyse wordt 84% van de patiënten alleen door de medisch specialisten gezien. 11% van de patiënten wordt door zowel de medisch specialisten als de PA of VS gezien en 5% wordt alleen door de PA/VS gezien. Het aandeel patiënten dat alleen door de medisch specialisten gezien wordt neemt wel af, zoals te zien is in de volgende grafiek.

Grafiek 8: Verhouding betrokkenheid zorgverlener bij patiënten



Alle zes de specialismen die geanalyseerd zijn voor de diepteanalyse geven in de interviews aan dat de PA en VS bewust ingezet worden bij specifieke groepen patiënten.

Uit de enquête blijkt dezelfde patroon. De VS/PA geven in 63% van de gevallen aan dat zij consulten geheel zelfstandig uitvoeren. Dit wordt ook bevestigd door de medisch specialisten in de groep (55%). Tabel 3 geeft dit weer.

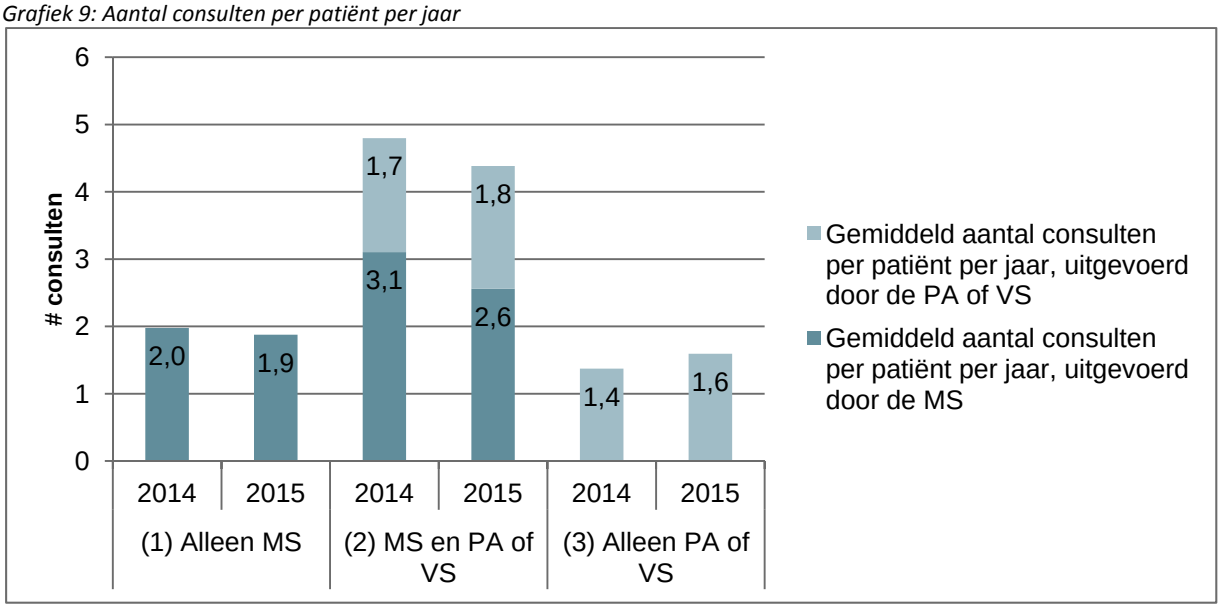
Tabel 3: In welke mate voert u consulten zelfstandig uit?

Mate van zelfstandig uitvoeren consulten	**Functie**				
Antwoordcategorie	**Manager**	**MS**	**PA**	**VS**	**Eindtotaal**
Combinatie van zelfstandig, begeleid en supervisie	8,33%	0,00%	10,53%	9,38%	8,11%
Gedeeltelijk zelfstandig / onder begeleiding	8,33%	9,09%	5,26%	12,50%	9,46%
Geheel zelfstandig	66,67%	54,55%	68,42%	62,50%	63,51%
Onder supervisie / begeleidt	16,67%	36,36%	15,79%	15,63%	18,92%
Eindtotaal	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**

Dit zien we ook terug in de aantallen consulten per patiënt vergelijken bij drie verschillende situaties: (1) de patiënt wordt alleen gezien door medisch specialisten, (2) de patiënt wordt gezien wordt door zowel medisch specialisten als PA of VS en (3) de patiënt wordt alleen gezien door de VS of PA. Onderstaande grafiek toont voor elk van deze situaties het gemiddeld aantal consulten per patiënt

per jaar. De aantallen geven de gewogen gemiddelden weer van de zes geanalyseerde specialismen. Ieder specialisme laat een gelijk beeld zien.

Grafiek 9: Aantal consulten per patiënt per jaar

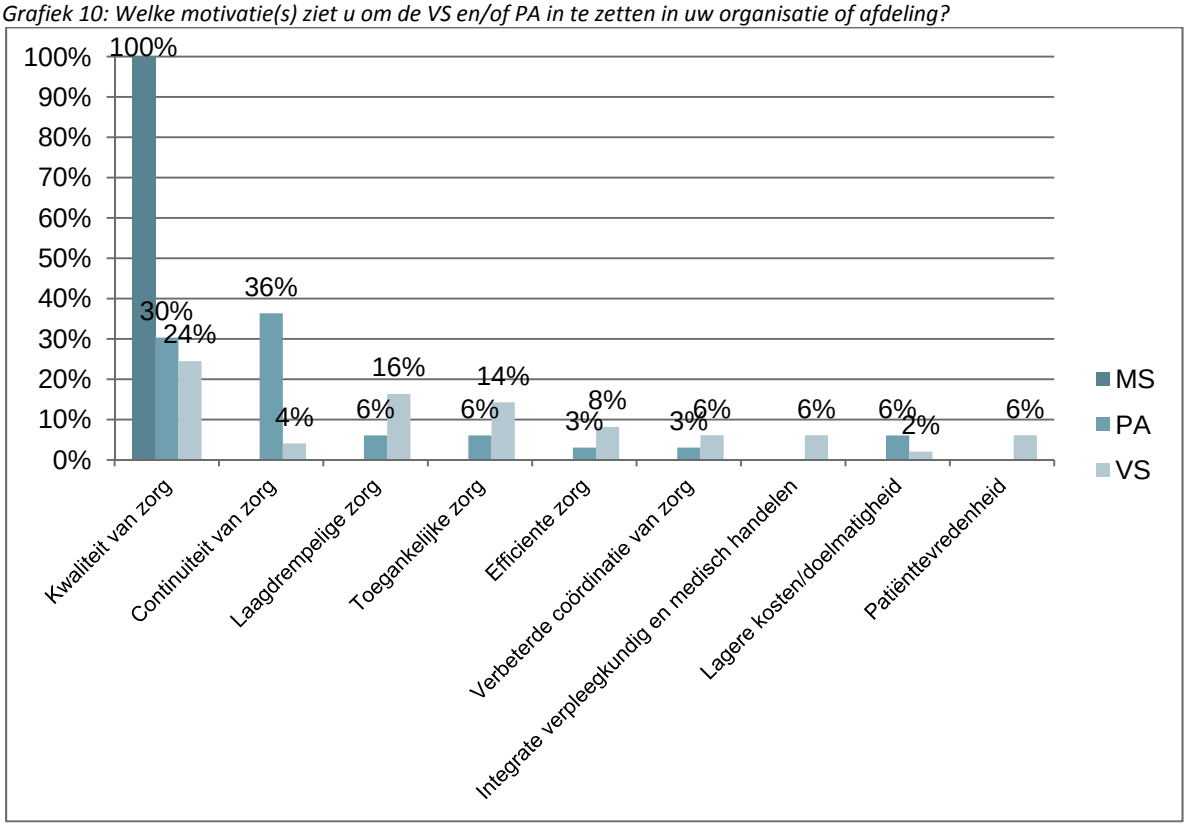


Verder laat de grafiek een afname zien van het aantal consulten per patiënt per jaar dat gedaan wordt door de medisch specialisten. In 2014 zagen de medisch specialisten de patiënt gemiddeld vaker per jaar dan in 2015. Vooral bij de patiënten die zowel door de medisch specialisten als de PA of VS gezien worden is een daling te zien. In 2014 zagen de medisch specialisten deze patiëntengroep gemiddeld 3,1 keer per jaar. In 2015 was dit nog 2,6 keer per jaar. Voor de betrokkenheid van de PA of VS kan niet een soortgelijke conclusie getrokken worden omdat hier het registratie-effect meeweegt.

3.3.7 Motivaties voor inzet PA/VS

De belangrijkste motivatie voor de inzet van beide beroepsgroepen is de verbetering van kwaliteit van zorg. Vooral de medisch specialisten geven onverdeeld aan dat dit het grondmotief is voor de inzet. Verder valt op dat bij de PA het argument van ‘continuïteit van zorg’ vaker genoemd wordt dan bij de VS. We zien hier geen afwijkingen ten opzichte van ons eerdere onderzoek. Grafiek 10 vat de resultaten samen.

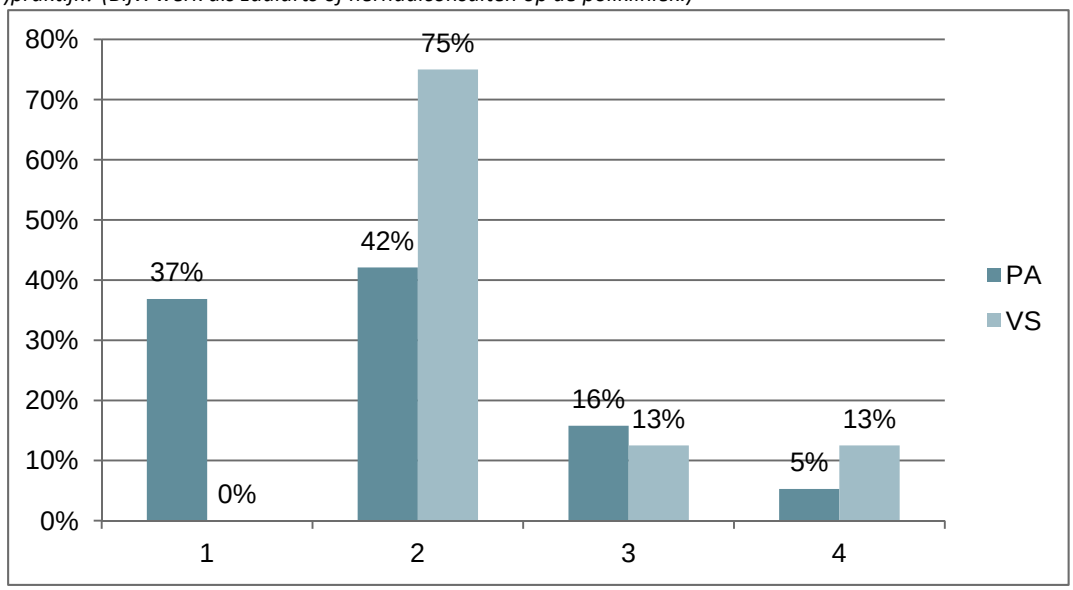
Grafiek 10: Welke motivatie(s) ziet u om de VS en/of PA in te zetten in uw organisatie of afdeling?



3.3.8 Het inzetprofiel van de PA/VS

Als we kijken naar het inzetprofiel zien we dat een groot deel van de PA's (37%) op een zaalfunctie werkt. Een deel van de PA's combineert poliklinische en klinische taken (42%). VS blijken vooral in een combinatiefunctie (poliklinisch en klinisch) werkzaam (75%).

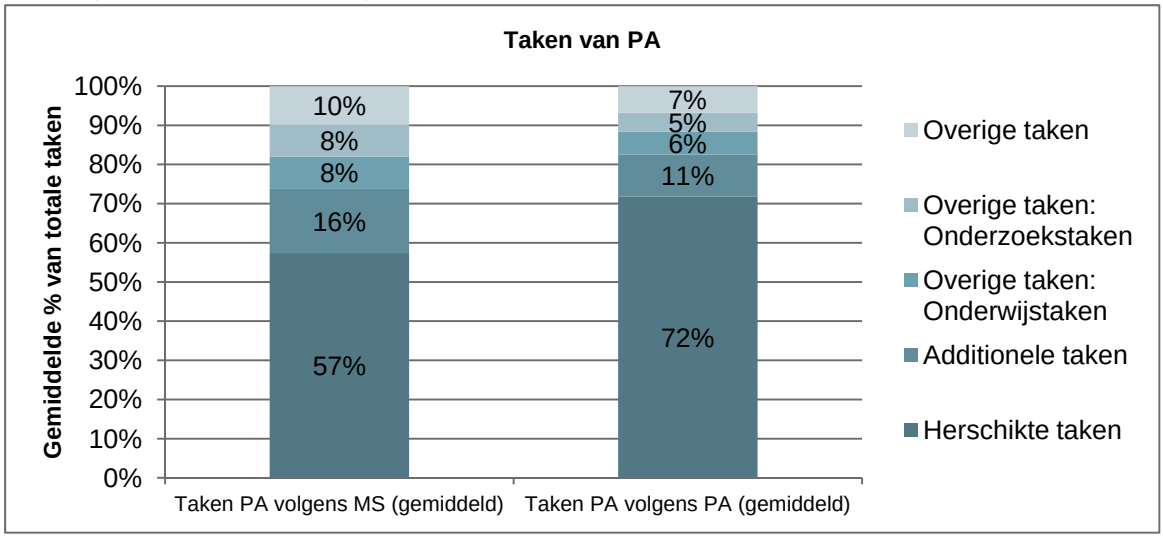
Grafiek 11: Open vraag, Kunt u kort benoemen welke activiteiten/taken u voornamelijk verricht in uw dagelijkse (zorg-)praktijk? (Bijv. werk als zaalarts of herhaalconsulten op de polikliniek.)[17]



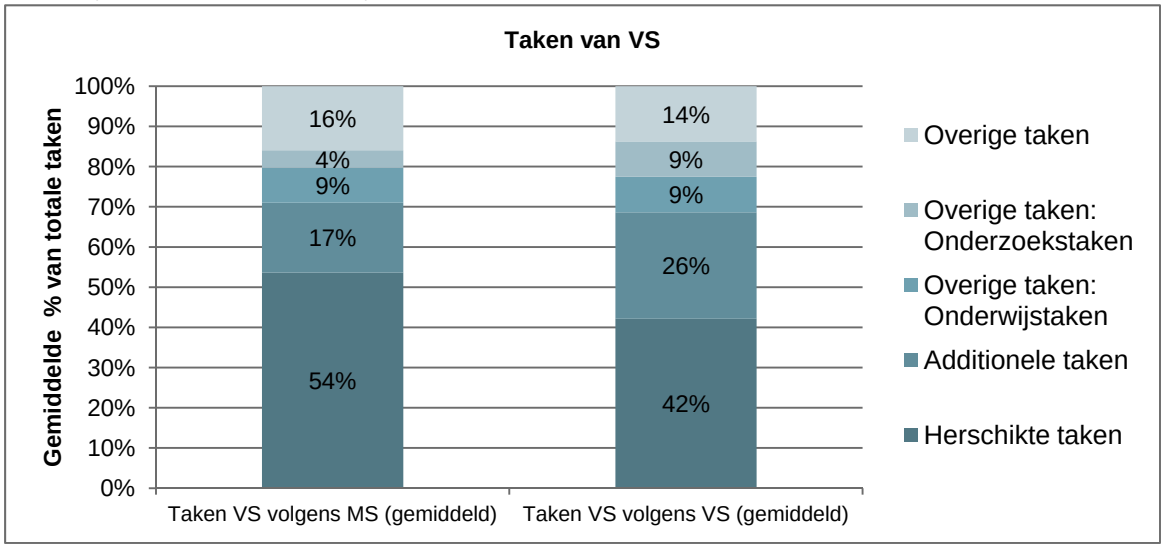
[17] 1= klinische functie (zaalartsrol), 2= klinische functie in combinatie met poliklinische taken, 3 = poliklinische en/of klinische consulten en 4= combinatie coördinatietaken en klinische/poliklinische consulten

Op basis van de enquêteresultaten is inzichtelijk te maken hoe de medisch specialist, PA en VS de taakprofielen van VS/PA percipiëren. Hier valt op dat de VS meer 'additionele taken' heeft (complexe verpleegkundige taken) en dat de PA meer taken uitvoert die rechtstreeks uit het medisch domein herschikt zijn. Dit komt overeen met onze eerdere bevindingen. Wat ook opvalt, is dat de medisch specialist een ander beeld heeft bij de taken uitgevoerd door VS. Hieruit maken we op dat het verpleegkundig deel niet zozeer in de 'scope' van de medisch specialist zit en dat de medisch specialisten het verschil tussen beide beroepsgroepen beperkt zien. Grafiek 12 en 13 geven dit weer.

Grafiek 12: Gemiddeld profiel PA volgens PA en de Medisch Specialist (Kunt u aangeven in welke mate u onderstaande taken uitvoert? (totaal niet meer dan 100%)



Grafiek 13: Gemiddeld profiel VS volgens VS en de Medisch Specialist (Kunt u aangeven in welke mate u onderstaande taken uitvoert? (totaal niet meer dan 100%)



3.3.9 Het inzetprofiel van de medisch specialist

In het voorgaande onderzoek naar taakherschikking en kostprijzen kwam naar voren dat de inzet van de PA en VS slecht zichtbaar is in de verrichtingenregistratie en de kostprijsvaststelling van DBC-zorgproducten. PA's en VS-en voeren veel taken uit die niet geregistreerd worden of buiten de registreerbare verrichtingen vallen. Een genoemd argument is dat medisch specialisten ook niet alle activiteiten kunnen registreren. In de praktijk nemen PA's en VS-en vaak taken over van medisch specialisten. Het gaat dan zowel om geregistreerde verrichtingen als om activiteiten die niet geregistreerd worden. Het profiel van de medisch specialist is voor het onderzoek interessant, omdat

dit profiel door taakherschikking beïnvloed kan worden. Enerzijds nemen PA's en VS-en taken over van medisch specialisten: wat doet de medisch specialist met de "vrijgekomen" tijd? Anderzijds zijn er wellicht taken bij gekomen door de inzet van PA's en VS-en, bijvoorbeeld supervisie. Door het in kaart brengen van het profiel van de medisch specialist kan taakherschikking transparant(er) gemaakt worden.

Methode

Er zijn vijf medisch specialisten geïnterviewd bij vijf verschillende specialismen in één universitair medisch centrum en één perifeer ziekenhuis om het inzetprofiel/taken van de MS in kaart te brengen. De specialismen Neurologie, Interne geneeskunde, Orthopedie, Urologie en Heelkunde zijn betrokken. Een eerste pilot is uitgevoerd bij één medisch specialist om de vragenlijst te testen. Het bleek in de gegeven interviewtijd niet haalbaar om alle op diens naam geregistreerde verrichtingen met de medisch specialist door te nemen.

In dit onderzoek hebben we ons niet gericht op een wetenschappelijk onderbouwd profiel, maar een indruk te krijgen van het profiel van de medisch specialist in relatie tot taakherschikking. De brondata van 2014/2015 vormen de basis voor de analyse; er zijn gegevens rondom netto inzetbaarheid, verrichtingen, roosters en formatie gebruikt. Ook zijn de taakprofielen van VS/PA gehanteerd, aangevuld met de gegevens verkregen uit de interviews.

In onderstaande paragrafen presenteren we de resultaten. Achtereenvolgens is er een paragraaf over de weekindeling, het aandeel poliklinische tijd, dat zichtbaar is in de verrichtingenregistratie en de veranderingen in het profiel door taakherschikking.

Resultaten profiel MS: weekindeling

Allereerst is gevraagd naar de weekindeling van de medisch specialisten. Die blijkt sterk te verschillen tussen de verschillende type ziekenhuizen en tussen snijdende en interne specialismen. Hieronder is de weekindeling van de medisch specialisten systematisch weergegeven in tabel 4.

Tabel 4. Het globale profiel medisch specialisten (MS = medisch specialist)

	MS 1	**MS 2**	**MS 3**	**MS 4**	***MS 5***
Ziekenhuis en specialisme	UMC, intern specialisme	UMC, intern specialisme	Perifeer ziekenhuis, snijdend specialisme	Perifeer ziekenhuis, snijdend specialisme	UMC, snijdend specialisme
Functie	Medisch specialist, chef de clinique	Medisch specialist, chef de clinique	Medisch specialist, medisch manager	Medisch specialist, medisch manager	Medisch specialist
Aantal werkdagen	5	5	4,5	4,5	4
Poli	2 a 3 dagdelen per week	1 dagdeel per week	4 dagdelen per week	3 a 4 dagdelen per week	3 dagdelen per week
OK	n.v.t.	n.v.t.	4 dagdelen per week	3 a 4 dagdelen per week	1 a 2 dagdelen per week
Kliniek	1 uur per dag supervisie aios	Wisselend	15 min per dag supervisie VS	45 min per dag supervisie PA	1 dagdeel per week
Management-taken	1 dagdeel per week	1 dagdeel per week	1 dagdeel per week	1 dagdeel per week	N.v.t.
Overige taken	11 uur per week onderzoek en onderwijs	1 dag per week t.b.v. innovatie. Onderwijs wisselend	n.v.t.	1 dagdeel per week onderzoek en onderwijs	1 dagdeel per week onderzoek, 1 dagdeel per week overige taken

De taken van MS 1 kunnen ingedeeld worden in drie categorieën, te weten: directe taken, indirecte taken en voorwaardenscheppende oftewel overige taken. Voorbeelden van directe taken zijn consulten op de polikliniek en verpleegdagen op de kliniek. Dit zijn de taken die doorgaans ook geregistreerd worden in het verrichtingensysteem. Ze omvatten ongeveer 40% van de taken van deze medisch specialist. Voorbeelden van indirecte taken zijn patiëntenbesprekingen, triage en administratie. Dit betreft ongeveer 30% van de taken. Voorwaardenscheppende taken zijn bijvoorbeeld onderzoek, onderwijs en organisatieontwikkeling. Dit betreft ook circa 1/3 van de taken van deze medisch specialist.

MS 2 levert weinig patiëntenzorg (directe en indirecte taken) en doet veel voorwaardenscheppende taken. Eén dagdeel per week ziet hij poliklinische patiënten en af en toe is er een periode van klinische supervisie. Verder houdt hij zich bezig met chef de clinique taken, zorginnovatie, onderwijs en onderzoek.

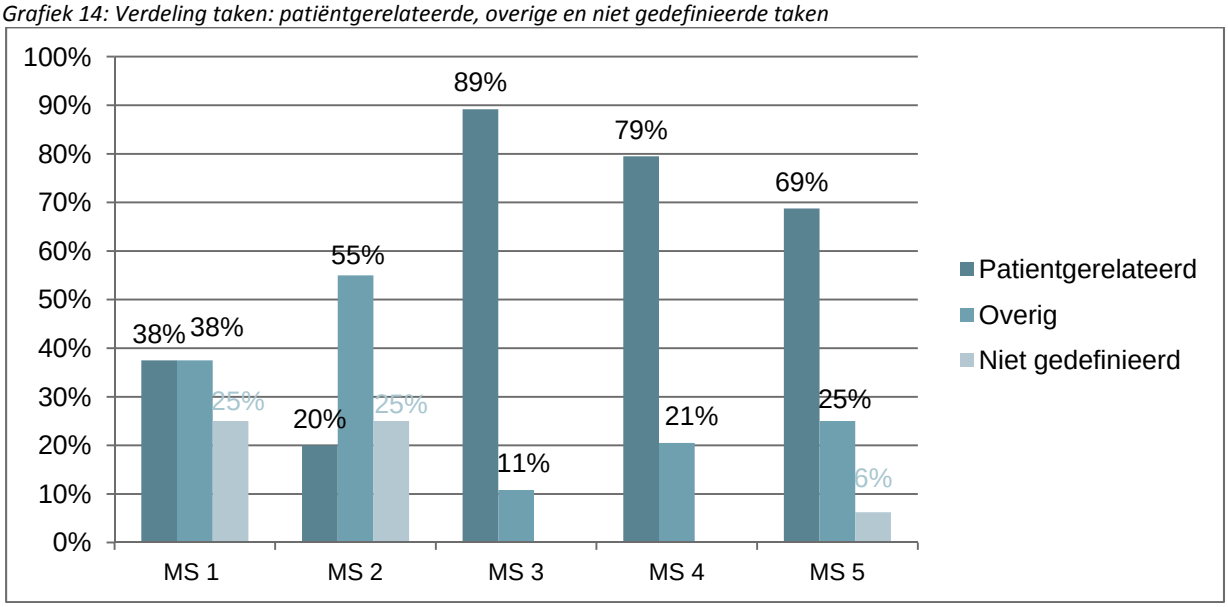
MS 3 voert circa 4 dagen van de 4,5 dag per week patiëntgerelateerde taken uit. Een halve dag wordt besteed aan managementtaken.

Voor MS 4 geldt dat hij ongeveer 3,5 dag per week besteedt aan patiëntgerelateerde taken. Circa een halve dag komt ten goede aan onderzoek en onderwijs. Daarnaast wordt ook een halve dag per week besteed aan managementtaken.

MS 5 besteedt ongeveer 3 van de 4 dagen aan patiëntgerelateerde taken; poli, OK en kliniek. Verder wordt één dagdeel onderzoek uitgevoerd en gemiddeld één dagdeel besteed aan overige taken zoals voorbereiding poli, patiëntenbesprekingen en administratie.

In onderstaande grafiek is onderscheid gemaakt tussen patiëntgerelateerde taken (poli, OK, kliniek) en overige taken (management, onderwijs, onderzoek, administratie) per medisch specialist. Er wordt een zeer gevarieerd beeld getoond. Zichtbaar is dat de medisch specialisten werkzaam in een perifeer ziekenhuis meer patiëntgerelateerde taken uitvoeren. Niet gedefinieerde taken zijn werkuren die niet gespecificeerd zijn.

Grafiek 14: Verdeling taken: patiëntgerelateerde, overige en niet gedefinieerde taken



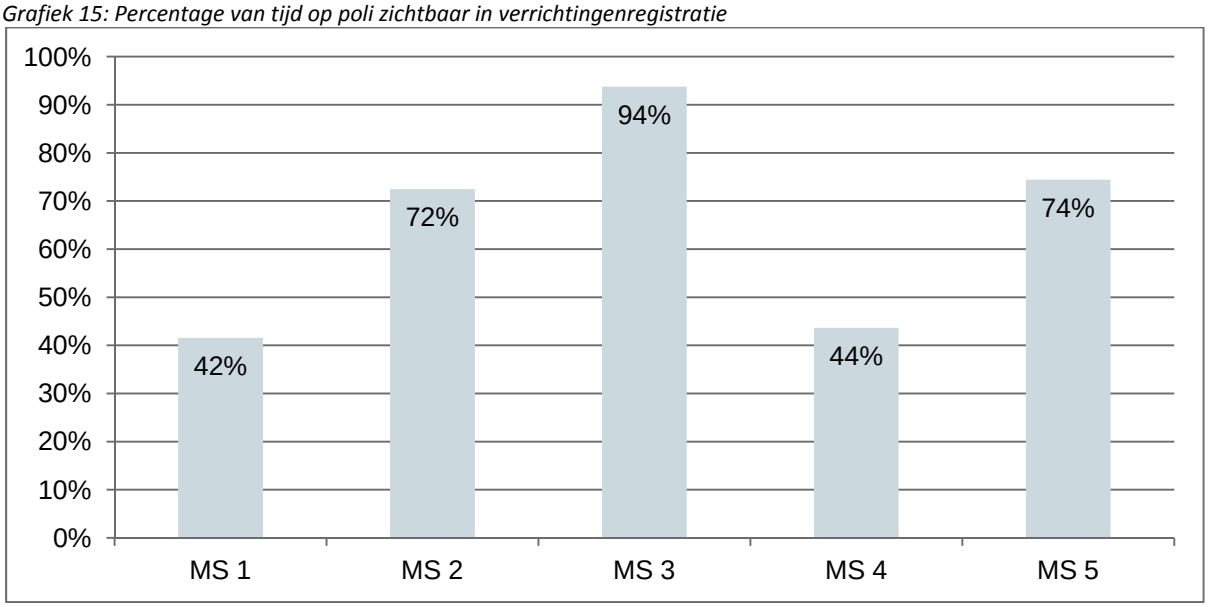
In verband met de hoeveelheid verrichtingen zijn deze niet allemaal tot in detail doorgenomen met de medisch specialisten. Het beeld dat gemiddeld naar voren komt is dat niet alle geregistreerde verrichtingen op naam daadwerkelijk uitgevoerd worden door de betreffende medisch specialist. Dit betreffen bijvoorbeeld verrichtingen waarvoor de medisch specialist alleen de supervisie uitvoert (verpleegdag, consult door PA/VS) en verrichtingen die aangevraagd zijn door de medisch specialist (onderzoek).

Resultaten profiel MS: Verrichtingenregistratie op de polikliniek

Voor de polikliniek is specifiek gekeken hoeveel van de tijd die de medisch specialist op de polikliniek is, zichtbaar is in het verrichtingensysteem.

In de interviews hebben de medisch specialisten aangegeven hoeveel dagdelen zij per week op de polikliniek werken. Er is uitgegaan van een dagdeel van 4 uur en i.v.m. netto inzetbaarheid 42 weken per jaar. Hiermee is gekomen tot een tijd in minuten per jaar die de medisch specialist op de polikliniek werkt. Daarnaast is aan de medisch specialisten gevraagd hoeveel tijd zij besteden aan een polikliniekconsult. Indien aangegeven, is onderscheid gemaakt tussen een eerste consult en een herhaalconsult. In de verrichtingenregistratie van 2014 en/of 2015 is gekeken hoeveel consulten geregistreerd zijn op naam van de medisch specialist. Telefonische consulten zijn niet meegenomen. Het aantal consulten is vermenigvuldigd met de duur van een consult in minuten. Door de tijd op de polikliniek te delen door de “tijd” die zichtbaar is in de verrichtingenregistratie zijn we gekomen tot een percentage zichtbaarheid in verrichtingenregistratie op polikliniek.

Grafiek 15: Percentage van tijd op poli zichtbaar in verrichtingenregistratie



In grafiek 15 is per medisch specialist het percentage weergegeven van de tijd op de polikliniek die zichtbaar is in de verrichtingenregistratie. Het beeld varieert sterk per medisch specialist. Gemiddeld is 65% van de tijd die op de polikliniek besteed wordt zichtbaar in de registratie. Opvallend is dat deze variatie ook geconstateerd is bij de VS en PA, maar dan in een lager percentage.

De verschillen in percentages kunnen mogelijk verklaard worden doordat in meer of mindere mate andere functionarissen (bv. PA, VS of arts-assistent) ook consulten registreren op naam van de medisch specialist, waarbij de medisch specialist alleen de supervisie verzorgt. Een andere verklaring is dat het aantal minuten per consult verschilt per medisch specialist (7,5 tot 30 minuten), waardoor voorbereiding en administratie wellicht juist wel of niet binnen het consult uitgevoerd kunnen worden.

Resultaten profiel MS: Veranderingen door taakherschikking

De veranderingen die hebben plaatsgevonden in het profiel van de MS door de inzet van PA/VS zijn uiteenlopend. Hierbij dient vermeld te worden dat de situatie zonder PA/VS soms lang geleden is; er spelen doorgaans ook andere factoren mee als er veranderingen hebben plaatsgevonden.

Bij MS 1 zijn recent wijzigingen opgetreden in de taken van de verpleegkundig specialist. Zij werkt nu voor de gehele keten in plaats van alleen voor dit specialisme, dus er zijn taken teruggekomen bij de medisch specialist. De VS wordt nu meer ingezet voor kwaliteit dan voor productie. Dit waren in het verleden voornamelijk vervolgconsulten. 20% van de vervolgconsulten werd overgenomen door de VS. De tijd die hierdoor vrij kwam bij de medisch specialist werd gebruikt om extra nieuwe patiënten te zien. Dat is nu niet meer mogelijk, de productie is echter niet gedaald door het op een andere manier inzetten van de VS: door een nieuw gecombineerd spreekuur (van de VS) wordt nog hetzelfde aantal nieuwe patiënten gezien.

MS 2 heeft zich bezig gehouden met het opleiden van de verpleegkundig specialisten. Hij gaf inhoud aan de opleiding, regelde stages, begeleidde onderzoeken en schreef evaluaties. Dat kostte hem ongeveer twee uur per week en dat is daarna langzaam afgebouwd. Er is verder niets gewijzigd aan de taken van deze medisch specialist door de inzet van PA en VS. Er wordt extra productie gedraaid door de inzet van deze functionarissen. Ook is er door de inzet van verpleegkundig specialisten meer ruimte voor ontwikkeling en innovatie. Dat is belangrijk in de dynamische omgeving van een UMC. Het inzetprofiel van de arts-assistent op de afdeling is veranderd door de inzet van de PA. De PA

neemt zaalartstaken op zich voor de laagcomplexe patiënten. Arts-assistenten hebben daardoor meer tijd voor opleiding. Dit is niet per se positief: arts-assistenten zouden eigenlijk veel patiënten moeten zien (om te leren), aldus deze medische specialist.

Bij MS 3 geldt dat er door de inzet van verpleegkundig specialisten als zaalarts minder begeleiding nodig is op de kliniek. De medisch specialist bespaart hier 15 minuten per dag mee. Door de consulten die de verpleegkundig specialisten overneemt op de polikliniek kan de medisch specialist daar meer complexe patiënten en meer patiënten met second opinions zien. Begeleiding geven aan verpleegkundig specialisten wordt meer als intercollegiaal overleg gezien dan als supervisie. Intercollegiaal overleg is ook nodig met andere medisch specialisten.

MS 4 geeft aan dat door de inzet van PA's op de polikliniek de medisch specialist meer complexe patiënten kan zien. Op de kliniek is er meer continuïteit door de inzet van PA's. Er hebben veel andere wijzigingen plaatsgevonden die van invloed zijn op het werk van de medisch specialist en de PA, bijvoorbeeld het verplaatsen van een behandeling van de OK naar de polikliniek.

Bij MS 5 heeft de verpleegkundig specialist protocollaire consulten en telefonische consulten overgenomen van de medisch specialist. Daarbij ontvangt de VS supervisie van de medisch specialist. De daarnaast vrijgekomen tijd besteedt de medisch specialist onder andere aan complexe patiënten, second opinions, onderzoek en kliniek.

Conclusies rondom profiel medisch specialist

Door het interviewen van vijf medisch specialisten en het verzamelen van data in twee ziekenhuizen is een beeld verkregen van het profiel van een medisch specialist.

Geconcludeerd kan worden dat het profiel van een medisch specialist sterk afhankelijk is van het type ziekenhuis waarin de medisch specialist werkt: perifere medische specialisten besteden meer tijd aan patiëntenzorg dan universitaire medisch specialisten. Over het algemeen is sterke variatie zichtbaar in de hoeveelheid patiëntgerelateerde en overige taken die een medisch specialist uitvoert.

Er zijn veel verrichtingen geregistreerd op naam van de medisch specialist in het verrichtingensysteem, maar er is niet goed zichtbaar in het verrichtingensysteem wat voor taken een medisch specialist daadwerkelijk zelf uitvoert. Veel verrichtingen staan op naam van de medisch specialist, maar worden uitgevoerd door andere medewerkers onder toezicht van de medisch specialist. De medisch specialist verzorgt ook mogelijk de supervisie. De registratie van consulten op de polikliniek is vergeleken met de tijd die medisch specialisten aangeven op de polikliniek werkzaam te zijn. Dit percentage varieert van 42 tot 94 procent met een gemiddelde van 65%. Dit betekent dat gemiddeld 65% van de tijd die de medisch specialisten aangeven op de polikliniek te besteden zichtbaar is in de verrichtingenregistratie.

Het profiel van de medisch specialisten wordt weinig tot niet beïnvloed door taakherschikking. De inzet van een PA of VS kan productiegroei opvangen en/of zorgt voor "hogere kwaliteit" (bijvoorbeeld doordat de medisch specialist meer tijd heeft voor complexe patiënten). Supervisie van PA/VS benoemen medisch specialisten niet als taak die (veel) tijd kost.

Het profiel van de arts-assistent kan meer beïnvloed worden door de inzet van de PA of VS. Als de PA of VS bijvoorbeeld als zaalarts functioneert, zal de arts-assistent deze taak minder of niet te hoeven uitvoeren.

3.3.10 Het verdeelmodel honorarium medisch specialisten

Een veelvuldig gehoorde belemmering, genoemd bij meerdere ziekenhuizen, betreft de mogelijke consequenties van taakherschikking voor het (interne) verdeelmodel Honoraria Medisch Specialisten. Medisch specialistische bedrijven (MSB) kunnen ervoor kiezen om op basis van een verdeelmodel hun honoraria over de verschillende vakgroepen te verdelen. Door veel MSB's wordt daarvoor het door Logex ontwikkelde verdeelmodel gehanteerd.

Het model

Verdeelmodel is een methode om honorarium te verdelen onder MSB / Specialismen. Basis voor de methode is een landelijke benchmark gebaseerd op onder meer fte, productie en financiële gegevens. Deze Landelijke benchmark, bestaande uit gegevens van ruim 100 ziekenhuizen, bestaat uit gegevens (zogeheten normpraktijk) die afgezet worden tegen de lokale uitkomsten om daarmee een verdeling toe te passen in de honorariumopbrengsten.

Het collectief of medisch specialistisch bedrijf moet een aantal keuzes maken alvorens maatschappen zich kunnen spiegelen aan de landelijke normpraktijk per specialisme (per categorie instelling). Namelijk het bepalen van ratio's en onderlinge weging op basis waarvan wordt gebenchmarkt en het bepalen van de toegestane bandbreedte in aantallen normpraktijk per maatschap.

Bij het vaststellen van het aantal normpraktijken kan een maatschap aan de landelijke normpraktijk per specialisme worden gespiegeld op verschillende categorieën ratio's. Het collectief bepaalt zelf welke ratio's lokaal als relevant worden beschouwd en wat de onderlinge weging zou moeten zijn. Deze ratio's betreffen productie, financiën (declaratie) en efficiency. Onder efficiency wordt in dit verband bedoeld het efficiënt vertalen van productie van zorgactiviteiten naar zorgproducten. Een meer efficiënte vertaling betekent dat met eenzelfde productie van zorgactiviteiten een groter aantal zorgproducten worden geleverd. In de benchmarkratio's wordt dit vergeleken voor de lokale productmix.

Vervolgens wordt de werkelijke output van een specialisme bepaald en bezien met hoeveel normpraktijken dit overeen komt door het te spiegelen aan de landelijke norm voor het betreffende specialisme in een categorie instelling (STZ, algemene ziekenhuizen, samenwerkende kleine ziekenhuizen). Deze berekening wordt gemaakt voor ieder specialisme binnen een collectief. Op basis van het totale aantal normpraktijken wordt het totaal te verdelen honorarium vastgesteld per praktijk. Een specialisme krijgt dit bedrag vermenigvuldigd met het aantal normpraktijken dat het produceert.

De PA en VS in het model

Zelfstandig outputverhogend 'personeel', niet zijnde een medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar, wordt gewogen meegeteld in het aantal fte medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren. Bijvoorbeeld voor VS'en en PA's geldt als advies dat 1 fte dienstverband wordt meegeteld als 0,25 fte medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar. Dit komt globaal overeen met de verhouding loonkosten CAO / omzet medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar. In de praktijk echter kunnen MSB's ervoor kiezen om de VS/PA niet mee te nemen in de weging en rapportages (deselecteren), bijvoorbeeld wanneer zij niet productieverhogend worden in gezet maar alleen kwaliteitsverhogend.

De praktijk

Op dit moment zijn er geen specifieke afspraken gemaakt met betrekking tot hoe VS'en en PA's meegenomen worden in het verdeelmodel. Wel heeft de Federatie van Medisch Specialisten gerichte adviezen gegeven en werkt men op dit moment aan herijking van het advies. De invloed van de inzet

van PA en VS heeft per saldo geen effect op de verdeling. De fte-input wordt enkel gebruikt voor de landelijke benchmark en lokaal kan men met de spiegelinformatie zelf selecties maken.

Wat aangegeven is tijdens de interviews is dat binnen het hierboven beschreven model de productie pas meetelt binnen de normpraktijken als deze door de medisch specialist zelf geopend is. Dit zou een probleem vormen omdat PA en VS nu ook zelfstandig DBC's mogen openen en dat dit mogelijk vertekent. Dat kan weer leiden tot terughoudendheid van de ziekenhuizen en MSB's bij het zelfstandig laten openen van DBC's. Logex zelf geeft hierbij aan dat de eis dat enkel de productie, geopend door medisch specialist meetelt in de normpraktijk, onderdeel is van de landelijke herijking van de landelijke benchmark. Dit punt zou in principe in de toekomst geen belemmering moeten vormen.

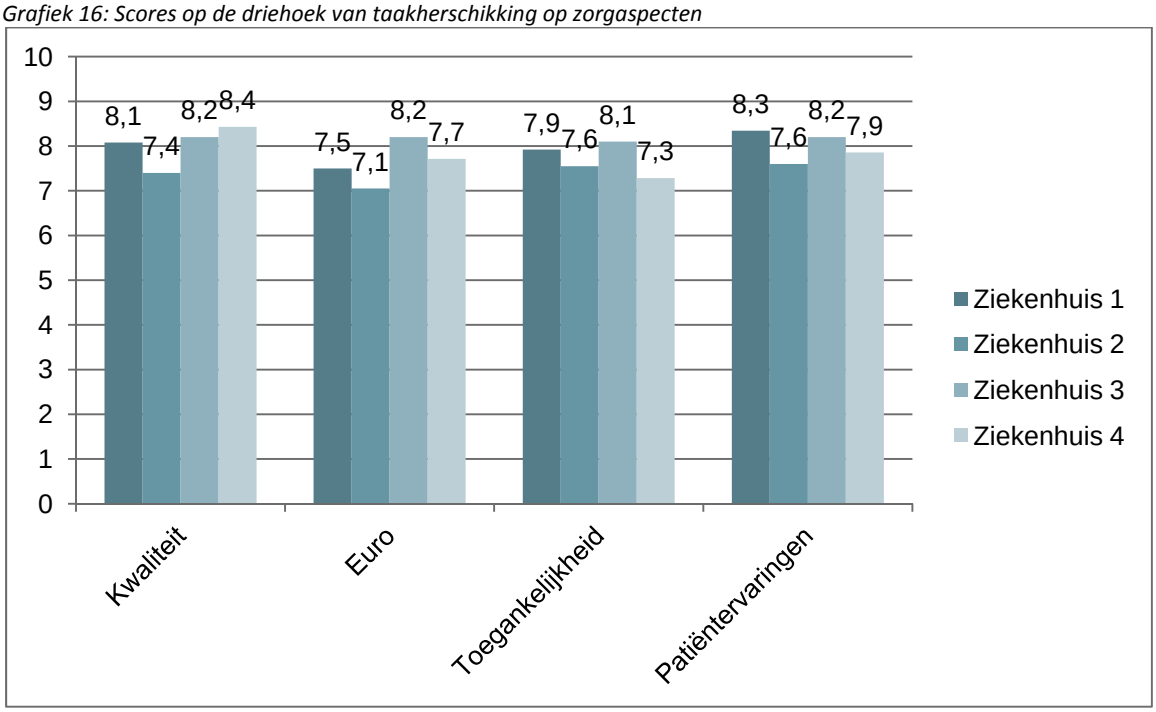
Als het gaat om het verdeelmodel wordt op dit moment in de vergelijking met de normpraktijk niet inzichtelijk hoeveel PA's en VS-en gemiddeld meegenomen worden. Een door medisch specialisten en bedrijfsleiders opgeworpen belemmering is de wijze waarop de PA/VS is meegenomen in de verdeling van de honoraria van medisch specialisten. Geconcludeerd kan worden dat deze effecten slechts beperkt zijn vanwege de vrijwel generieke methode waarmee normpraktijken in beeld worden gebracht. In de praktijk leidt dit mogelijk wel tot terughoudendheid bij het inzetten van de PA/VS en het zelfstandig laten openen van DBC's.

Een ander aspect is dat de inzet van PA/VS wel leidt tot hogere productie en dus meer normpraktijken en daardoor een hoger honorariumdeel. We vragen ons hierbij af op welke wijze ziekenhuis en medisch specialistische bedrijven deze effecten meenemen in hun individuele verdeelafspraken rondom de salarislasten van PA's en VS-en. Dit pleit wat ons betreft voor het zichtbaar maken van de PA/VS zodat er goede afspraken op lokaal niveau gemaakt kunnen worden.

3.3.11 Bijdrage van de PA/VS aan 'de driehoek van taakherschikking'

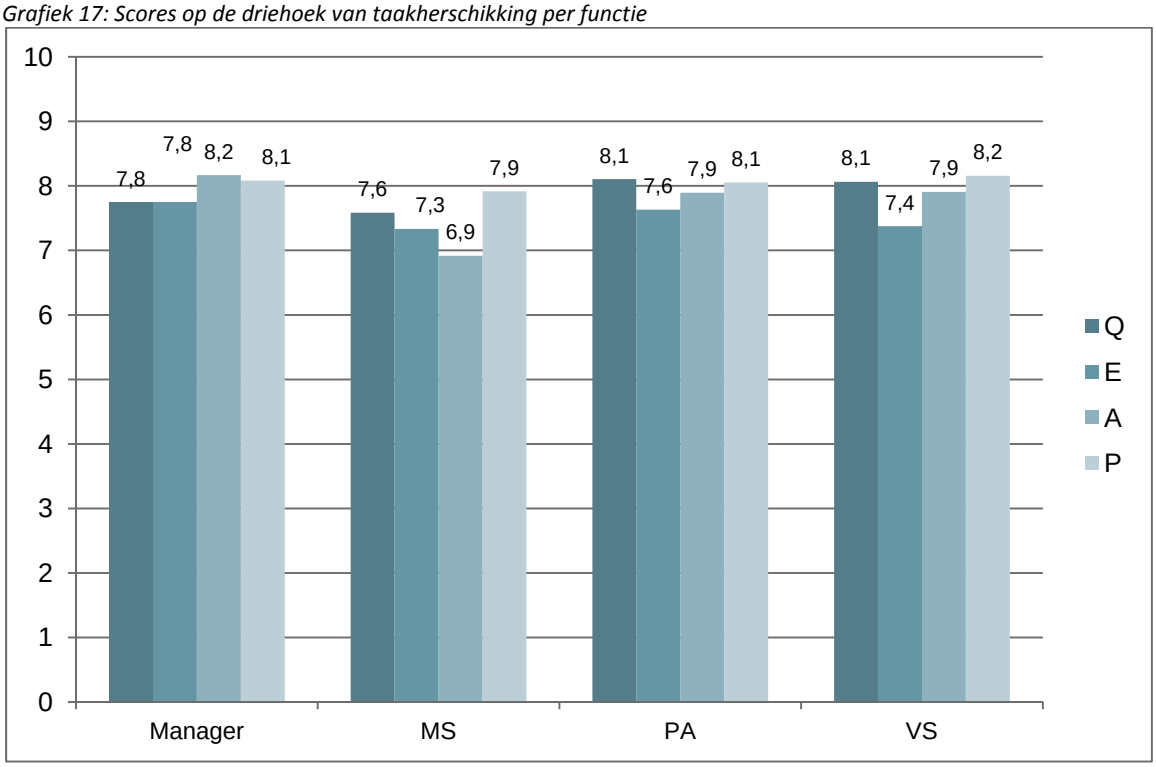
Medisch specialisten, PA's, VS-en, afdelingshoofden en managers is gevraagd om op een visueel analoge schaal van 1 tot 10 aan te geven in welke mate PA/VS bijdragen op de onderdelen kwaliteit (Quality), Doelmatigheid (Euro), toegankelijkheid (Accessability) en Patiëntervaringen (Patiëntexperiences). Bij elk van de vier ziekenhuizen is hier hoog gescoord (>7). De scores hebben relatief kleine deviaties (stdev.1,08). Grafiek 16 geeft de scores weer per ziekenhuis.

Grafiek 16: Scores op de driehoek van taakherschikking op zorgaspecten



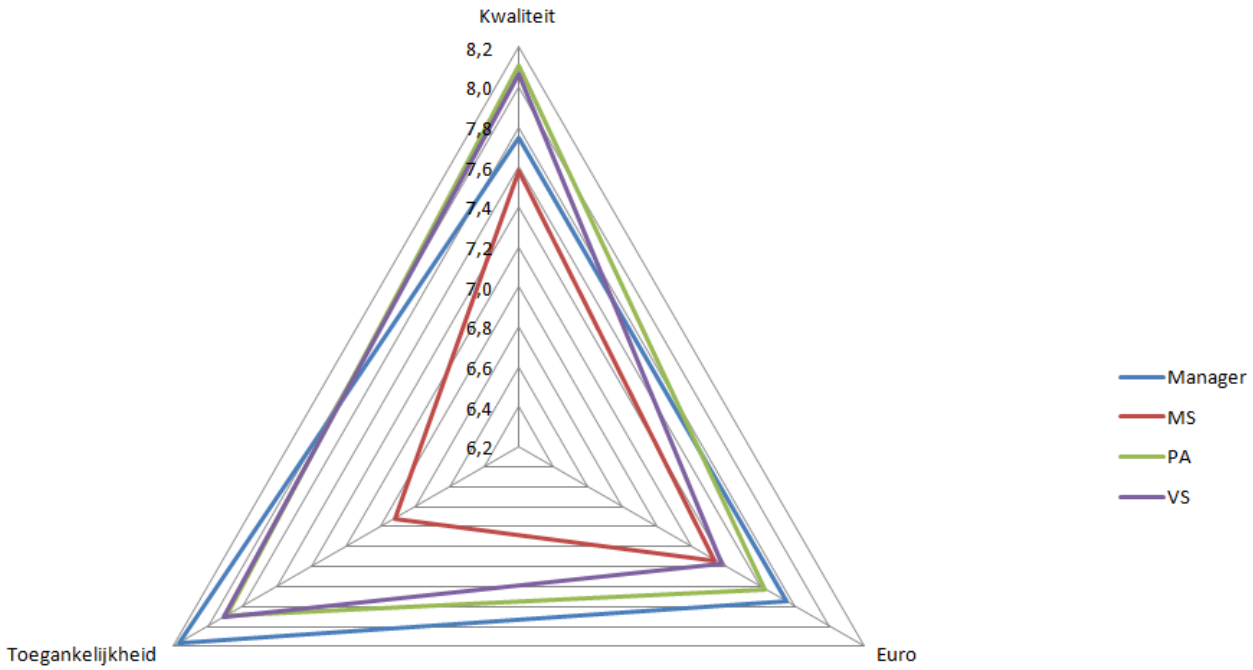
Op het niveau van functie zien we dat medisch specialisten 'gematigder' zijn dan PA/VS en managers, maar dat men gemiddeld 7,4 scoort op alle onderdelen. Grafiek 17 geeft dit weer.

Grafiek 17: Scores op de driehoek van taakherschikking per functie



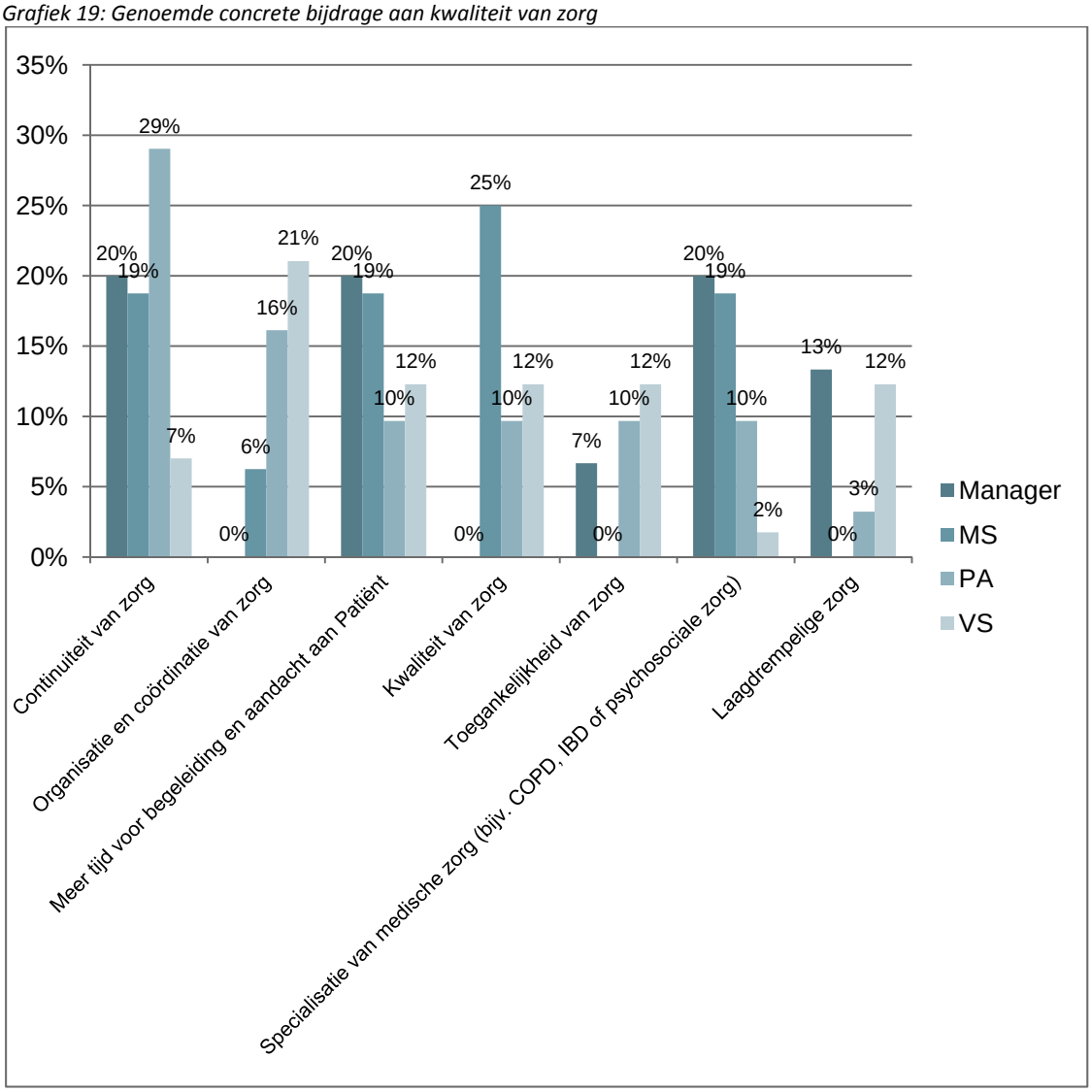
Als we dit weergeven in de driehoek van taakherschikking, zien we dit verschil nadrukkelijker terug. Onderstaande grafiek 18 geeft dit weer.

Grafiek 18: Scores op de driehoek van taakherschikking



Ook is gevraagd wat nu concreet die bijdrage op elk onderdeel is. Onderstaande grafiek geeft de uitkomsten weer. Een 0% score betekent dat de desbetreffende functionaris geen antwoord op de open vraag heeft gegeven of geen gelijksoortig antwoord heeft benoemd (en ook 'niet van toepassing').

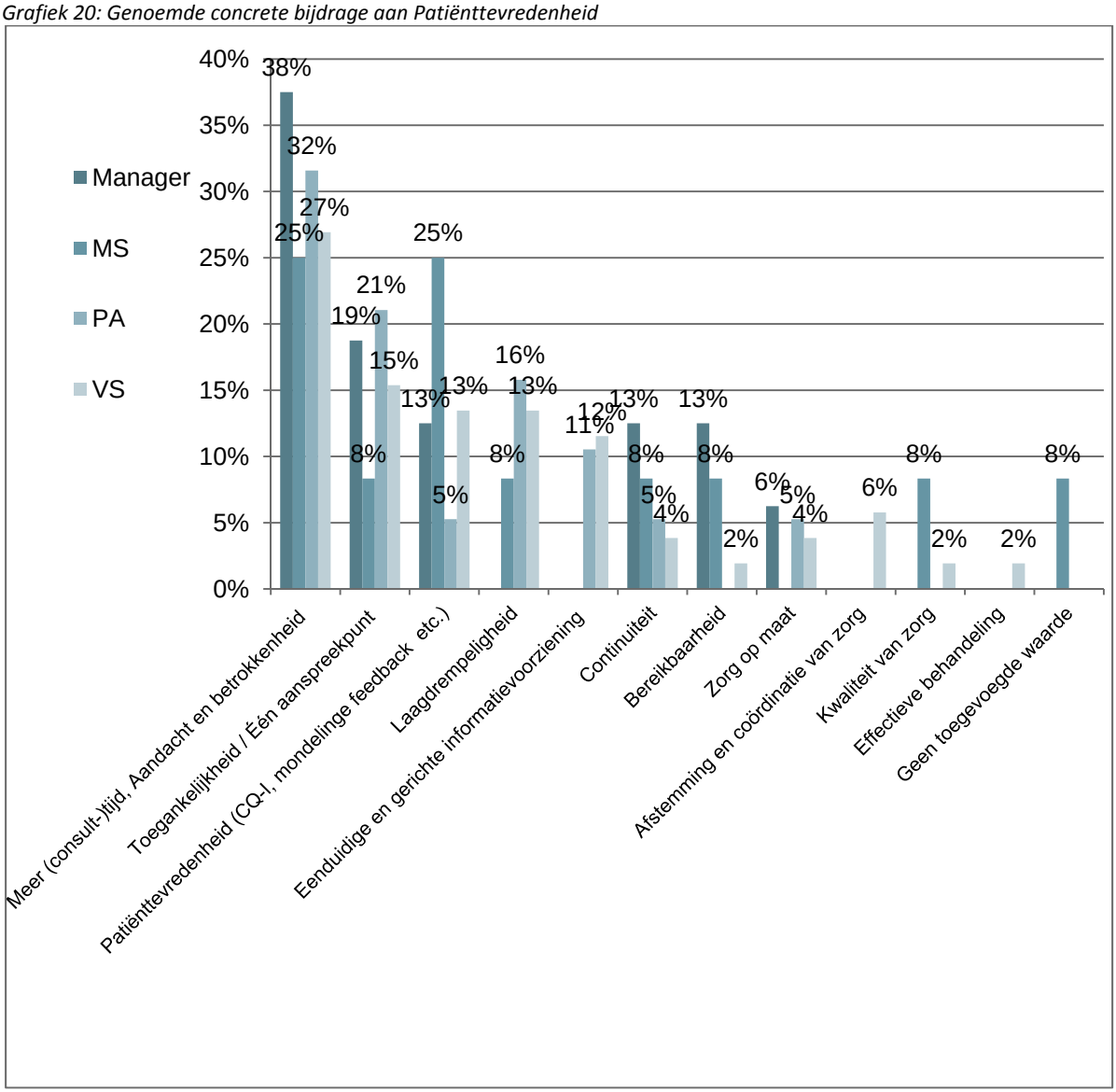
Grafiek 19: Genoemde concrete bijdrage aan kwaliteit van zorg



Op het onderdeel ‘toegankelijkheid’ geeft men voornamelijk aan dat ‘laagdrempelige zorg’ de belangrijkste bijdrage is. Genoemd wordt: ‘Één aanspreekpunt, bereikbaarheid en aandacht voor patiënt’. Hierbij kan men denken aan dagelijkse bereikbaarheid en afname toegangstijd tot zorg, maar ook verkorte doorlooptijden van het zorgproces. De VS scoort daarbij hoger (64%) dan de PA (40%).

Op het gebied van patiënttevredenheid zijn veel verschillende bijdragen genoemd door de respondenten. Een die een hoge score heeft gekregen is de toename in consulttijd, aandacht en betrokkenheid bij de patiënt (totaalgemiddelde 29%). Daarnaast zien we dat ook hier toegankelijkheid (en het hebben van één aanspreekpunt) (16%) als belangrijke bijdrages worden genoemd.

Grafiek 20: Genoemde concrete bijdrage aan Patiënttevredenheid

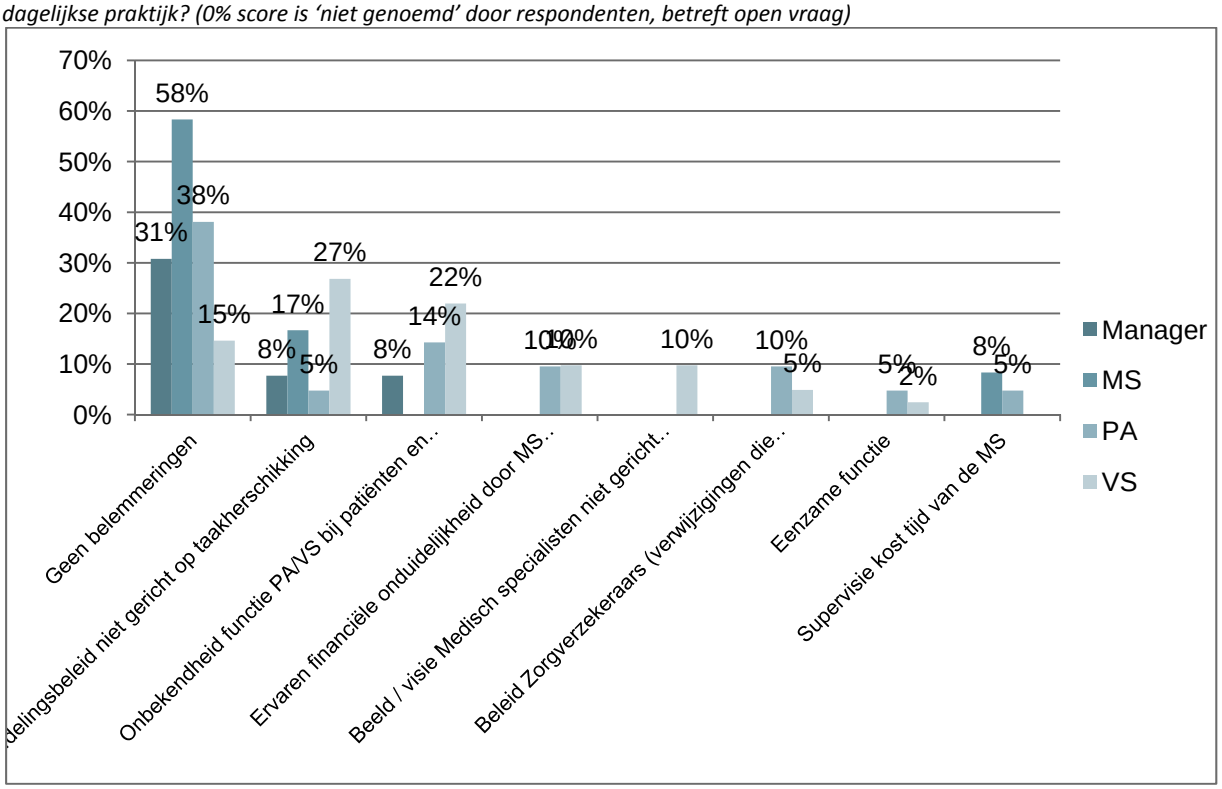


Op het onderdeel doelmatigheid valt op dat het merendeel (gemiddeld 51%) aangeeft onbekend te zijn met de bijdrage aan doelmatigheid. De overigen geven aan dat de inzet leidt tot ‘afgestemde en verbeterde zorgprocessen’(6%), ‘doelmatig werken’ (6%), ‘lagere loonkosten’ (4%), ‘snelle diagnostiek’ (4%), ‘minder herhaalconsulten’ (3%), ‘minder complicaties’ (3%) en ‘verkorte doorlooptijd behandeling’ (3%).

3.3.12 Belemmeringen inzet PA/VS

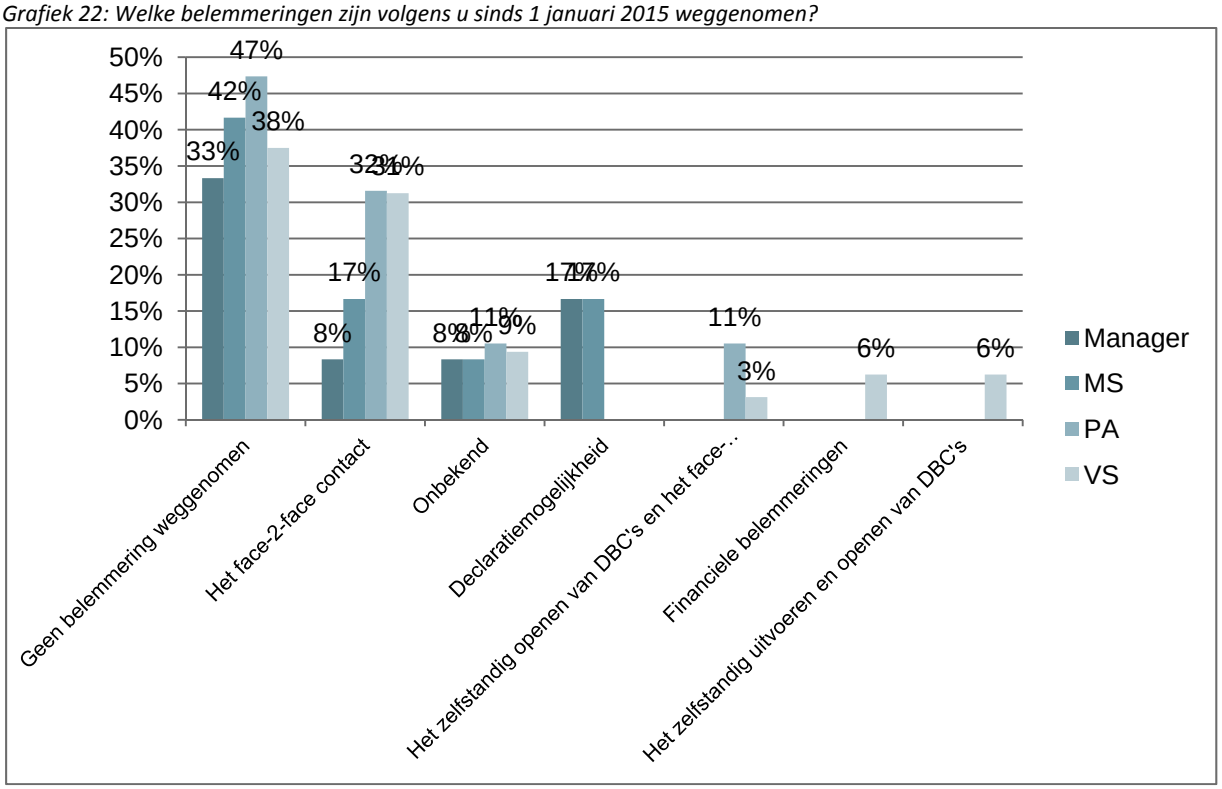
Aanvullend is gevraagd naar de ervaren belemmeringen in de dagelijkse zorgpraktijk. Hier valt op dat veel medisch specialisten geen belemmeringen ervaren (58%), maar dat slechts 38% van de PA en 15% van de VS dit bevestigen. Ook is te zien dat de VS vooral het eigen afdelingsbeleid als belemmerend ervaart (27%). Een opvallende is dat het niet accepteren van ‘verwijzingen’ als belemmering genoemd wordt door de PA/VS (10%/5%).

Grafiek 21: Welke belemmeringen ervaart u bij de uitoefening van uw taken voor wat betreft de taakherschikking in de dagelijkse praktijk? (0% score is 'niet genoemd' door respondenten, betreft open vraag)



In onderstaande grafiek 22 is te zien dat een groot deel (40%) van de respondenten aangeeft dat er geen belemmeringen zijn weggenomen. Een ander deel (23%) geeft aan dat de verruiming van het face to face contact een belemmering heeft weggenomen.

Grafiek 22: Welke belemmeringen zijn volgens u sinds 1 januari 2015 weggenomen?



Op de vervolgvraag welke belemmeringen aan de orde zijn gekomen vanaf 2015 zien we dat bij 10% het niet accepteren van doorverwijzingen, zelfstandig geopende dbc's en machtigingen op naam VS/PA genoemd is. Echter het merendeel (40%) geeft aan dat er geen belemmeringen aan de orde zijn gekomen.

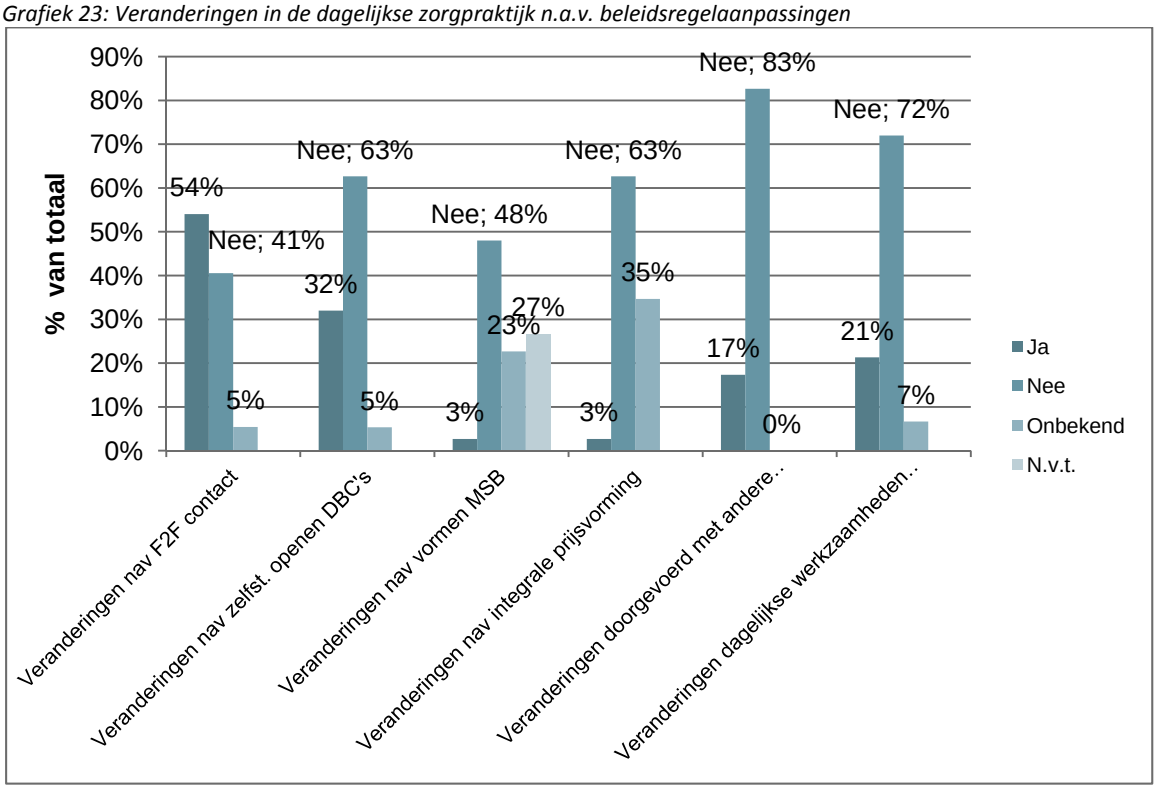
Tabel 5: Welke belemmeringen zijn vanaf 2015 aan de orde gekomen?

Categorie	Manager	MS	PA	VS	Eindtotaal
Geen	50%	36%	61%	26%	40%
Zorgverzekeraars accepteren geen doorverwijzingen (intern/extern), zelfstandig geopende DBC's en machtigingen op naam VS/PA	10%	0%	17%	9%	10%
Het face-2-face contact	0%	18%	0%	12%	8%
Onbekend	10%	9%	0%	9%	7%
Registratie van verrichtingen op naam	0%	0%	6%	9%	5%
De mogelijkheid voor het zelfstandig openen en sluiten van een DBC wanneer dat van toepassing mocht zijn.	0%	0%	6%	9%	5%
Financiële overwegingen (honorariumconsequenties)	20%	0%	6%	0%	4%

3.3.13 Effecten en interventies naar aanleiding van wetswijziging

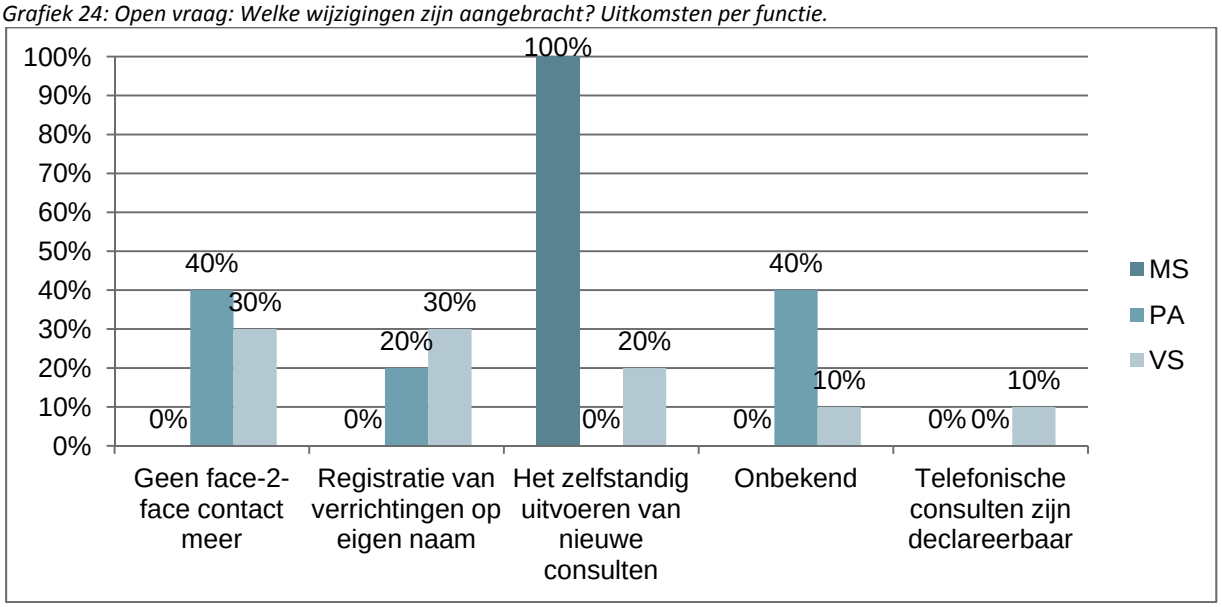
Een onderdeel van de vragenlijst bevatte gerichte vragen over de effecten en de interventies naar aanleiding van de gewijzigde beleidsregels. Een belangrijke constatering uit de antwoorden is dat het merendeel aangeeft in de zorgpraktijk geen grote veranderingen te zien (dat geldt voor zowel MS als de VS/PA).

Grafiek 23: Veranderingen in de dagelijkse zorgpraktijk n.a.v. beleidsregelaanpassingen



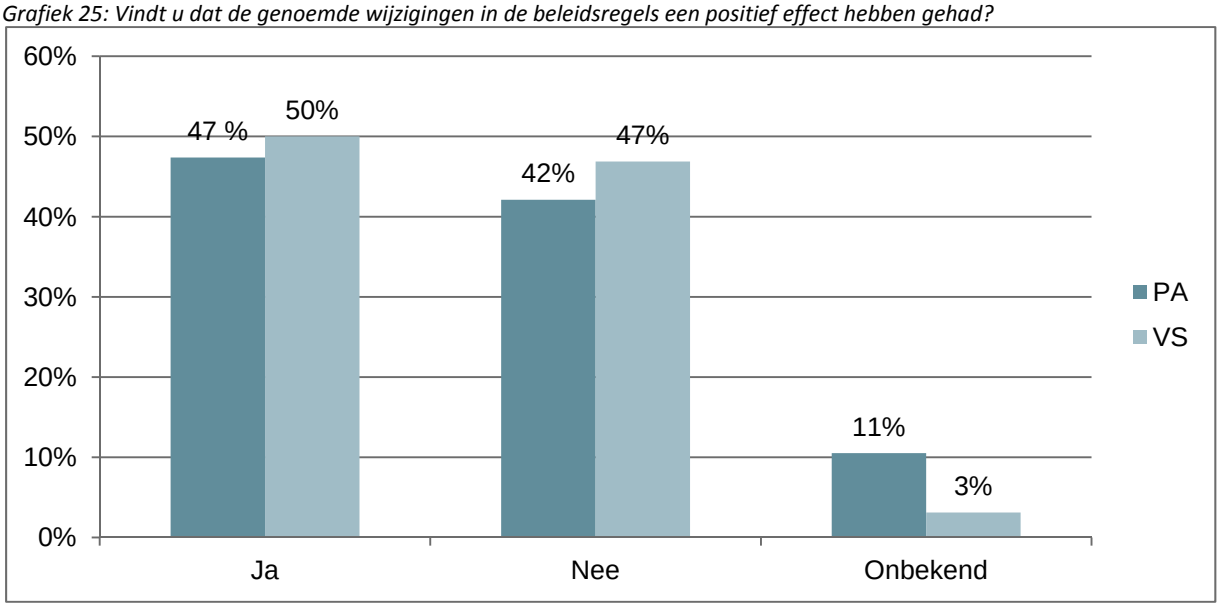
Op de vraag welke wijzigingen wel zijn aangebracht, meldt men dat het face to face contact met de MS is opgeheven (PA 40%/VS 30%) en de MS geeft aan dat ook de nieuwe (eerste polikliniekbezoeken) uitgevoerd worden door VS/PA. Grafiek 24 vat deze uitkomsten samen.

Grafiek 24: Open vraag: Welke wijzigingen zijn aangebracht? Uitkomsten per functie.



Gevraagd naar een positief effect van genoemde wijzigingen geeft 47% van de PA en 50% van de VS aan dat dit inderdaad het geval is.

Grafiek 25: Vindt u dat de genoemde wijzigingen in de beleidsregels een positief effect hebben gehad?



Ten slotte is aan PA/VS gevraagd waarom men vindt dat dit een positief effect heeft gehad. Daar geven de PA/VS vooral het 'efficiëntere werkproces' en de 'verbeterde mogelijkheden als PA/VS' als belangrijke redenen. Onderstaande Tabel 5 geeft een samenvatting van alle reacties op deze open vraag.

Tabel 5: Open: Kunt u aangeven waarom u vindt dat dit wel of geen positief effect heeft gehad?

Positief effect	**Functies**		
Categorieën	**PA**	**VS**	**Eindtotaal**
Efficiënter werkproces	20%	18%	19%
Meer mogelijkheden als PA/VS	35%	24%	28%
Onbekend	15%	15%	15%
Er zijn (nog) geen aanpassingen doorgevoerd	20%	9%	13%
Wijzigingen zijn nog niet doorgevoerd	0%	9%	6%
Verzekeraars leggen beperkingen op rondom verwijzingen etc.	5%	0%	2%
Zelfstandiger mogen werken, betere werkverdeling	0%	3%	2%
Niet van toepassing	5%	3%	4%
Tevredenheid en duidelijkheid patiënten	0%	12%	8%
Verkorting van wachttijden op polikliniek	0%	3%	2%
Angst specialist voor honorariumverlies	0%	3%	2%
Eindtotaal	**100%**	**100%**	**100%**

3.4 Samenvattende conclusies en bevindingen

Taakherschikking wordt doorgevoerd

We zien een duidelijk patroon uit alle resultaten. Uit de algemene en diepteanalyses maken we op dat taakherschikking doorgevoerd wordt in registraties van ziekenhuizen en dat dit leidt tot efficiëntere inzet in de praktijk. Met name door het verruimen van het face to face criterium voeren PA en VS naast de controles ook nieuwe consulten (eerste polikliniekbezoeken) zelfstandig uit. De respondenten uit de enquête bevestigen dit. Deze consulten worden in steeds meer gevallen op naam geregistreerd, waardoor de productie van PA/VS op de polikliniek beter inzichtelijk is. Per saldo zien we in 2015 (t.o.v. 2014) een stijging van 120% in nieuwe consulten en 128% in herhaalconsulten. Uit diepteanalyses blijkt bovendien dat deze productie geen stijging in zorgconsumptie is, maar een stijging als gevolg van een verbeterde registratie. De enquête bevestigt deze conclusie uit de hermeting: de registratie van verrichtingen is op lokaal niveau aangepast. De betrokken VS (31%) en PA (26%) geven aan dat deze aanpassing in de praktijk een effect heeft gehad. Artsen ervaren geen specifieke verandering in hun zorgpraktijk (83%). Een goede (en volledige) vergelijking verwachten we in 2018 te kunnen maken, met als aanname dat de registraties in de tussentijd vollediger zullen worden. We merken daarbij op dat overige zorgactiviteiten, zoals intercollegiale consulten en verrichtingen, nog niet op naam worden geregistreerd.

Afname aantal consulten per patiënt per jaar

Verder valt de afname op van het aantal consulten per patiënt per jaar dat gedaan wordt door de medisch specialisten. In 2014 zag de medisch specialist de patiënt gemiddeld vaker per jaar dan in 2015. Vooral bij de patiënten die zowel door de medisch specialist als de PA of VS gezien worden is een daling te zien. In 2014 zag de medisch specialist deze patiëntengroep gemiddeld 3,1 keer per jaar. In 2015 was dit nog 2,6 keer per jaar. Voor de betrokkenheid van de PA of VS zien we een lagere factor, maar kan niet direct een soortgelijke conclusie getrokken worden omdat hier het registratie-effect meeweegt.

Uit de enquête is gebleken dat 49,3% van de respondenten vindt dat de beleidsregelwijzigingen niet geleid hebben tot een stijging van het aantal consulten. Aangedragen redenen voor de stijging of daling van consulten zijn met name een wijziging in werkwijze (45,5%) of afdelingsbeleid (22,7%).

Kostprijzen worden niet aangepast

Bij de kostprijsvaststelling zien we dat de kosten van de PA/VS van twee ziekenhuizen specifiek worden toegerekend naar verrichtingen. In twee andere ziekenhuizen vallen zij onder de kosten van de verpleging, in één ziekenhuis vallen zij soms onder de kosten van de medisch specialist en soms onder de kosten van de verpleging. Ook zien we dat geen onderscheid wordt gemaakt in kostprijs bij verrichtingen die zowel door een medisch specialist als door een PA/VS uitgevoerd worden. Vaak is dit technisch niet mogelijk, maar ziekenhuizen geven ook aan nog geen plannen te hebben om dit in te gaan richten.

Verkoopprijzen worden niet aangepast

Alle ziekenhuizen geven aan dat in de onderhandelingen met verzekeraars niet gesproken wordt over taakherschikking en de inzet van PA/VS. Verkoopprijzen worden niet aangepast naar aanleiding van de inzet van PA/VS. Daarnaast zien we een wisselend gebruik van business cases, waarbij een financiële onderbouwing gevraagd wordt voor het inzetten van een PA/VS. Naar aanleiding van integrale bekostiging en met name wanneer vakgroepen in vrije vestiging zijn, gebeurt dit in toenemende mate.

Wisselende afspraken over doorverwijzing en DBC geopend op naam VS/PA

Dat zorgverzekeraars (door-)verwijzingen, machtigingen en DBC's geopend door VS/PA afkeuren ervaren ziekenhuizen als een belemmering bij de inzet van de PA/VS. Bij navraag is gebleken dat zorgverzekeraars verschillende contractafspraken maken. Eén zorgverzekeraar accepteert in het geheel geen verwijzingen, andere zorgverzekeraars juist weer wel. Twee ziekenhuizen voeren dit als reden aan om PA/VS niet zelfstandig DBC's te laten openen en verwijzingen uit te laten voeren. Indien een PA/VS om andere redenen niet zelfstandig DBC's opent (technisch niet mogelijk, of niet toegestaan door MSB vanwege onduidelijkheid van effecten op het honorarium) dan speelt het probleem met de verwijzingen niet. Respectievelijk 58% en 69% van de PA en VS geven aan geen DBC-zorgproducten zelfstandig uit te voeren en te openen, wat dit tevens bevestigt.

Effecten beleidsregelaanpassingen op praktijk beperkt

Het merendeel van de respondenten geeft aan geen veranderingen in de dagelijkse praktijk te ervaren als gevolg van beleidswijzigingen rondom het zelfstandig uitvoeren en openen van DBC-zorgproducten, de vorming van MSB's, integrale prijsvorming en registratie van verrichtingen. De meeste veranderingen blijkt men ervaren te hebben door de aanpassing van het face to face criterium. 32% geeft aan dat er iets veranderd is naar aanleiding van het zelfstandig mogen uitvoeren en openen van DBC-zorgproducten.

Uitkomsten op onderdelen kwaliteit, toegankelijkheid, euro en patiëntervaring hoog

De gemiddelde beoordeling van alle functionarissen is een 8 op alle onderdelen van de 'driehoek van taakherschikking'. Deze oordelen wijken niet veel van elkaar af. Kijken we naar de bijdrage van de VS en PA op de as 'kwaliteitsuitkomsten', dan wordt 'continuïteit van zorg op de afdeling' genoemd (29%). VS en PA zelf benoemen 'organisatie en coördinatie van zorg' (21% en 16%). 'Laagdrempelige zorg' wordt door het overgrote deel van de respondenten genoemd als de bijdrage op de as 'toegankelijkheid'. 'Één aanspreekpunt, bereikbaarheid en aandacht voor patiënt' worden daarbij genoemd. De VS scoort daarbij hoger (64%) dan de PA (40%). Als bijdrage aan de patiënttevredenheid is door een groot deel van de respondenten 'het hebben van meer consulttijd' en 'aandacht voor en betrokkenheid bij patiënten en mantelzorgers' genoemd. Als we kijken naar de bijdrage van VS/PA aan doelmatige zorg valt op dat het merendeel (gemiddeld 51%) van de managers (57%), medisch specialisten (67%) en VS/PA (42%/48%) niet kunnen aangeven wat de bijdrage van VS/PA aan doelmatigheid is, dat in tegenstelling tot onze metingen waar we juist wel doelmatige inzet constateren.

Verdeelmodel: zichtbaarheid PA/VS in model vergroten

Medisch Specialistische Bedrijven hanteren een zogenaamd verdeelmodel voor honoraria tussen de verschillende medisch specialismen. Hierin is ook een standaard opgenomen voor de bijdrage aan de productie door een VS/PA. Een VS/PA wordt als equivalent van 0,25 fte medisch specialist meegewogen. Het is de vraag in hoeverre de daadwerkelijke inzet overeenkomt met dit equivalent van 0,25 fte. Het aandeel registreerbare en zelfstandig uitgevoerde zorgactiviteiten in de tijdbesteding van de VS/PA laat tijdens dit onderzoek een vergelijkbaar percentage zien. Daarbij wijzen we er wel op dat er in de praktijk nog allerlei belemmeringen zijn die deze meting vertekenen. Mogelijk verklaart dit waarom het verdeelmodel (incl. equivalent) zelf juist als belemmering wordt gezien. We pleiten op dit punt voor een betere zichtbaarheid en vergelijkbaarheid in de benchmark, zodat de in de praktijk beleefde belemmeringen op dit punt geen rol spelen bij de inzet van deze groepen. Aanbeveling is om de bijdrage in productieontwikkeling te monitoren.

Profiel medisch specialist: beperkte beïnvloeding door taakherschikking

Een algemeen inzetprofiel van een medisch specialist is moeilijk te maken, vanwege de verschillende manieren waarop de functie in de praktijk wordt ingevuld. Geconcludeerd kan worden dat het profiel van een medisch specialist sterk afhankelijk is van het type ziekenhuis waarin deze werkt: perifere medische specialisten besteden meer tijd aan patiëntenzorg dan universitaire medisch specialisten. Over het algemeen is sterke variatie zichtbaar in de hoeveelheid patiëntgerelateerde taken en overige taken die een medisch specialist uitvoeren in de ziekenhuizen die in dit onderzoek hebben geparticipeerd.

De registratie van consulten op de polikliniek is vergeleken met de tijd die medisch specialisten aangeven op de polikliniek werkzaam te zijn. Dit percentage varieert van 42 tot 94 procent met een gemiddelde van 65%. Dit betekent dat 65% van de tijd die de medisch specialisten aangeven op de polikliniek te besteden zichtbaar is in de verrichtingenregistratie.

Het profiel van de medisch specialisten wordt weinig tot niet beïnvloed door taakherschikking. De inzet van een PA of VS kan productiegroei opvangen en/of zorgt voor “hogere kwaliteit” (bijvoorbeeld doordat de medisch specialist meer tijd heeft voor complexe patiënten). Supervisie van PA/VS wordt door medisch specialisten niet als taak benoemd die (veel) tijd kost.

Positieve effecten door aanpassing beleidsregels

De aanpassing van de beleidsregels hebben volgens de PA en VS een positief effect gehad. Veel PA/VS vinden dat met deze aanpassingen meer mogelijkheden voor hun inzet (taakherschikking) zijn gecreëerd. Een efficiënter werkproces wordt daarbij genoemd als positief effect. Dit wordt bevestigd door de uitspraken van MS. Die geven aan dat het geleid heeft tot beter afgestemde en verbeterde zorgprocessen. Relevante belemmeringen die zijn weggenomen, zijn vooral het face to face contact en het zelfstandig uitvoeren en openen van DBC-zorgproducten. Men geeft aan dat er nog steeds relevante belemmeringen bestaan. Deze belemmeringen komen vooral voort uit afdelingsbeleid dat niet aansluit op taakherschikking wat zich uit in beperkte aanname van VS/PA. Een andere opvallende factor is de financiële onduidelijkheid in de dagelijkse praktijk. De onzekerheid over financiële consequenties leidt tot terughoudendheid bij MS. Ook het beleid van zorgverzekeraars (het niet accepteren van doorverwijzingen, machtigingen en DBC’s geopend en uitgevoerd door VS/PA) werkt belemmerend.

4 Business cases: Taakherschikking in kaart gebracht

Voor het tweede onderdeel van onze opdracht hebben we in totaal zeven businesscases uitgewerkt. Dit hoofdstuk behandelt de methode (4.1) en geeft ten slotte een samenvattende conclusie van onze bevindingen in deze businesscases (4.2). Een gedetailleerde uitwerking van de methode 'de driehoek van taakherschikking' is toegevoegd in bijlage 2. De samenvattingen van iedere individuele businesscase zijn toegevoegd in bijlage 3. Bijlage 4 is een samenvattende tabel van de uitkomsten.

4.1 Methode: de driehoek van taakherschikking

Tijdens de onderzoeksperiode hebben we een model gepresenteerd waarmee afdelingen taakherschikking in hun praktijk transparant kunnen maken. De aanpak is erop gericht om samen met afdelingen de huidige situatie in kaart te brengen, doelstellingen en normen vast te stellen en interventies op te stellen om in de praktijk door te voeren. Bij deze businesscases hebben we deze methode toegepast, telkens met verschillende doelstellingen en uitgangspunten.

Ervaringen

Positieve ervaringen met het model zijn de ondersteuning die het biedt bij het inventariseren van de gegevens en de vrijheden die het model biedt, zodat het gemakkelijk op de lokale situatie kan worden toegesneden. We hebben geconstateerd dat de onderdelen van de 'driehoek van taakherschikking' - de euro, kwaliteit, toegankelijkheid en patiënttevredenheid - voldoende aanknopingspunten bieden om taakherschikking in de volle breedte in kaart te brengen. De uitkomsten van 'de euro' (sensitiviteitsanalyse) kunnen uitgebreid worden met kosten- en batenanalyses en aanvullende analyses rondom registratie van verrichtingen op naam, productie per fte en diepere analyses, zoals de bijdrage van VS/PA in een DBC-zorgproduct.

We hebben gemerkt dat het driehoeksmodel dwingt om alle onderdelen in kaart te brengen en een integrale afweging te maken tussen de verschillende factoren in het model. Opvallend was dat vaak een kwaliteitstoename als gevolg van taakherschikking verondersteld werd, maar dat dit niet concreet gemeten werd. Kwaliteit wordt dus weliswaar als 'driver' bij de inzet van VS/PA genoemd, maar het meten en inzichtelijk maken van die bijdrage door ziekenhuizen/afdelingen zelf is een aspect dat nog verder onderzocht en in de praktijk uitgewerkt moet worden. Daarnaast viel op dat de betrokken ziekenhuizen terughoudend zijn in het vaststellen van normen of doelstellingen bij taakherschikking. Dit wordt op individuele basis wel afgesproken maar niet geformaliseerd. Het gebruikte model dwingt om hierover expliciet te zijn en dat helpt bij het verbeteren en monitoren van taakherschikking, maar ook bij het formaliseren van afspraken tussen MSB en Raden van Bestuur die richting geven aan taakherschikking in de organisatie. We raden dan ook aan om de onderdelen van de 'driehoek' expliciet te maken en te monitoren.

Aandachtspunten

Belangrijke aandachtspunten bij de toepassing van dit model:

- Kwaliteitsindicatoren gericht op inzet PA/VS zijn niet beschikbaar; het vaststellen van indicatoren verdient aandacht. Probeer daarbij zo concreet mogelijke indicatoren te zoeken.
- Toewijzing van kwaliteitsuitkomsten aan de inzet van VS/PA bij taakherschikking is complex. Zorg is een teaminspanning. Wij adviseren hier om indicatoren te nemen waarbij men mag veronderstellen dat de VS/PA er een belangrijke bijdrage aan levert. Probeer daarbij concrete interventies vast te stellen, bijvoorbeeld het invoeren van een fasttrack zorgpad als interventie en vervolgens meten op ligduurverkorting en infectiepreventie als uitkomstmaten.

- Patiëntervaringen en kwaliteitsaspecten hangen nauw met elkaar samen; het onderscheid is niet zo strikt als het model doet vermoeden. Dit kan definitiediscussies opleveren. Desondanks strekt het tot een aanbeveling om deze aspecten afzonderlijk in kaart te brengen. Patiëntbeleving en ervaring bij taakherschikking is wat ons betreft wel te onderscheiden van kwaliteitsuitkomsten in de zin van kwaliteitsindicatoren.
- Gegevens rondom productie en kostprijzen liggen vaak gevoelig waardoor de doorlooptijd voor het verzamelen van data veel tijd in beslag kan nemen. Bij lokaal gebruik zou dit echter geen probleem moeten vormen. Wij adviseren om het ziekenhuis / de data-specialist van meet af aan te betrekken bij de dataverzameling.

Validatie van het model

Het model is getoetst aan professionals en experts binnen de gezondheidszorg. Vooral de volgende vragen zijn daarbij meegenomen:

1. Is het model compleet ('integraal' genoeg en dekt het de lading)?
2. Is het model uniek (wordt niet ergens anders al toegepast)?
3. Is het model specifiek genoeg (onderscheidend als geheel en qua onderdelen)?
4. Is het model generiek toepasbaar (op iedere afdeling, elk ziekenhuis toepasbaar)?
5. Is het model betrouwbaar (proces en methode)?
6. Hebben de ziekenhuizen en professionals er wat aan?

Op basis van een peer review van professionals en experts in het vakgebied getoetst of het model volledig, uniek en specifiek, generiek toepasbaar en betrouwbaar is. Op de punten 1 tot en met 4 is positief gereageerd. Punt 5, de methode, is onderwerp van discussie geweest. Veel onderdelen zijn afhankelijk van de lokale situatie, waardoor geen vaste methode geadviseerd kan worden. Immers, het zijn de lokaal beschikbare gegevens die bepalen hoe betrouwbaar gemeten wordt.

Professionals geven aan dat het model nieuwe inzichten op kan leveren en de praktijk kan ondersteunen bij het invullen van taakherschikking. Punt 6 is over het algemeen goed beoordeeld door medisch specialisten, maar ook door PA/VS zelf.

4.2 Samenvattende conclusies uit de businesscases

Op basis van het model zijn bij zeven afdelingen businesscases met behulp van de driehoek in kaart gebracht. De uitkomsten zijn geanonimiseerd weergegeven in een samenvattende tabel in bijlage 4.

Verankering ondersteunt taakherschikking

Een belangrijke bevinding is dat naarmate taakherschikking explicieter in het organisatiebeleid verankerd is, de inzet van de VS/PA in de praktijk soepeler gaat. Afdelingen waar de inzet van VS/PA op een meer 'organische' manier tot stand is gekomen, krijgen na verloop van tijd de behoefte om een en ander beter in de organisatie te verankeren. In die gevallen blijkt het vaak lastig om nog duidelijk onderscheiden inzetprofielen vast te stellen. In twee van de zeven businesscases was sprake van een heldere afbakening van taken.

Registratie zelfstandig uitgevoerde DBC's divers

De manier waarop zelfstandig uitgevoerde DBC's geregistreerd worden verschild in de praktijk. Bij één businesscase blijkt dat DBC's door PA/VS geopend worden, maar geregistreerd worden onder de naam van de medisch specialist. De overige ziekenhuizen hebben er beleidsmatig voor gekozen om de DBC's niet op naam te registreren. Hierbij rijst de vraag of en hoe deze DBC-zorgproducten in de praktijk worden uitgevoerd; geheel zelfstandig of met een gedeeltelijke betrokkenheid van medisch specialist? Genoemde bezwaren zijn voornamelijk financieel van aard: onduidelijkheid over de (lange

termijn) effecten op de omzet voor het MSB en de mogelijkheid dat zorgverzekeraars de betreffende DBC-zorgproducten niet accepteren.

Uit de zeven businesscases blijkt dat de daadwerkelijk herschikte taken in de registraties een herkenbaar percentage uitmaken van de totale werktijd van VS/PA: 27%. Uit de praktijk blijkt echter ook dat veel van deze taken vaak nog niet op naam van VS/PA worden geregistreerd. Wel zien we in toenemende mate dat registraties aangepast worden en dat consulten op naam geregistreerd worden. Ten opzichte van 2014 zien we in het jaar 2015 dan ook een groei van het aantal geregistreerde consulten op naam van VS en/of PA. Deze groei in productie is vertekenend omdat deze groei (en taakherschikking) in 2014 er ook al was en toe te rekenen valt aan verbeterde registratie. De registraties zijn daarom nog niet compleet. Een goede vergelijking kan dan ook pas in 2017/2018 gemaakt worden. Mogelijke aanpassingen in de kostprijzen zijn dan ook beter zichtbaar.

Ziekenhuisbrede afspraken en positionering kunnen taakherschikking bevorderen

Bij vier van de zeven businesscases was de positionering van de PA/VS in de organisatie onderwerp van discussie, mede in het licht van de vorming van Medisch Specialistische Bedrijven. Wat vaak ter sprake kwam, is dat de (financiële) afspraken tussen ziekenhuis en MSB per afdeling kunnen verschillen. We constateren dan ook dat ziekenhuizen hier beperkt ziekenhuisbrede afspraken over maken (of geëffectueerd hebben), terwijl dit de inzet van PA/VS wel kan bevorderen en de medisch specialist kan stimuleren om taakherschikking gericht in te zetten in het MSB. We zien dat zowel VS als PA een belangrijke bijdrage in de productie (consulten) leveren. Daarom lijkt ons een onderscheid tussen PA en VS op de productieparameters niet te maken.

Effecten op productie, kosten, kwaliteit en patiënttevredenheid

Bij één businesscase waar twee locaties met elkaar vergeleken worden, zien we dat op beide locaties het gemiddeld aantal consulten bij patiënten die gezien worden door een VS-en lager is dan wanneer de patiënten alleen door medisch specialisten worden gezien. Daar staat tegenover dat de VS de patiënt langer ziet dan de medisch specialist. Niettemin leidt dit per saldo tot doelmatigere zorg.

Een andere relevante constatering is dat de kosten voor aanvullende onderzoeken beduidend lager zijn bij een PA dan bij een AIOS in een zaalarts functie.

Bij een andere businesscase zien we dat een PA die zelfstandig nieuwe en controle patiënten ziet, patiënten minder vaak op herhaalbezoeken ziet dan de medisch specialist. Dit is mede een gevolg van het invoeren van sneldiagnostiek. We concluderen hieruit dat bij de inzet van PA en VS zeker een doelmatigheids- en efficiencyslag te maken is.

Kwaliteitsuitkomsten die een eenduidige relatie hebben met de inzet van VS/PA hebben ziekenhuizen niet concreet gemeten. Kwaliteit van zorg is natuurlijk per definitie een prestatie van het hele zorgteam. Toch zien we interventies waarbij een zorgproces (gecoördineerd door VS) opnieuw ingericht is en de kwaliteit vervolgens gemeten is (ligduur en de voorkoming van wondinfecties). Kwaliteit is dus volgens ons dan ook wel concreet te meten.

Over het algemeen zien we bij alle businesscases dat kwaliteitsuitkomsten op of beter dan de landelijke norm liggen. Expliciete genoemde uitkomstindicatoren zijn daling verpleegduur, een laag percentage postoperatieve wondinfecties, verkorting opnameduur, lagere infecties en pijnscores en verbetering therapietrouw. Daarnaast zien we procesindicatoren waarbij doorlooptijden in oncologische trajecten gemeten worden.

De toegangstijd van patiënten tot de PA/VS ligt beduidend lager dan die van medisch specialisten. We hebben ook gezien dat juist de inzet van PA en VS ertoe leidt dat de zorg toegankelijker wordt en

dat ook de Medisch Specialist hierdoor meer ruimte krijgt en toegankelijker wordt. Dit wordt deels ook bevestigd door ons profielonderzoek van de Medisch Specialist. Het is onze aanbeveling om ook de effecten van deze inzet op de toegankelijkheid van de medisch specialist te meten.

Uit elke businesscase blijkt dat de algemene tevredenheid van patiënten hoog is. Daar waar VS/PA betrokken zijn bij nazorg zien we dat dit een hogere patiënttevredenheid oplevert. Patiënten ervaren door de inzet van VS en PA toegankelijkere en laagdrempelige zorg.

Voor alle detailresultaten verwijzen we naar de bijlage 4.

5 Eindconclusies

Door op verschillende manieren naar de dagelijkse zorgpraktijk te kijken, is een rijk beeld ontstaan over de inzet, bijdrage en de condities van de inzet van de verpleegkundig specialist en physician assistant in de praktijk. Aan de hand van 'de driehoek van taakherschikking' ontstaat een transparant beeld van de bijdrage van deze relatief nieuwe beroepsgroepen maar komen ook de belemmeringen in deze zorgpraktijk aan het licht.

Samenvatting belangrijkste conclusies:

Registraties en kostprijzen

1. Het steeds beter registreren van nieuwe en herhaalconsulten verricht door een VS of PA levert een betrouwbaarder beeld op van taakherschikking;
2. Het registeren is echter nog niet optimaal, veel zelfstandig verrichte activiteiten van de VS of PA zijn niet of slechts ten dele zichtbaar;
3. Ziekenhuizen gaan ook verschillend om met de registratie van zelfstandig uitgevoerde DBC's door VS en PA's;
4. De gehanteerde kostprijssystematieken zijn slechts beperkt aangepast aan taakherschikking;

Beleid Zorgverzekeraars

5. Zorgverzekeraars hanteren onderling een verschillend beleid ten aanzien van doorverwijzingen en dit belemmert de inzet van VS en PA's;

Beleid Ziekenhuizen en MSB's

6. Wanneer de introductie van een VS of PA gebeurt aan de hand van een weldoordacht beleid dan zijn de effecten groter dan wanneer men een meer toevallige of organische introductie hanteert;
7. Bij afspraken over inkomsten en kostenverdeling tussen Raden van Bestuur van ziekenhuizen en de medisch specialisten en/of medisch specialistische bedrijven speelt de bijdrage van VS/PA's nauwelijks een rol;

Financiële gevolgen en aantal beroepsbeoefenaren

8. Ondanks dat medisch specialisten positief zijn over de ervaren meerwaarde van de VS en de PA, belemmert onzekerheid over de financiële gevolgen voor de eigen omzet / inkomen de inzet van VS en PA's;
9. In 2015 is het aantal PA en VS gegroeid ten opzichte van 2014. Het aantal VS groeit harder dan de PA;

Bijdrage VS/PA aan de 'driehoek van taakherschikking' en profiel medisch specialist

10. Naast de inbreng in de directe patiëntenzorg hebben de VS en PA ook een belangrijke bijdrage in het zorgproces, de VS en PA voeren zorg uit en zorgen ervoor dat de organisatie van zorg ook echt uitgevoerd wordt: *'getting things done'*;
11. Het inzetprofiel van de medisch specialist is erg afhankelijk van de setting, soort ziekenhuis waar de MS werkzaam is;
12. De bijdrage aan kwaliteit van zorg van de VS/PA kent twee gezichtspunten, het wordt als belangrijkste reden genoemd voor de inzet maar anderzijds worden deze effecten niet of nauwelijks gemeten;

13. De bijdrage aan de toegankelijkheid van zorg en patiënttevredenheid door de inzet van de VS of PA is aangetoond. De effecten op de toegankelijkheid van de MS door taakherschikking is niet onderzocht, terwijl daar wel effecten te verwachten zijn;
14. De bijdrage aan de kosten zijn gunstig, de inzet van de VS of PA leidt niet tot hogere kosten of meer zorgconsumptie. In een enkel geval is een besparing op kosten aangetoond en hieruit kan geconcludeerd worden dat er meer zorg wordt geleverd voor dezelfde kosten;

Effecten beleidsregelwijzigingen en de dagelijkse (zorg-)praktijk

15. Met uitzondering van het face to face criterium ervaren zorgprofessionals weinig effecten van de aangepaste beleidsregels in de dagelijkse zorgpraktijk. Reden is enerzijds de lange implementatietijd en anderzijds de onbekendheid van de beleidsregels bij de zorgprofessionals;
16. De behoefte bij zorgprofessionals aan informatie over de aangepaste beleidsregels blijkt uitermate groot.

Toelichting per conclusie:

1 Taakherschikking wordt doorgevoerd: aanpassen registraties levert betrouwbaarder beeld

Een belangrijke positieve ontwikkeling is dat ziekenhuizen in toenemende mate hun registraties aanpassen; vooral de zelfstandig uitgevoerde nieuwe en herhaalconsulten worden in steeds meer gevallen op naam van VS/PA geregistreerd. Een vergelijkende analyse van gegevens uit 2015 en gegevens uit 2014 laat een significante toename zien (120% nieuwe consulten en 128% herhaalconsulten). De toename kan niet worden verklaard door een groei van het aantal unieke patiënten. De verrichtingen werden in 2014 voor een groot deel ook al uitgevoerd door VS/PA, maar waren toen niet zichtbaar omdat ze niet op naam werden geregistreerd. De toename betreft dus voornamelijk een verbeterde zichtbaarheid van de VS/PA in de registratie. Ondertussen is er nog steeds een groot aantal consulten dat zelfstandig wordt uitgevoerd door VS/PA, maar nog niet als zodanig op naam wordt geregistreerd. Daarnaast zijn ook de overige uitgevoerde zorgactiviteiten zoals intercollegiale consulten en niet registrabele overige activiteiten niet of beperkt zichtbaar. Een echte vergelijking kan dan ook pas in 2017/2018 gemaakt worden wanneer de beleidsregels volledig zijn geïmplementeerd.

2 Productie VS/PA pas ten dele zichtbaar in registraties

We zien op het gebied van productie bij de vijf onderzochte ziekenhuizen dat het aantal consulten per patiënt uitgevoerd door de medisch specialist per jaar afneemt. In 2014 zag de medisch specialist de patiënt gemiddeld vaker per jaar dan in 2015. Vooral bij de patiënten die zowel door de medisch specialist als PA of VS gezien worden is een daling te zien. In 2014 zag de medisch specialist deze patiëntengroep gemiddeld 3,1 keer per jaar. In 2015 was dit 2,6 keer per jaar. Voor de betrokkenheid van de PA of VS kan een soortgelijke conclusie (nog) niet worden getrokken omdat hier het registratie-effect meeweegt.

3 Zelfstandig openen, sluiten en uitvoeren van DBC-Zorgproducten

Uit de enquête blijkt dat een groot deel van de VS (42%) en PA (69%) aangeven zelfstandig DBC's te openen en uit te voeren. Uit de data-analyses van de onderzochte registraties blijkt dit op geen enkele manier. Ziekenhuizen en MSB's kiezen ervoor om PA/VS DBC-zorgproducten niet op eigen naam te laten openen en zelfstandig uit te voeren maar op naam van een medisch specialist. Twee ziekenhuizen hebben hierbij aangegeven dat zorgverzekeraars DBC's geopend door VS/PA wisselend accepteren en dat dit voor hen de reden is om taakherschikking op dit punt niet zichtbaar te maken in de registraties.

4 Wisselende registraties

Sommige beleidsregels werken nog steeds belemmerend. Ziekenhuizen gaan ook verschillend om met de registratie van zelfstandig uitgevoerde DBC's. Bij één businesscase blijkt dat DBC's weliswaar door PA/VS geopend en zelfstandig uitgevoerd worden, maar geregistreerd worden onder de naam van de medisch specialist. De overige ziekenhuizen hebben zoals genoemd bij de uitvoering van hun beleid ervoor gekozen om de DBC's niet op naam te registreren. Hier lijkt de discussie rondom de zogenaamde eindverantwoordelijk een rol te spelen. Binnen de beleidsregel gaat men uit van één verantwoordelijke die tevens hoofdzakelijk de DBC uitvoert of laat uitvoeren, de hoofdbehandelaar. In de praktijk wordt de zorg echter in de meeste gevallen verleend door een team van medisch specialisten en VS-PA's, aangevuld met andere zorgverleners. In de beleidsregel Medisch Specialistische Zorg wordt dan ook gesproken over 'hoofdbehandelaar met eindverantwoordelijkheid'. In de praktijk leidt dit tot de vraag of en hoe hoofdbehandelaarschap overgedragen wordt aan de PA/VS. In de registraties is niet op te maken dat dit plaatsvindt. Deze formulering kan een belemmering vormen voor een transparante registratie van herschikte taken in de praktijk.

Ter verduidelijking een voorbeeld: een patiënt wordt opgenomen met pijn op de borst op een Eerste Harthulp. Een PA diagnosticeert een acuut coronair syndroom en denkt dat een spoed-interventiebehandeling geïndiceerd is. De betreffende patiënt wordt besproken met en overgedragen aan de cardioloog. De cardioloog neemt dan het hoofdbehandelaarschap voor zijn rekening. Het is onduidelijk hoe en wanneer het hoofdbehandelaarschap wordt overgedragen en hoe dit wordt opgenomen in de registratie. Verschillende professionele richtlijnen op dit punt laten zien dat de praktijk verschillende zienswijzen huldigt, die een eenduidige registratie en aansturing van taakherschikking in de Nederlandse zorg belemmeren en medisch specialisten positief én terughoudend maken.

4 Transparante kostprijssystematiek lastig maar mogelijk

Kostprijssystematieken zijn slechts beperkt aangepast aan taakherschikking. Kosten van de PA/VS worden in twee ziekenhuizen toegerekend aan verrichtingen. Er wordt geen onderscheid gemaakt in kostprijs bij verrichtingen die zowel door een medisch specialist worden uitgevoerd als door een PA/VS. Dit heeft technische gronden, maar ziekenhuizen geven aan ook geen plannen te hebben dit anders in te gaan richten vanwege het ontbreken van een noodzaak dan wel een incentive. Het aanpassen van een kostprijssystematiek is een kostenintensieve en complexe onderneming die mogelijk tot terughoudendheid leidt. Wij zien echter dat kostprijsbepaling op lokaal niveau met een kleine aanpassing wel een verbetering zou kunnen opleveren, omdat de meeste ziekenhuizen wel wegingsfactoren hanteren, maar niet op het niveau van VS/PA. En dat zou, met de geconstateerde toename in consultregistratie, wel degelijk kunnen door de betreffende kosten (i.e. salarislasten PA/VS) toe te wijzen aan die consulten die door hen zelfstandig uitgevoerd worden. Daarmee is het verschil in consultkosten zichtbaar.

5 Wisselend beleid zorgverzekeraars belemmert inzet en registratie

Zorgverzekeraars hanteren verschillende uitgangspunten bij het maken van afspraken met zorgaanbieders. Deze constatering wordt bevestigd door andere zorgaanbieders en de businesscases. Uit de enquêtes blijkt dat een aantal zorgverzekeraars geen (tertiaire) doorverwijzingen, machtigingsverzoeken en zelfstandig geopende DBC's accepteren en slechts een beperkt aantal wel. Zorgverzekeraars hanteren geen eenduidig beleid en differentiëren in hun contracten. Ziekenhuizen vinden het lastig om onderscheid te maken tussen verschillende zorgverzekeraars en kiezen er daarom voor om taakherschikking op deze punten niet door te voeren, ook al zou het leiden tot efficiëntere zorg of zichtbaarheid rondom taakherschikking.

6 Beleidsmatige inzet is efficiënter dan organische inzet

We constateren naar aanleiding van de businesscases dat de positionering en inbedding in de organisatie de interne discussie over het (ziekenhuisbrede) beleid uitlokt. In vijf van de zeven gevallen waar VS/PA vanuit een meer organische werkwijze worden ingezet, bestaat er meer discussie over de plaats in de organisatie en de werkzaamheden van de VS/PA. Binnen ziekenhuizen (2) met een helder en duidelijk verankerd beleid rondom taakherschikking en waarbij in een aantal gevallen ook de beroepsverenigingen een belangrijke rol spelen, zijn deze discussies niet of beperkt aan de orde.

7 Bijdrage VS/PA komt nauwelijks terug in verdeelafspraken

De verdeelafspraken die gemaakt worden door raden van bestuur met medisch specialistische bedrijven rondom de salarislasten van PA en VS, zijn veelal gebaseerd op een veronderstelde bijdrage in productie en directe herschikking van taken. Bij de PA wordt daarbij een volledige herschikking verondersteld en bij de VS een meer kwalitatief takenpakket. Terwijl we juist zien dat zowel PA als VS een behoorlijke bijdrage leveren in productie van herhaal- en nieuwe consulten. We hebben bij navraag ook begrepen dat bij deze afspraken ook geen inhoudelijke afspraken rondom bijdrage in kwaliteit, toegankelijkheid of doelmatigheid zijn gemaakt.

Medisch Specialistische Bedrijven hanteren een zogenaamd verdeelmodel voor honoraria tussen de verschillende medisch specialismen. Hierin is ook een standaard opgenomen voor de bijdrage aan de productie door een VS/PA. Een VS/PA wordt als equivalent van 0,25 fte medisch specialist meegewogen. Het is de vraag in hoeverre de daadwerkelijke (geregistreerde productieve) inzet overeenkomt met dit equivalent van 0,25 fte. Het aandeel registreerbare en zelfstandig uitgevoerde zorgactiviteiten in de tijdbesteding van de VS/PA laat tijdens dit onderzoek een vergelijkbaar percentage zien. Daarbij wijzen we er wel op dat er in de praktijk nog allerlei belemmeringen zijn die deze meting vertekenen. Mogelijk verklaart dit waarom het verdeelmodel (incl. equivalent) zelf juist als belemmering wordt gezien. We pleiten op dit punt voor een betere zichtbaarheid en vergelijkbaarheid in de benchmark zodat de in de praktijk beleefde belemmeringen op dit punt geen rol spelen bij de inzet van deze groepen. Aanbeveling is om de bijdrage in productieontwikkeling te monitoren.

8 Terughoudendheid Medisch Specialisten

Medisch specialisten zijn nagenoeg allemaal positief over de ervaren meerwaarde van de VS en de PA. De kwaliteit van zorg, laagdrempeligheid en toegankelijkheid van zorg blijven de belangrijkste redenen voor de inzet. Echter, uit de hermeting, de businesscases en de enquête blijkt ook enige terughoudendheid. Vrees voor honorariumconsequenties, effecten in het honorarium-verdeelmodel en mogelijke bezuinigingsmaatregelen spelen hierbij een belangrijke rol.

9 Aantal VS stijgt harder dan PA

We zien dat de bijdrage (in productie en fte) van de PA/VS in de onderzochte ziekenhuizen fors is. Uit de data-analyse van de vijf ziekenhuizen blijkt dat het aantal PA en VS bij vier van de vijf ziekenhuizen in 2015 is gestegen ten opzichte van 2014. Het aantal VS-en is harder gestegen dan het aantal PA's: bij alle vijf de ziekenhuizen is een stijging van 16% in formatie PA zichtbaar. Voor de VS is een stijging van 21% geconstateerd. Mogelijk is dit een gevolg van de interne verdeelafspraken tussen ziekenhuis en medisch specialistisch bedrijf. Landelijke cijfers laten een genuanceerd beeld zien dat de groei procentueel jaarlijks hetzelfde of gestaag groeit met een verwachte instroom in 2016 van ca. 420 VS en 200 PA studenten.

10 Taakprofielen VS/PA: 'getting things done'

Als we kijken naar de taakuitoefening van de PA en VS zien we dat VS en PA naast hun bestaande werkzaamheden vooral ook de organisatie van zorg op zich nemen; het zorgdragen voor de afspraken, afstemming met patiënt en zorgverleners en patiënten. Dat geldt nog sterker voor de verpleegkundig specialist als casemanager. Het zorgen dat zaken worden geregeld en worden afgehandeld (getting things done) wordt als belangrijke meerwaarde van de VS/PA gezien. Dit is iets wat niet in registraties naar voren komt, maar wel helder is binnen het zorgteam zelf. Onderscheid tussen de twee beroepsgroepen zien we terug in de rol/functie die ze bekleden. PA werkt voornamelijk op het medische terrein of in de combinatie polikliniek en kliniek. De VS werkt voornamelijk op verpleegkundig en medisch terrein, op de polikliniek of deels in de kliniek. De PA wordt voornamelijk ingezet om continuïteit van kwaliteit en kennis op de kliniek te waarborgen, terwijl de VS meer ingezet wordt voor coördinerende taken en kwaliteit van zorg.

Uit alle businesscases blijkt dat de herschikte taken die geregistreerd worden een herkenbaar percentage blijken te hebben (gemiddeld 27% van de taken van VS/PA zijn herschikt en registreerbaar).

11 Inzetprofiel medisch specialist sterk afhankelijk van context

Het inzetprofiel van de medisch specialist is globaal in kaart gebracht. Geconcludeerd kan worden dat dit profiel sterk afhankelijk is van het type ziekenhuis waarin de medisch specialist werkt: perifere medische specialisten besteden meer tijd aan patiëntenzorg dan universitaire medisch specialisten. Over het algemeen is sterke variatie zichtbaar in hoeveel patiëntgerelateerde taken en hoeveel overige taken een medisch specialist uitvoert. Een medisch specialist die op de polikliniek werkt is gemiddeld genomen voor 65% zichtbaar in de verrichtingenregistratie. Veel verrichtingen staan op naam van de medisch specialist, maar worden uitgevoerd door andere medewerkers, al dan niet onder toezicht van de medisch specialist. Het profiel van de medisch specialisten wordt niet of nauwelijks beïnvloed door taakherschikking. De inzet van een PA of VS kan productiegroei opvangen en/of zorgt voor "hogere kwaliteit" (bijvoorbeeld doordat de medisch specialist meer tijd heeft voor complexe patiënten). Supervisie van PA/VS wordt door medisch specialisten niet als taak benoemd die (veel) tijd kost.

12 Bijdrage VS/PA aan kwaliteit van zorg

De bijdrage van VS/PA aan *kwaliteitsuitkomsten (Q)* is in veel gevallen lastig toe te wijzen aan hun inzet. Ondanks dat kwaliteit van zorg door de zorgprofessionals genoemd wordt als de belangrijkste motivatie is voor de inzet, wordt deze kwaliteit bij taakherschikking in de praktijk vaak niet apart en concreet gemeten. Reden hiervoor is dat kwaliteit de uitkomst van een teaminspanning is, die niet zuiver aan één beroepsbeoefenaar is toe te wijzen. De enkele gevallen, waarbij wel expliciet is gemeten wat de bijdrage van de VS/PA aan de kwaliteit was, betreffen het opnieuw inrichten van een zorgproces. Uitkomsten zijn dan gedefinieerd als ligduur en de voorkoming van wondinfecties. Over het algemeen zien we dat kwaliteitsuitkomsten op of boven de landelijke normen liggen. Expliciete uitkomsten zijn daling verpleegduur, een laag percentage postoperatieve wondinfecties, verkorting opnameduur, lagere infecties en pijnscores en verbetering therapietrouw. Daarnaast zien we procesindicatoren waarbij doorlooptijden in oncologische trajecten gemeten worden, dat deze wel binnen de landelijke norm gerealiseerd worden.

13 Bijdrage VS/PA aan toegankelijkheid van zorg en patiënttevredenheid

Toegankelijkheid van zorg (A) is een belangrijke factor bij de inzet van VS/PA. In de eerste plaats voor de patiënt maar ook voor de medisch specialist. We zien dan ook een fors lagere toegangstijd van PA/VS in vergelijking met die van de medisch specialist. Het is onze aanbeveling om ook de effecten van deze inzet op de toegankelijkheid van de medisch specialist te meten.

Patiënttevredenheid (P) is gemeten bij elke businesscase en hieruit blijkt dat de algemene tevredenheid van patiënten onverdeeld hoog is. Daar waar VS/PA betrokken zijn bij nazorg zien we dat dit bij patiënten hogere tevredenheid oplevert. Patiënten ervaren door de inzet van VS en PA toegankelijkere en laagdrempelige zorg. Doordat VS/PA veel vervolgconsulten uitvoeren, is te verwachten dat de medisch specialist meer tijd en toegankelijker is voor complexere patiënten. Dit is niet onderzocht.

14 Bijdrage VS/PA aan de euro

In termen van *'Euro'* zien we op basis van de consulten en businesscases uitkomsten die leiden tot toenemend efficiënte zorg. Een voorbeeld hiervan is de constatering bij vier van de zeven businesscases dat het aantal consulten per unieke patiënt niet of slechts beperkt hoger is wanneer een VS of PA een consult zelfstandig uitvoert in vergelijking met een medisch specialist. De inzet van een VS/PA leidt derhalve niet tot een intensivering van zorgvraag. Er is wel een toename geconstateerd in aantallen consulten als een medisch specialist samen met een VS of PA consulten uitvoert. Dat blijkt te kunnen worden toegewezen aan complexe(re) patiëntenpopulaties die ook meer bezoeken vergen. Een ander facet bij de uitvoering van consulten door VS/PA is het veelal ontbreken van ondersteuning door een doktersassistent. Anders dan medisch specialisten voeren PA en VS alle voorbereidende werkzaamheden zelf uit. Dat is één van de redenen om de VS/PA per patiënt meer tijd te geven. Bij één businesscase waar twee locaties met elkaar vergeleken werden is de conclusie dat ondanks dat er meer VS-en in dienst zijn in vergelijking met een andere locatie dit niet heeft geleid tot een productiestijging in 2015. Ook hebben we aanvullend geconcludeerd dat de kosten voor aanvullende onderzoeken beduidend lager zijn bij een PA dan bij een AIOS. Jammer genoeg blijkt uit de enquête dat dit niet wordt herkend, 57% van de managers, 67% van de medisch specialisten, 42% van de VS en 48% van de PA's kunnen niet aangeven wat de bijdrage van VS/PA aan doelmatigheid is.

Algemeen concluderend kunnen we stellen dat ziekenhuizen met de inzet van VS en PA efficiëntere inzet van zorgberoepen kunnen realiseren en dat dit (in een aantal gevallen) ook doelmatigheidswinst oplevert. De meerwaarde ligt wat ons betreft vooral op de toegankelijkheid, laagdrempelige zorg en de verbeterde organisatie van zorg wat een positief effect heeft op patiënt en zorgverleners. Meer zorg en kwaliteit tegen dezelfde, en in een aantal gevallen zelfs minder kosten.

15 Beleidswijzigingen en effecten in de dagelijkse praktijk

Uit de enquête en businesscases blijkt dat veel PA/VS geen veranderingen in de dagelijkse praktijk ervaren naar aanleiding van de aanpassing van de beleidsregels rondom het zelfstandig uitvoeren en openen van DBC-zorgproducten, de vorming van MSB's, integrale prijsvorming en de registratie van verrichtingen. Medisch specialisten bevestigen dit (83%). Rondom de aanpassing van het face to face criterium geeft men aan deze verandering wel ervaren te hebben. Een deel (32%) geeft aan dat er iets veranderd is naar aanleiding van het zelfstandig mogen uitvoeren en openen van DBC-zorgproducten. Het aangepaste F2F-criterium heeft forse praktische belemmeringen weggenomen en heeft geleid tot efficiëntere zorg. In de praktijk betekent de aanpassing van het F2F-criterium dat VS (56%) en PA(33%) nu ook zelfstandig nieuwe patiënten zien tijdens een consult, onder supervisie van de medisch specialist.

Respectievelijk 47% en 50% van de PA en VS geven aan dat de aanpassing in beleidsregels een positief effect hebben gehad. Een groot aantal PA/VS (28%) vinden dat deze aanpassingen de mogelijkheden voor hun inzet bij taakherschikking hebben verruimd. Dit wordt bevestigd door de medisch specialisten (83%).

16 Informatievoorziening en communicatie

De behoefte aan informatie over de aanpassing van de beleidsregels blijkt uitermate groot. Daarnaast hebben we tijdens de vele presentaties ervaren dat de algemene stemming over taakherschikking erg positief is. De inzet van een VS of PA wordt gemotiveerd vanuit de zorginhoud. De gezondheidszorg en ook de ziekenhuiszorg maken roerige tijden door: het financiële systeem is de laatste jaren fundamenteel aangepast en ook de organisatie van zorg verandert snel en ingrijpend. Managers en medisch specialisten hebben vele vragen als het gaat om de gevolgen op financieel gebied. Ook hebben wij gezien dat ziekenhuizen landelijk ontwikkeld beleid met een vertraging implementeren dan wel op lokaal niveau te niet doen. Een deel van de bevindingen uit de enquête vindt zijn oorsprong in niet goed zijn geïnformeerd. Om taakherschikking verder te stimuleren blijft uitgebreide informatievoorziening noodzakelijk.

6 Aanbevelingen vervolgonderzoek

6.1 Aanbevelingen ten behoeve van Ziekenhuizen

Maak een beleidsmatige keuze tussen de inzet van beide beroepsgroepen

Aanbeveling is om gerichte afspraken binnen ziekenhuizen te maken over de inzet en positionering van deze beide beroepsgroepen. Naast het takenpakket en de keuze voor of een VS of voor een PA, dient ook de organisatorische positie helder te zijn. Ook de verdeling van de kosten en baten dient afhankelijk zijn van het takenpakket en niet van het soort functionaris (VS of PA).

Formuleer vooraf doelstellingen taakherschikking en monitor de prestaties

Afdelingen kunnen de effecten van taakherschikking beter sturen wanneer vooraf wordt vastgesteld welke doelen men wil bereiken op de assen 'kwaliteit', 'toegankelijkheid' en 'kosten'. Vervolgens moet men deze doelen ook meten en periodiek bespreken zodat er een constructieve weg gevolgd wordt ter verbetering van de inzet van deze groepen.

Maak inzet (beter) zichtbaar in registratie

Door registraties op naam of functie te verrichten kunnen de juiste kosten toegewezen worden. Hiervoor moet in veel gevallen de registratie worden verbeterd en moet deze ook worden gemonitord. De reeds ingezette (interne) registraties moeten daarvoor wel op orde zijn.

Verfijn kostprijssystematiek

Draag zorg voor een verbeterde kostprijssystematiek waarbij de kosten ook op een goede manier toegewezen worden. Dat betekent dat de tijdsduur per verrichting en per beroepsbeoefenaar inzichtelijk gemaakt moeten worden. Consulten die door een VS of PA worden uitgevoerd zonder ondersteuning van een zorghulp of doktersassistente zijn per definitie goedkoper dan een consult uitgevoerd door medisch specialist met zorghulp.

Laat VS/PA zelfstandig DBC's openen, uitvoeren en sluiten

In veel ziekenhuizen is ervoor gekozen om VS/PA geen zelfstandig DBC's te laten openen en op naam te registreren. Wij adviseren dit juist wel te doen om daarmee ook transparant te zijn over wie wat doet. Wanneer een VS/PA een DBC opent heeft dat niet of nauwelijks effecten op de hoogte van de kosten vanwege de integrale bekostiging en de hoeveelheid zorgactiviteiten.

Bevorder informatie-uitwisseling tussen ziekenhuizen

Veel is onduidelijk voor de verschillende ziekenhuizen. Oplossingen voor financiële en organisatorische problemen zouden veel meer kunnen worden uitgewisseld. De ziekenhuiskoepels in samenwerking met het Landelijke Platform VS-PA kunnen hier een belangrijke faciliterende rol spelen.

6.2 Adviezen ten behoeve van de beroepsgroepen

Benut de Handreiking implementatie taakherschikking

Door het gebruik van de *Handreiking implementatie taakherschikking* kan helder worden beschreven welke taken worden uitgevoerd. De handleiding faciliteert de taakbeschrijving op de assen 'kwaliteit', 'toegankelijkheid' en 'kosten'.

Bevorder dat VS/PA kunnen registreren

In de verschillende interviews en gesprekken geven veel VS en PA's aan dat zij niet registreren of niet kunnen registreren. Hierdoor blijven de effecten van de taakherschikking onduidelijk. Het advies is om de daadwerkelijke inzet te registreren. Wanneer systemen daar nog niet geschikt voor zijn is het

belangrijk om dit herhaaldelijk te melden bij de leiding van de afdeling of ziekenhuis. Ook kunnen ziekenhuizen in dit kader veel van elkaar leren en bestaat er behoefte aan uitwisseling van ervaring. Een VS of PA kan hiertoe initiatieven ontplooien.

6.3 Adviezen ten behoeve van het ministerie van VWS

Wees transparant over de bedoeling van taakherschikking

Naast dat het in sommige gevallen niet mogelijk is om goed te registeren speelt ook een bepaald voorbehoud mee. Het is voor de ziekenhuizen en medisch specialisten onduidelijk of en welke maatregelen er genomen gaan worden naar aanleiding van de effecten van taakherschikking. In dit onderzoek is wederom aangetoond dat taakherschikking een belangrijke bijdrage levert aan de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de zorg. Er kan door de inzet van taakherschikking meer worden gedaan tegen dezelfde kosten. De angst dat de overheid de financiële winst zal incasseren door middel van een extra bezuiniging leeft breed in het veld. Het is daarom belangrijk dat goede en consistente informatie wordt verstrekt en dat ook de bedoeling van taakherschikking wordt uitgedragen door VWS.

Blijf effecten monitoren

In dit onderzoek is aangetoond dat de beleidsregels een lange implementatietijd kennen en dat sommige beleidsregels lokaal bewust niet worden ingevoerd. De in dit onderzoek aangetoonde effecten worden door deze twee factoren afgezwakt. Een hermeting in 2017/2018 is volgens ons noodzakelijk om de daadwerkelijke effecten te kunnen aantonen.

Bevorder dialoog tussen betrokken partijen

In de klankbordgroep hadden personen zitting die verschillende partijen uit het werkveld vertegenwoordigden. Een zeer belangrijk kenmerk verbond deze personen: ze hadden allen in meest uiteenlopende dagelijkse praktijken te maken met taakherschikking. Daardoor kon de problematiek van alle kanten worden belicht. Deze dialoog, aangegaan vanuit verschillende invalshoeken, is zeer krachtig gebleken en leverde een genuanceerd beeld van taakherschikking op. Een dergelijke dialoog zou ook los van een dergelijk onderzoek periodiek moeten worden georganiseerd via bijvoorbeeld het Landelijk Platform VS-PA.

6.4 Adviezen ten behoeve van Nza

Maak uitvoerder zichtbaar in registraties

Voor het vergroten van de zichtbaarheid van de inzet van VS/PA zou in de registraties de uitvoerder van de zorgactiviteit op naam zichtbaar gemaakt moeten kunnen worden. Daarmee wordt het mogelijk om de bijdrage van PA/VS zichtbaar te maken. Overweeg om ook het intercollegiaal consult voor een VS of PA declarabel te maken (aanpassen beleidsregel NR/CU-263, artikel 7, lid 1).

6.5 Adviezen ten behoeve Logex en verdeelmodellen

Neem verhouding PA/VS en MS mee in normpraktijk

In het door Logex ontwikkelde systeem is een vergelijking met de normpraktijk opgenomen. Voor MSB's is het daarbij niet inzichtelijk hoeveel een PA/VS gemiddeld meegewogen worden. Het is wenselijk om dit inzicht te verschaffen en lokaal een vergelijking te maken tussen de normpraktijk (gemiddelde productie door VS/PA uitgevoerd en meegenomen in benchmark) en de feitelijke lokale situatie. Dat zou meer inzichten opleveren en mogelijke vertekeningen 'verklaarbaar' maken. Daarom is het onze aanbeveling de verhouding PA/VS en MS mee te nemen in de 'normpraktijk' zodat de benchmark transparanter wordt en nieuwe inzichten op kan leveren.

6.6 Adviezen ten behoeve van ZN en individuele zorgverzekeraars

Neem taakherschikking mee in de onderhandelingen

Aanbevolen wordt om het vergoedingenbeleid ten aanzien van VS/PA centraal af te stemmen. Tertiaire (door-)verwijzingen worden wisselend geaccepteerd, afhankelijk van de betreffende zorgverzekeraar. In de contractafspraken met instellingen kunnen deze aspecten worden opgenomen en mogelijk zelfs onderdeel gaan uitmaken van de inkoopvoorwaarden.

Op dit moment is taakherschikking een onderwerp dat te weinig aandacht krijgt in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Oorzaak is veelal dat partijen de effecten van taakherschikking niet goed in kaart kunnen brengen. Neem het aandeel van taakherschikking mee in de onderhandelingen over kwaliteitsafspraken om daarmee doelmatige zorginkoop te kunnen doen. Dit verhoogt de transparantie.

Gehanteerde afkortingen en begrippen

Afkortingen

DBC: Diagnose Behandel Combinatie (zie begrippen)

F2F: Face to face contact (zie begrippen)

MS: Medisch Specialist

MSB: Medisch Specialistisch Bedrijf

PA: Physician Assistant

VS: Verpleegkundig Specialist

Begrippen

Additionele zorg Uitbreiding of toevoegen van taken uit eigen beroep of toename van zorgvraag.

Face to face criterium Bij een polikliniek bezoek dient er een face to face contact te zijn tussen de patiënt en de poortspecialist. Indien hier geen sprake van is, mag er geen polikliniek bezoek geregistreerd worden. Per 1 januari 2015 is dit criterium verruimd voor de VS en PA.

Honorariumbedrag Het maximumbedrag (per zorgproduct) dat in rekening gebracht kan worden ter vergoeding van de diensten van een medisch specialist. Al dan niet in combinatie met het kostenbedrag vormt dit het tarief per zorgproduct. Per 2015 is het onderscheid tussen honorarium en ziekenhuisdeel vervallen.

Integrale kostprijzen De (integrale) kostprijs van een product of dienst bestaat uit de totale kosten (financieel) die gemaakt worden voor het produceren of leveren van het product of de dienst.

Kostprijs De kosten in verband met het verrichten van bepaalde zorgactiviteiten of zorgproducten waarbij de toerekening plaatsvindt conform het kostprijsmodel

Taakdelegatie Niet structurele herverdeling van taken; taken worden in opdracht onder supervisie uitgevoerd. De verantwoordelijkheid blijft bij delegatie onder de medisch specialist.

Taakherschikking Structurele herverdeling van taken over beroepsgroepen

Taakverdeling Wijze waarop taken herverdeeld zijn. In dit onderzoek wordt hier de verdeling tussen herschikte, gedelegeerde of additionele zorgtaken bedoeld

Verrichting In dit onderzoek wordt hiermee een CBV-verrichting aangeduid; een zorginhoudelijke classificatie- en codestelsel die door ca 40 ziekenhuizen wordt gehanteerd om zorginhoudelijke gegevens binnen de zorgsector vast te leggen. Het CBV-bestand bevat 55.000 verschillende verrichtingen.

Voorbehouden handeling Voorbehouden handelingen zijn risicovolle, medische handelingen die alleen door bevoegde zorgverleners mogen worden uitgevoerd. In de Wet BIG staan de voorbehouden handelingen en wie ze zelfstandig of in opdracht mag uitvoeren.

Zorgactiviteit Zijn de bouwstenen van een DBC-zorgproduct en vormen gezamenlijk het profiel van een DBC-zorgproduct.

Zorgproduct Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie die is afgeleid uit een subtraject en zorgactiviteiten via door de NZa vastgestelde beslisbomen.

Zorgprofiel Een verzameling van zorgactiviteiten die horen bij een zorgproduct heet het zorgprofiel van een zorgproduct.

Supervisie Persoonsgericht leertraject onder leiding van een supervisor. Het is een vorm van deskundigheidsbevordering, gericht op het reflecteren op de eigen manier van werken.

Literatuurlijst

A.J. Kouwen, G.T.W.J. van den Brink, Taakherschikking en kostprijzen: Een onderzoek naar de belemmeringen rondom substitutie, Radboudumc / Ministerie van VWS, 2014

CIBG via http://www.bigregister.nl

P. Clark, R. Wolosai, G. Gavran, Customer Convergence: patients, physicians and employees share in the experience and evaluation of healthcare quality, Health Marketing Quartely 23(3), 79-99, 2007.
Eerste Kamer (2011). Wijziging van de mogelijkheid tot taakherschikking in de Wet beroepen individuele gezondheidszorg, Op 16 december 2013 ontleent aan http://www.eerstekamer.nl /wetsvoorstel/ 32261_wijziging_van_ de_mogelijkheid_tot_Taakherschikking_ in _de_Wet_ beroepen_ individuele gezondheidszorg.

Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (2012), Integrale bekostiging van zorg: Werk in uitvoering: Eindrapport van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging, juni 2012, Den Haag.

G.J. Kommer, A. Wong en L.C.J. Slobbe; Determinanten van de volumegroei in de zorg, Briefrapport 270751021/2010, RIVM, in opdracht van Ministerie van VWS, Bilthoven : Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, (2010).

L.J.R. van der Meulen, A. Beldman en A.J.J. van der Kwartel. Productiviteitswinst in de Zorg. Who gets what, when and how. Kiwa Prismant, 2012.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Taakherschikking in de gezondheidszorg, Zoetermeer, RVZ, 2002.

B. Sibbald, M. Laurant, T. Scott, Changing task profiles. In: Saltman A, Rico A, Boerma

A.C.S. Goossensen, Taakherschikking in de praktijk; anders werken in het Erasmus MC; Medisch Contact 2005; 60 (19);816-824.

G. Richardson, A. Maynard, N. Cullum, D. King, Skill mix changes: substitution or service development?, Health Policy 1998; 45 (2): 119-32.

De Nederlandse Zorgautoriteit (2012), Advies Taakherschikking in de tweedelijns somatische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg, Utrecht 2012.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Beleidsregel BR/CU 2104 Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg, Utrecht 2013.

De Nederlandse Zorgautoriteit (2012), Toelichting op de honorariumberekening DBC-zorgproducten 2013, Utrecht.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Nadere Regel NR/CU-228, Regeling medisch specialistische zorg, Utrecht 2013.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Nadere Regel NR/CU-235, Regeling registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg, Utrecht 2012.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Verantwoordingsdocument Prestatiebekostiging Medisch Specialistische zorg, uitwerking van de implementatie, Utrecht 2012.

M.J.C. Timmermans, A.J.A.H. van Vught, M. Wensing, M.G.H. Laurant, The effectiveness of substitution of hospital ward Care from medical doctors to physician assistants: a study protocol, BMC Health Services Research 2014, 14:43.

Harmsen, M., Laurant M. et al (2007), Effecten van taakherschikking in de gezondheidszorg: literatuuronderzoek, Nijmegen.

Kwaliteitskoepel Medisch Specialisten (2013), Richtlijnen, Op 15 november 2013 ontleent aan http://www.kwaliteitskoepel.nl/kwaliteitsbibliotheek/a_z_index/.
Kwaliteitskoepel medisch specialisten (2013), Minimale voorwaarden HHOC, op 16 november ontleent aan http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/Normen/ minimale_voorwaarden_HHOC.pdf.

KPMG, V&VN en NAPA, Handreiking 'verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg', 2012.

G. Ligtenberg (2012), Voorwaardelijke toelating/financiering van zorg, CVZ, april 2012, uitgebracht aan de Minister van VWS, Diemen; College voor zorgverzekeringen.

Ministerie van VWS (2012), Naar beter betaalbare zorg: Rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven, juni 2012, Den Haag : Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Morris, Devlin, Parkin et al (2007), Economic Analysis in Health Care, John Wiley & Sons ltd.

Nationaal Instituut voor Budgetvoorlichting (2003). Normering Chirurgische behandelingen 3.0 (bariatrische chirurgie), Een onderzoek naar de kosten van kinderen in grote gezinnen. Op 22 mei 2006 ontleend aan http://www.nibud.nl/docs/grotgezi.pdf.

Nederlandse Associatie van Physician Assistants (2007), Beroepsprofiel voor de Physician Assistant.

Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVvC), Volume normen cardiologie, juni 2011.

Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO), Kwaliteitsnormen Radiotherapie in Nederland versie 2.0, 30 november 2012.

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), Richtlijnen 2013, op 16 november ontleent aan http://nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/ pagina.php&fSelectNTG_ 68=80&f SelectedSub=68.

Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVvU), Kwaliteitsnormen, april 2013.

Platform VS en PA (2012), Physician assistants en verpleegkundig specialisten wettelijk op eigen benen, Nijmegen.

Overheid, Wet Mededinging Gezondheidszorg, Op 16 december 2013 ontleent aan http://wetten.overheid.nl/BWBR0020078/.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002), Taakherschikking in de gezondheidszorg, Zoetermeer.

Schippers E.I. (2013), Herziening Zorgstelsel (29_689), Voorhangbrief nr. 437 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, Den Haag.

Staatsblad, jaargang 2011, nrs. 658 en 659.

Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS), Normeringsdocument (2013). Multidisciplinaire normen oncologische zorg in Nederland. Op 17 november 2013 ontleent aan http://www.soncos.org/

Verpleegkundige beroepenstructuur en opleidingscontinuüm (VBOC), Algemeen competentieprofiel en specifieke deelprofielen verpleegkundig specialist, Werkgroep 'competentieprofiel verpleegkundig specialist', Utrecht, (2008).

F.F. Asselman, Kostprijzen in ziekenhuizen, Bohn Stafleu van Loghum Houten, 2008

S. Visser, R. Westendorp, K. Cools [et al.], Kwaliteit als medicijn: Aanpak voor betere zorg en lagere kosten, Booz & Company Amsterdam, (2012).

Bijlagen

Bijlage 1: Samenvatting eerste onderzoek (Taakherschikking & kostprijzen, 2014)

Managementsamenvatting

In juni 2013 startte het Radboudumc in opdracht van het Ministerie van VWS het onderzoek 'taakherschikking en kostprijzen'. Het doel was tweeledig: ten eerste de relatie tussen de taakherschikkingspraktijk en de kostprijsvaststelling van DBC-zorgproducten in kaart te brengen en ten tweede in het verlengde daarvan de hieruit voortkomende belemmeringen voor de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants te inventariseren.

Het onderzoek

Er is een praktijkgericht onderzoek uitgevoerd waarbij zowel kwalitatieve als kwantitatieve informatie is verzameld. Er zijn ***108*** interviews afgenomen bij verpleegkundig specialisten, physician assistants, medisch specialisten en bedrijfsleiders in de ***4*** deelnemende ziekenhuizen. Het gaat om ***3*** topklinische ziekenhuizen en ***1*** academisch ziekenhuis. Daarnaast zijn kostprijsgegevens opgevraagd op verrichtingenniveau om de relatie te leggen tussen de taakherschikkingspraktijk en de kostprijsvaststelling. In totaal waren bij het onderzoek ***32*** verpleegkundig specialisten en ***19*** physician assistants betrokken die bij ***15*** verschillende specialismen werkzaam zijn.

Resultaten onderzoek

Voor de analyse is een *toolbox* ontwikkeld, die het aandeel taakherschikking in de kostprijzen zichtbaar maakt. Geconstateerd is dat zowel de VS als PA zeer gevarieerd worden ingezet. Deze variatie wordt niet zozeer verklaard door het aantal jaren dat men is afgestudeerd, als wel door de eigen professionele ontwikkeling, het zelfvertrouwen, het specialisme waarin men is opgeleid en het vertrouwen van de medisch specialist in de kwaliteit van de zorg die VS en/of PA levert.

Beide groepen voeren veel taken uit die niet geregistreerd worden of buiten de registreerbare verrichtingen vallen (*57%*). De physician assistant voert meer herschikte taken uit en wordt op grond van de bredere kennisbasis meer algemeen ingezet (in de functie van zaalarts). De verpleegkundig specialist wordt vaker binnen een specialisme in een keten ingezet en verleent daar meer additionele zorg. Veel additionele zorg kenmerkt zich door de informatievoorziening naar patiënten en het voldoen aan de groeiende informatiebehoefte van wetenschappelijke beroepsverenigingen.

Conclusies onderzoek

Dit onderzoek toont aan dat de inzet van PA en VS in het gehanteerde systeem van verrichtingenstelsel en kostprijsmethodieken zeer gebrekkig zichtbaar is. Daardoor is het vrijwel onmogelijk om betrouwbare *business cases* voor de doelmatigheid van die inzet te maken. Er is bovendien vastgesteld dat het financiële systeem[18] en landelijke wetgeving in ziekenhuizen diverse belemmeringen voor taakherschikking opwerpt. De belangrijkste zijn: het face to face criterium bij het registreren van een eerste consult, het gebrek aan transparantie in de kostprijs en verrichtingensystematiek en het feit dat VS/PA niet zelfstandig DBC's kunnen openen. Tenslotte is door middel van een sensitiviteitsanalyse vastgesteld dat de effecten van taakherschikking beperkt zichtbaar zijn in de momenteel gehanteerde kostprijssystematieken. *Integrale prijsvorming 2015* zal een aantal belemmeringen wegnemen. Tegelijkertijd creëert deze ook een nieuwe belemmering omdat zij binnen ziekenhuizen onzekerheid oproept over de financiering. Sentimenten rondom honorariuminkomsten en overheidsmaatregelen kunnen het enthousiasme voor taakherschikking temperen.

[18] Dit betreffen regels rondom bekostiging van medisch specialistische zorg en specifiek regels m.b.t. registratie en declaratie van zorgactiviteiten

Bijlage 2: Analysekader: de driehoek van taakherschikking

(Taakherschikkingsdriehoek)

V160606_GvdB_AJK

Een instrument voor transparantie rondom taakherschikking

[‘ Transparantie: het verschaffen van inzicht in zaken die voor betrokkenen relevant zijn om goede, afgewogen beslissingen te nemen en verantwoording af te kunnen leggen. Transparantie is een onderdeel van openheid. Transparantie of het afleggen van verantwoording is een maatschappelijke verantwoordelijkheid van zorgaanbieders’]
Regieraad 2014

Inleiding

In juni 2014 is het onderzoek 'taakherschikking en kostprijzen'[19] afgerond met als doel taakherschikking in het licht van de financiering nader te beschouwen en belemmeringen rondom de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants in kaart te brengen. Het onderzoek is uitgevoerd door het Radboudumc in opdracht van het ministerie van VWS. Naast de conclusies uit dit onderzoek zijn ook aanbevelingen geformuleerd die bij de vervolgopdracht een nadere uitwerking hebben gekregen:

1. Bied goede ondersteuning bij de doelmatigheidsanalyse rondom taakherschikking;
2. Werk een aantal businesscases uit om de toolbox door te ontwikkelen en te valideren;
3. Breng in kaart wat de effecten van de invoering per januari 2015 van de 'integrale prijsvorming' inclusief de verruiming van het face to face criterium zijn op de takherschikking.

Om deze vragen te kunnen beantwoorden is een kader ontwikkeld dat analyse mogelijk maakt en tevens kan dienen om de effecten van taakherschikking transparant te maken voor onder andere ziekenhuizen. Dit analysekader (*Taakherschikkingsdriehoek*) is toegepast om een aantal businesscases uit te werken. Elke businesscase kent een specifieke doelstelling en daarmee kan de praktische uitwerking per ziekenhuis of afdeling verschillen.

Context

Sinds 2012 mogen de physician assistant (PA) en de verpleegkundig specialist (VS) een aantal voorbehouden handelingen op het terrein van medisch specialistische zorg zelfstandig indiceren en uitvoeren[20]. Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wil hiermee het doelmatiger organiseren van de zorg stimuleren[21]. Kerngedachte hierbij is enerzijds dat niet alle behandelingen hoeven te worden uitgevoerd door medisch specialisten en deze zich anderzijds door taakherschikking zich meer kunnen concentreren op de indicatie en behandeling van complexere zorgvragen. Relatief eenvoudige zorgverlening kan worden uitgevoerd door de PA/VS.

Wijzigingen 2015
In 2015 zijn een aantal concrete wijzigingen doorgevoerd in de wetgeving die effect hebben op de praktijk van taakherschikking:

1. De PA en VS zijn toegevoegd als ondersteuners die een aantal 'poortfuncties' kunnen overnemen en daarmee is naast de medisch specialist het face to face contact ook van toepassing op de consulten die uitgevoerd worden door de VS en PA[22];
2. Het zelfstandig openen van DBC's[23];
3. De invoering van de integrale bekostiging[24].

Door de invoering van deze beleidsregels zijn een aantal belemmeringen theoretisch weggenomen die in het eerdere onderzoek naar voren kwamen. Hierdoor kan taakherschikking in de praktijk beter worden vormgegeven. Het voorliggende vervolgonderzoek moet helderheid verschaffen in de

[19] A.J. Kouwen, G.T.W.J. vd Brink, Taakherschikking & kostprijzen, Een onderzoek naar de belemmeringen rondom substitutie, onderzoek in opdracht van VWS, 2013
20 Staatsblad, jaargang 2011, nrs. 658 en 659
21 E.I. Schippers, Voorhangbrief aan de voorzitter van de 2e kamer nr. 437, 29_689 Herziening zorgstelsel, 22 april 2013
22 De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Beleidsregel BR/CU-2136; Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg (actief 1/1/2015), 2014
[23] De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Beleidsregel BR/CU-2136; Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg (actief 1/1/2015), 2014
[24] De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Circulaire CI1428c Invoering integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015, 2014

uitwerking van deze beleidsregels op de praktijk van taakherschikking. Deze wijzigingen zijn een belangrijk kader voor één van de uitgangspunten voor de analyse en te vormen businesscases[25].

Het doel

Doel van dit instrument is het ontwikkelen, implementeren en evalueren van business cases rondom taakherschikking. In dit voorliggende onderzoek zijn zeven business cases uitgewerkt. Door het beschrijven van deze business cases wordt de *Taakherschikkingsdriehoek* verder gevalideerd en kan deze door de analyse van de effecten van taakherschikking werken als vliegwiel voor de business cases.

Daarnaast kan de *Taakherschikkingsdriehoek* dienen als instrument voor ziekenhuizen, instellingen en professionals om taakherschikking transparanter en gerichter in te kunnen richten.
Door het methodisch verzamelen van gegevens via deze methodiek kunnen de effecten van de inzet van VS/PA transparant worden gemaakt waardoor afdelingen verbeteringen aan kunnen brengen in het zorgproces maar ook een afweging kunnen maken rondom de meest passende inzet van de VS/PA.

Tenslotte kunnen met deze *Taakherschikkingsdriehoek* de effecten van integrale prijsvorming in relatie tot taakherschikking in kaart worden gebracht. Dit onderzoek heeft daarmee ten doel input te kunnen leveren voor verdere uitrol van taakherschikking in Nederland.

In de verdere paragrafen zal de methodiek van de *Taakherschikkingsdriehoek* worden toegelicht.

[25] Onder businesscase wordt in dit verband verstaan: *een beschrijving van de redenen voor taakherschikking en de legitimatie daarvan, gebaseerd op kosten en baten bij de inzet (tastbaar en niet tastbaar) en de mogelijke risico's en belemmeringen*.

1. De aanpak voor de analyse: De Triangle of task reallocation

Uit het eerste onderzoek naar de effecten van taakherschikking en kostprijzen is geconstateerd dat taakherschikking slechts beperkt zichtbaar is in de gebruikte kostprijssystematieken en dat daardoor niet altijd duidelijk is of, en in welke mate taakherschikking een doelmatigheidseffect heeft. Uit interviews kwam naar voren dat vooral kwaliteitsargumenten zijn benoemd door de beroepsbeoefenaren en bedrijfsleiders voor de inzet van PA/VS. Specifiek werden de toegankelijkheid van informatievoorziening en psychosociale begeleiding benoemd. Daaruit kan worden geconcludeerd dat bij de inzet wel een doelmatigheid wordt verondersteld, maar niet als zodanig wordt gemeten wat de effecten zijn op de kosten. Echter, een businesscase louter gericht op de kosten is ontoereikend om een volledig beeld te verkrijgen. De vervolgvraag is: Welke factoren zijn daarin, naast financiële, van belang.

In eerste instantie is gekeken naar de basisuitgangspunten van 'taakherschikking'. Een belangrijke basis daarin is dat in literatuur en beleidstukken voornamelijk gesproken wordt over 'kwaliteit, toegankelijkheid en kosten'[26]. Het Institute of Healthcare Innovation (IHI) spreekt meer in algemene zin over de triple aim[27] waarbij gezondheidswinst, patiëntervaringen met gezondheidszorg en betaalbaarheid worden genoemd.

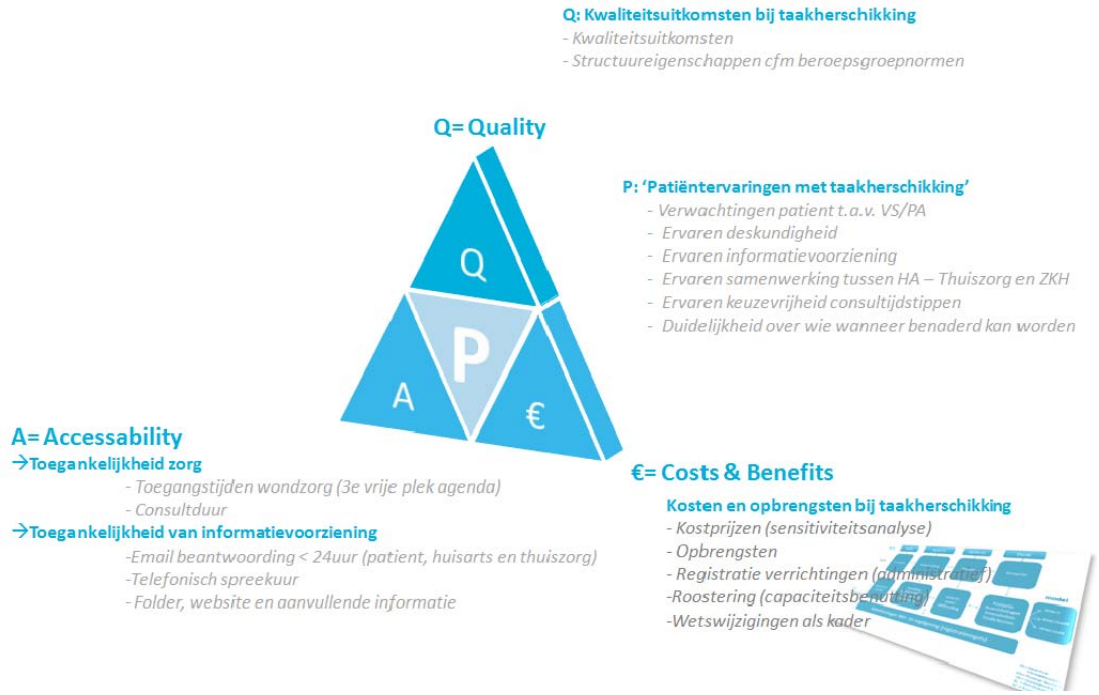
De uitgangspunten voor het meten via een meer integrale basis zijn onder meer door het Institute of Medicine (IOM)[28] geformuleerd:

1. Patiënten moeten goede zorg ontvangen wanneer ze dat nodig hebben en in verschillende vormen (niet alleen face to face maar ook via internet, telefoon en alle mogelijke andere alternatieven);
2. Zorg is aangepast aan de behoefte en waarden van de patiënt;
3. De patiënten moeten de mogelijkheden en informatie krijgen om een mate van controle over de zorg te krijgen die hij/zij nodig acht. Deze patiëntvoorkeuren worden gefaciliteerd en gestimuleerd door de organisatie (shared decision making);
4. Patiënten moeten toegang hebben tot hun eigen informatie en tot klinische kennis. Artsen en patiënten moeten effectief communiceren en informatie met elkaar delen;
5. Beslissingen zijn evidence based en de zorg moet niet onlogisch variëren van arts tot arts of van locatie;
6. Veiligheid en het reduceren van risico's moeten in het systeem zijn verwerkt;
7. Transparantie is noodzakelijk zodat patiënten een goede geïnformeerde beslissing kunnen maken over hun zorgplan;
8. Het systeem moet anticiperen op de behoeften van de patiënt in plaats van reactief te handelen;
9. Verspilling van ziekenhuismiddelen of tijd van de patiënt moet worden voorkomen;
10. Ziekenhuizen en zorgprofessionals moeten actief samenwerken en communiceren zodat een goede coördinatie van zorg wordt gegarandeerd.

In figuur 1 wordt de Taakherschikkingsdriehoek schematisch weergegeven met de vier belangrijke onderdelen voor de organisatie van de zorg. Deze onderdelen worden de 'bouwstenen' van taakherschikking genoemd. Deze onderdelen zullen in de methodiek worden uitgewerkt.

[26] Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Taakherschikking in de gezondheidszorg, Zoetermeer, RVZ, 2002.
[27] Institute of Healthcare Innovation, A guide to measuring the triple aim: population health, experience of care and per capita costs, Cambridge 2002
[28] Institute of Medicine, Crossing the Quality Charm: a new health system for the 21st century, National academy of science, 2000.

Figuur 1: de driehoek van taakherschikking



De onderdelen *kwaliteit, patiëntervaring en toegankelijkheid* zijn toegevoegd aan de toolkit zoals die in het eerste onderzoek is gebruikt om de *kosten en opbrengsten* in kaart te brengen. De driehoek kan worden gebruikt om deze onderdelen inzichtelijk te maken en met elkaar situationeel af te wegen. Door toepassing van de taakherschikkingsdriehoek kan men op een methodische wijze gegevens verzamelen en analyseren zodat de effecten van taakherschikking in de praktijk inzichtelijk worden.

De taakherschikkingsdriehoek bestaat uit de volgende bouwstenen:

P ***Patiëntverwachting en ervaringen met taakherschikking***

Doel van deze bouwsteen is om de ervaringen van de patiënt in relatie tot de taakherschikking in kaart te brengen. Naast de regiefunctie van de VS/PA wordt getoetst welke verwachtingen en beleving de patiënt heeft bij de herschikking van taken.

Q ***Kwaliteitsuitkomsten van taakherschikking***

Doel van deze bouwsteen is om kwaliteitsuitkomsten van zorg, gerelateerd aan taakherschikking, te meten en aan de uitkomsten gericht te verbeteren. Aan de hand van bestaande kwaliteitsuitkomsten zal de relatie met taakherschikking worden gelegd.

A ***Toegankelijkheid van zorg en informatievoorziening***

Doel van deze bouwsteen is om het effect van taakherschikking rondom toegankelijkheid van zorg (toegang tot zorg, verpleegkundig specialist/physician assistant en medisch specialist) en informatievoorziening te meten.

E ***Kosten en opbrengsten bij taakherschikking***

Doel van deze bouwsteen is om kosten en effecten van taakherschikking in dbc-zorgproductie te toetsen. Dit betreft naast de taakprofielen ook de productie, capaciteitsbeslag afdeling en kostprijsgegevens. Daarnaast vindt toetsing op de vigerende wet- en regelgeving plaats zodat mogelijke belemmeringen rondom registratie geïdentificeerd kunnen worden.

Deze vier onderdelen worden in de paragrafen 3 tot en met 6 nader uitwerkt in de werkwijze en meetmethode(s). In de volgende paragraaf 2 wordt het proces van deze methode nader toegelicht.

2. Proces

Het systeem (taakherschikkingsdriehoek) dient te worden gevuld door het verzamelen van gegevens en vaststellen van de indicatoren, meetmomenten en reflecties. De organisatie (afdeling en/of ziekenhuis) waar het systeem wordt toegepast, is tevens de eigenaar van het gehele proces. Afdelingen of ziekenhuizen kunnen het systeem vullen met die gegevens die men in dit kader van belang acht.

Globaal bestaat het procesmodel uit vier stappen:

1. voorbereiding,
2. uitvoering,
3. interpretatie
4. analyse en de implementatie (het in praktijk brengen van de interventies).

De voorbereiding is gericht op het vaststellen van de indicatoren, de te verwachten score van de afdeling en het vaststellen hoe de verwachtingen en beleving van de patiënt worden gemeten. Deze voorbereiding wordt vervolgens ten uitvoer gebracht in een meting. Aan de hand van de uitkomsten en de daaruit geformuleerde interventies kunnen dan de feitelijke veranderingen worden doorgevoerd. Figuur 2. Geeft dit schematisch weer.

Figuur 2: het proces uitgewerkt.

Na het uitvoeren van dit proces kan opnieuw worden gemeten en kunnen nieuwe interventies worden ontwikkeld, hierdoor wordt het en cyclisch proces.

In fase 1 dient de afdeling een set indicatoren vast te stellen voor de meting van Q (kwaliteitsuitkomsten), A (toegankelijkheid), P (patiëntervaringen) en Euro (kosten en opbrengsten) die men wil gaan meten. Belangrijk daarbij is dat men zich afvraagt welke ‘norm’ de afdeling op deze onderdelen verwacht. Vervolgens kan gezamenlijk een doel worden afgesproken en interventies worden bedacht om het doel te realiseren. Fase 2, 3 en 4 spreken voor zich.

Tabel 1 geeft een mogelijke weergave weer.

Tabel 1: Mogelijke weergave

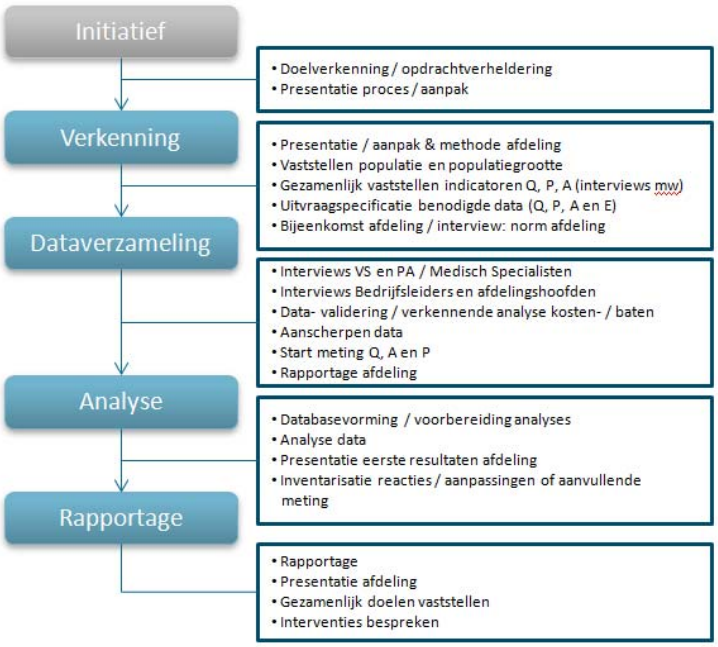
		A.	B.	C.	D.	E.
Bouwsteen	**Indicator**	**Norm_afd**	**Resultaten patiënt**	**Huidige situatie**	**Doel_afd**	**Interventies**
Q (kwaliteit)	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
A (toegankelijkheid)	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
E (euro)	1					
	2					
	3					
	4					
	5					

**B. 'Resultaten patiënt' is de 'P' in het model*

Businesscase ontwikkelfases

De afdeling/ziekenhuis zorgt voor het invullen van de businesscase, dataverzameling en conclusies. De afdeling is dan ook nadrukkelijk 'eigenaar' van zowel de verzamelde data als het proces. Zij mag dan ook gebruik maken van de ontwikkelde hulpmiddelen. Figuur 3 geeft het voorgestelde proces weer.

Figuur 3: het proces per businesscase



3. Patiëntervaring (P)

De ervaringen van de patiënt rondom de inzet van de VS en PA zijn voor afdelingen en ziekenhuizen een belangrijke factor voor het verbeteren van de zorgprocessen en het herschikken van taken. De herschikking van taken is een factor die ook effect kan hebben op de feitelijke zorg voor de patiënt. Daarmee is de beleving van de patiënt een factor die bij een (integrale) afweging van taakherschikking meeweegt. Hoewel kwaliteitsborging door heldere regels en standaarden van groot belang is, moet de patiënt daarbij niet uit het oog worden verloren. Zo zou de zorgbehoefte van de patiënt bepalend moeten zijn met welke zorgverlener de patiënt te maken krijgt[29]. We richten ons daarbij op *de verwachtingen en beleving van zorg van de patiënt die rechtstreeks een relatie hebben met taakherschikking*.

De verwachtingen en belevingen van patiënten is een breed begrip en kan vele aspecten van de zorg omvatten. Om maximaal te kunnen leren van de ervaringen van patiënten is ervoor gekozen zoveel mogelijk open vraagstellingen te hanteren en om aan de hand van de reacties de vragen te specificeren. Verder is het van belang dat de patiënt weet wie verantwoordelijk en aansprakelijk is voor de zorg en het zorgproces. Eén zorgprofessional moet daarbij het aanspreekpunt zijn.

Om vast te stellen welke factoren voor patiënten van belang zouden kunnen zijn is gekozen voor 6 globale factoren[30], gebaseerd op eerdere constateringen uit interviews met professionals, genoemde aanvullende literatuur en bestaande vragenlijsten[3132]. Daarnaast kunnen deze onderdelen op basis van opmerkingen van de patiënt worden aangevuld of aangescherpt.

Nr.	Omschrijving	Doel
1.	Continuïteit van zorg	Wijze waarop patiënt de beroepsbeoefenaar kan kiezen, en de beschikbaarheid van de arts, VS en PA inzichtelijk maken;
2.	Wijze van bejegening	Is voldoende tijd genomen, mate van aandacht voor de persoonlijke zorg richting patiënt;
3.	Ervaren vakbekwaamheid en deskundigheid	Inzicht in de ervaren kennis en kwaliteit van zorg door patient;
4.	Informatievoorziening van en naar patiënt	Inzicht in wijze waarop informatie verstrekt wordt en hoe de patiënt dit ervaart;
5.	Persoonsgerichte zorg	Gericht op behoefte patiënt en welke Mate wordt patiënt betrokken in de keuze van zorgverlener;

[29] Gezondheidsraad, *Signalement Taakherschikking in de gezondheidszorg, Inzet van praktijkassistenten en -ondersteuners, nurse practitioners en physician assistants*, 11 december 2008.
[30] *P. Clark, R. Wolosai, G. Gavran, Customer Convergence: patients, physicians and employees share in the experience and evaluation of healthcare quality*
[31] CQ-index vragenlijsten van het zorginstituut, verkregen op: *https://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/toetsingskader+en+register/de+cq-index/cqi-vragenlijsten*
[32] *M.J.C. Timmermans, A.J.A.H. van Vught, M. Wensing, M.G.H. Laurant, The effectiveness of substitution of hospital ward Care from medical doctors to physician assistants: a study protocol*

6.	Effectiviteit overdracht tussen zorgverleners	Ervaart de patiënt een continue zorgproces; hebben de zorgverleners de zorg goed afgestemd zodat er goede overdracht plaatsvindt tussen de zorgverleners.

Doel

Doel van deze bouwsteen is om de ervaringen van de patiënt in relatie tot de taakherschikking in kaart te brengen. Naast de regiefunctie van de VS en/of PA wordt getoetst welke verwachtingen en beleving de patiënt heeft bij de herschikking van taken.

Methode

Een belangrijke basis van deze aanpak vormt het vooraf gezamenlijk samenstellen van een vragenlijst. Deze vragenlijst zal aan de hand van semigestructureerde interviews met patiënten worden getoetst aan de belevingen en verwachtingen van de patiënt. Aan de hand van deze interviews kan de definitieve vragenlijst worden samengesteld. Tenslotte de gestructureerde vragenlijst worden afgenomen bij een grotere groep patiënten.

Fasering

Afhankelijk van de specifieke casus zal een 0-meting en een 1-meting danwel een effectmeting of een vergelijkende casestudy worden uitgevoerd. In het geval van een 0-meting zijn vier fases te onderscheiden:

1. *Het samenstellen van een voorlopige vragenlijst*

Vooraf wordt door de afdeling een vragenlijst samengesteld om patiëntervaringen op de bovenstaande 6 categorieën te achterhalen. Bij het ontwerp van de vragenlijsten wordt gebruik gemaakt van bestaande methodieken (zoals die bij de CQ-index en andere onderzoeken reeds worden toegepast).

2. *Observatie en interviews*

Door observatie en interviews wordt inzicht verkregen in de ervaringen van patiënten en de wensen en behoeften van patiënten rondom taakherschikking. De observatie heeft als doel beeldvorming van de onderzoekers aan te scherpen. Daarnaast worden gericht vragen gesteld aan de patiënt over de vooraf samengestelde vragenlijst. Hierop wordt de vragenlijst eventueel aangepast en opnieuw voorgelegd aan de afdelingsleiding.

3. *Het afnemen van de vragenlijsten bij een grote(re) groep patiënten*

Vooraf zal worden vastgesteld hoeveel patiënten minimaal moeten worden geïnterviewd. Zodra dit is vastgesteld zullen de vragenlijsten anoniem worden afgenomen. De uitkomsten van deze interviews zullen worden gebruikt om in de breedte inzicht te krijgen op de genoemde punten.

4. *Analyse en rapportage*

De interviews moeten worden opgenomen en getranscribeerd en daarna systematisch geanalyseerd. In eerste instantie moet een beschrijvende en verklarende analyse worden uitgevoerd. Vervolgens kunnen verschillende soorten variantie- en correlatieanalyses worden toegepast zodat ook statistische verbanden tussen de kenmerken en uitkomsten kunnen worden weergegeven, waar dit relevant is. Waar dit niet relevant of nodig is, worden frequenties en verhoudingsgetallen gebruikt.

Populatiegrootte

Per businesscase moet worden vastgesteld hoe groot de onderzoekspopulatie minimaal moet zijn om statisch significante conclusies te kunnen trekken. Bij de observatie en interviews wordt in principe

gekozen voor een ruime groep en moeten interviews afgenomen worden tot het moment dat verzadiging optreedt.

Betrouwbaarheid en validatie

De betrouwbaarheid van de kwalitatieve methode wordt vergroot door te observeren én in gesprek te gaan met patiënten. Een andere factor die de betrouwbaarheid van de gemeten patiëntervaringen vergroot is dat meerdere onderzoekers samen aan de dataverzameling en analyse werken. Op deze manier wordt vertekening van de resultaten door de invloed van een onderzoeker geminimaliseerd. Bijlage 1 geeft een volledig overzicht weer van alle validaties in dit model.

4. Kwaliteit van zorg (door taakherschikking) (Q)

Er bestaat een veelvoud aan definities van kwaliteit, afhankelijk van het uitgangspunt en het doel wat wordt beoogt. In het algemeen wordt kwaliteit gedefinieerd als zorg die effectief, veilig en patiëntgericht wordt verleend[3334]. Bij de kwaliteit van zorg wordt bij de invulling van de taakherschikkingsdriehoek vooral de focus gelegd op *de effectiviteit en veiligheid van zorg* die wordt beïnvloed door de taakherschikking in de specifieke praktijksituatie. Daarbij is het van belang om indicatoren te gebruiken die de kwaliteit van de inzet van de VS/PA meten. Ten eerste kan hiermee worden bepaald of de ingevoerde interventies effect hebben op de kwaliteit van zorg. Ten tweede kan dit worden gebruikt om kwaliteit aan te tonen en om kwaliteit te verbeteren. In een voorbeeld wordt uiteengezet hoe de indicatoren met betrekking tot kwaliteit worden gemeten voor de businesscase wondzorg. Binnen deze aanpak zullen wij ons richten op de reeds bestaande indicatoren en de wijze waarop de VS/PA daar een bijdrage aan leveren.

Doel

Doel van deze bouwsteen is om kwaliteitsuitkomsten van zorg, gerelateerd aan taakherschikking, te meten en waar nodig adviezen te genereren. Waar mogelijk zal de relatie tussen taakherschikking en kwaliteitsuitkomsten worden gelegd.

Methode

Bij de gegevensverzameling is het belangrijk om zoveel mogelijk gebruik te maken van de bestaande registraties. Eerst moet worden bepaald welke indicatoren worden geregistreerd zodat deze gegevens voor de analyse kunnen worden gebruikt. Het verschilt per indicator welke informatie nodig is. Bij bijvoorbeeld enkele ziekenhuizen wordt gebruik gemaakt van lijsten en smartteksten in EPIC.

Daarnaast kunnen landelijk vastgestelde indicatoren die voor die betreffende patiëntengroep relevant zijn, worden gebruikt. Dit kunnen uitkomstindicatoren zijn maar ook structuur- en procesindicatoren.

Fasering

De aanpak bestaat uit vier globale stappen:

1. *Vaststellen set indicatoren*

De indicatoren worden door de afdeling vastgesteld. Deze indicatoren zijn bij voorkeur indicatoren die landelijk erkend zijn. De set indicatoren moet zo worden samengesteld dat die een relatie heeft met taakherschikking.

2. *Meting en verzameling van kwaliteitsuitkomsten*

[33] Rijksoverheid, Kwaliteit van zorg. Bereikbaar op http://www. Rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/veiligheid-in-de-zorg

[34] De Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFu). Bereikbaar op http://www.nfu.nl/thema/kwaliteit-van-zorg/visie

Wanneer vastgesteld is welke indicatoren verzameld gaan worden, dan gaat de afdeling de gegevens verzamelen (of meten).

3. Analyse en rapportage
De resultaten dienen te worden besproken en te worden geanalyseerd. Aan de hand van de uitkomsten van de analyse zullen de resultaten worden samengevat in een rapportage. Afhankelijk van het type en soort indicator kunnen aanvullende analyses worden verricht.

Populatie
De grootte van de populatie is afhankelijk van de grootte van de patiëntengroep die is gekozen en de praktische haalbaarheid binnen het project.

Betrouwbaarheid en validiteit
Naast de grootte van de steekproef kan de betrouwbaarheid ook worden vergroot doordat er gegevens op verschillende wijzen worden verzameld. Ook de patiënt wordt bevraagd op zijn/haar beleving van kwaliteitsuitkomsten. Bijlage 1 geeft een volledig overzicht van alle validaties binnen deze aanpak.
Overigens kunnen de uiteindelijke indicatoren afwijken op basis van praktische overwegingen.

5. Toegankelijkheid van zorg en informatievoorziening (A)
De toegankelijkheid van zorg is een 'bouwsteen' om de inzet van de verpleegkundig specialist en physician assistant te onderzoeken. Voor de invulling van de 'bouwsteen' toegankelijkheid wordt met name gebruik gemaakt van structuurindicatoren[35] en uitkomstindicatoren[36]. Toegankelijkheid heeft een relatie met de 'ervaren' toegankelijkheid bij 'patiëntervaringen'. Daarnaast wordt in de praktijk gezien dat VS/PA in toenemende mate worden ingezet om meer innovatieve methoden toe te passen om passende zorg op afstand te verlenen[37].

Doel
Het doel is tweeledig. Enerzijds kunnen met de uitkomstindicatoren bepaalde aspecten van toegankelijkheid van zorg worden gemeten. Anderzijds kan de afdeling gericht verbeteringen aanbrengen in de informatievoorziening. De uitkomsten van deze bouwsteen worden ook gebruikt om bij 'kosten en opbrengsten' de capaciteit en de kosteneffecten te berekenen. Dit betreft vooral de toegenomen capaciteit van de medische specialist als gevolg van de herschikking van taken.

Indicatoren
De indicatoren worden in samenspraak met de afdeling vastgesteld. Als voorstel hebben wij de volgende indicatoren:

Structuur indicatoren	**Doel**
1. Beschikbaarheid website	Vaststellen of patiënten eenvoudig aan informatie kunnen komen;
2. Patiëntenfolder	Vaststellen of informatie wordt verstrekt en zonodig wordt toegelicht;
3. Telefonische bereikbaarheid	Bereikbaarheid tijdens kantooruren georganiseerd;
4. Telefonische bereikbaarheid	Bereikbaarheid buiten kantooruren georganiseerd;
5. Vast aanspreekpunt	Vaststellen of er één aanspreekpunt is georganiseerd;

[35] Website, patiëntenfolder, telefonisch spreekuur etc.
[36] Bijvoorbeeld de derde vrije plek in de agenda om toegangstijd te meten
[37] Zie artikel Gelderlander 'Veiliger en goedkoper: consultatie via ipad', Gerard van Rijn, 21 mei 2015.

6. Email	Vaststellen of E-mailbeantwoording van patiëntvragen is ingericht;
7. Consultatie op afstand	Vaststellen of VS/PA worden ingezet om met behulp van innovatieve methoden zoals teleconsultatie zorg te verlenen;

Uitkomstindicatoren	**Doel**
8. 3e vrije plek in de agenda VS/PA/MS	Vaststellen hoe snel de patiënt terecht kan bij VS/PA en MS (wachtlijst);
9. Duur consult VS/PA en MS	Vaststellen duur consult ten opzichte van Medisch specialist;
10. Email beantwoording <24uur	Vaststellen of email beantwoording adequaat wordt uitgevoerd;
11. Wachttijd patiënt	Vaststellen hoe lang patiënt wacht voor consult;
12. Combinatieafspraken	Vaststellen hoe effectief afspraken worden gepland op één dag.

Methode

De structuurindicatoren worden als interventies ingevoerd voor de effectmeting. De uitkomstindicatoren (zoals toegangstijd, wachttijd) worden gemeten tijdens de 0-meting.

De toegangstijd wordt vastgelegd in diverse systemen en kunnen goed worden achterhaald met bijvoorbeeld EPIC en applicaties zoals Business Objects. De toegangstijden van de patiënt tot zorg, uitgevoerd door verpleegkundig specialisten en physician assistants al dan niet in combinatie met een bezoek aan een medisch specialist wordt vergeleken met de toegangstijden van medisch specialisten. Dit wordt gedaan tijdens de 0-meting en tijdens de 1-meting.

Fasering

1. *Vaststellen / verzamelen data rondom toegankelijkheid*

De afdeling stelt vast welke indicatoren worden gemeten en gemeten kunnen worden die direct te maken hebben met de toegankelijkheid van de medisch specialist, verpleegkundig specialist en/of physician assistant. Daarnaast zullen gegevens worden verzameld over de wijze waarop de communicatie naar de patiënt wordt uitgevoerd (telefonische bereikbaarheid, folders, mogelijkheid om een polibezoek aan te vragen etc.). Daarnaast stelt mogelijk ook de beroepsvereniging eisen aan de structuurindicatoren. Meting en verzameling van kwaliteitsuitkomsten.

2. *Start meting*

Als nog geen meting plaatsvindt rondom deze indicatoren van de beroepsbeoefenaren, moet worden gestart met een meting.

3. *Analyse en rapportage*

Aan de hand van de analyse moeten de resultaten worden samengevat in een rapportage. Afhankelijk van het type en soort indicator kunnen aanvullende analyses worden verricht.

Populatie

De groep is gelimiteerd tot de betrokken medisch specialisten en VS/Pa die een relatie hebben met de patiëntengroep en/of afdeling.

Betrouwbaarheid en validatie

Toetsing kan plaats vinden rondom de gemeten indicatoren, zoals toegangstijd en de ervaren toegangstijd van de patiënt, om daarmee de validiteit van de meting vast te stellen. Ook kan aanvullend een steekproef worden gedaan waarbij de gemeten toegangstijd getoetst kan worden

aan de feitelijke toegangstijd bij een beperkt aantal patiënten. Dit kan bovendien worden gecombineerd met interviews bij de andere onderdelen. Bijlage 1 geeft een volledig overzicht van de validaties in het model. Ook hier geldt dat per businesscase de inventarisatie van alle beoogde gegevens in de praktijk niet altijd haalbaar is.

6. Kosten en opbrengsten (bij taakherschikking) (€)

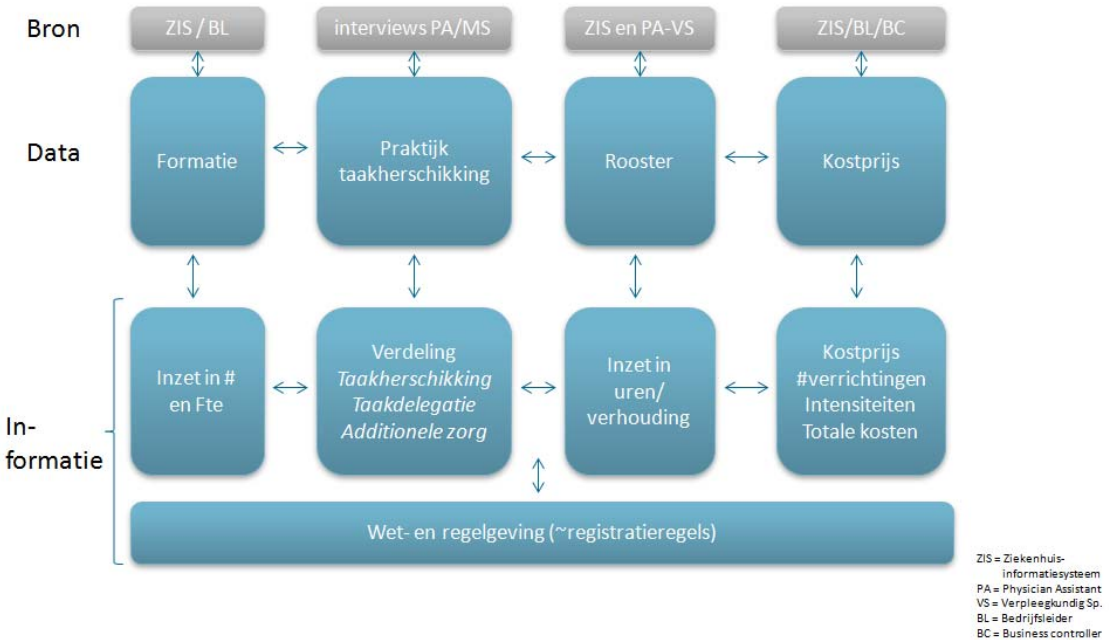
Doel

De bouwsteen 'kosten en opbrengsten' is een methode die aan de hand van een toolkit systematisch de kosten en (waar wenselijk) opbrengsten in kaart brengt in relatie tot taakherschikking.

Methode

De toolbox bestaat uit vier deelgebieden; formatie, de praktijk van taakherschikking, personeelsplanning en kostprijsgegevens. Dit ziet er als volgt uit:

Figuur 2. Toolbox voor data-analyse



Fasering

De stappen nader toegelicht:

1. *Het verzamelen van de (basis)gegevens*

Als start wordt aan de hand van specificaties een grote hoeveelheid gegevens opgevraagd. Dit betreft vooral gegevens uit de centrale ziekenhuisinformatiesystemen, zoals formatiegegevens, roostergegevens en kostprijsgegevens.

2. *Het afnemen van de interviews*

Vervolgens worden interviews afgenomen met de betrokken functionarissen: De VS/PA, betrokken medisch specialist, bedrijfsleider, afdelingshoofd en zorgcontroller. Aan de hand van deze interviews worden de volgende informatie verzameld:

- Taken die worden uitgevoerd door verpleegkundig specialist / physician assistant;
- Taken die door de medisch specialist worden uitgevoerd evenals een validatie op de opgave van de VS/PA
- Geregistreerde verrichtingen;
- Of deze verrichtingen herschikte, gedelegeerde of additionele taken bevatten;
- Welke belemmeringen men rondom financiën ervaart;

- Of volgens de vigerende wet- en regelgeving wordt gewerkt en geregistreerd.

Hiermee wordt een dwarsdoorsnede gemaakt van een afdeling waarmee een compleet beeld van de praktijksituatie ontstaat en (inzet-)profielen gemaakt kunnen worden van de inzet van deze twee beroepsgroepen op een afdeling.

3. Analyse en rapportage

Vervolgens kan aan de hand van de data en de gegevens uit de interviews een synthese worden gemaakt en de uitkomsten worden geanalyseerd. Daarnaast wordt een sensitiviteitsanalyse uitgevoerd die de effecten van taakherschikking op de kostprijs berekent. Figuur 3 geeft dit samengevat weer.

Figuur 3. De opbouw van de sensitiviteitsanalyse

Hier worden de kostprijzen conform de gehanteerde kostprijsmethodiek de effecten doorberekend op de kostprijzen op verrichtingniveau (b), zorgactiviteitniveau (c) en zorgproductniveau (d).

Naast deze elementen wordt, indien mogelijk, ook de relatie gelegd met de andere bouwstenen. Een belangrijke factor is de toegankelijkheid van zorg waarbij de veronderstelling heerst dat door taakherschikking door te voeren deze toegankelijkheid wordt vergroot. Hierdoor kan meer ruimte ontstaan voor nieuwe patiënten of complexere zorgverlening door de medisch specialist. Dat zou mogelijk ook kunnen leiden tot een verlaging van kosten.

Populatie

Voor een zo volledig beeld van de kosten en opbrengsten moet een zo groot mogelijke populatie worden genomen.

Betrouwbaarheid en validiteit

Data worden gevalideerd op meerdere manieren. Dit kan verlopen via interviews met beroepsbeoefenaren (medisch specialist en verpleegkundig specialist) maar ook met de roostergegevens, formatiegegevens en de kostprijsinformatie. Daar waar discrepanties zijn, zal aanvullende informatie nodig zijn om de validiteit te waarborgen. Bijlage 1 geeft een volledig overzicht van de validaties in het model.

Naast deze validatiemethode kan worden gekozen voor een tijdbestedingsonderzoek waarbij gedurende bijvoorbeeld twee weken de tijdsbesteding van PA/VS en MS (kunnen) wordt gemeten. Dit kan een extra validatieslag zijn om de gegevens die verkregen zijn uit de interviews te valideren.

7. De synthese: de praktijkcasussen

Dit hoofdstuk biedt een synthese van de bevindingen die we voorgaand uitgevoerd hebben. Elke casus heeft een andere doelstelling maar de aanpak (de bouwstenen) is op hoofdlijnen identiek. De bevindingen moeten leiden tot vernieuwde inzichten rondom taakherschikking.

Bij de synthese zal vooral een opsomming van de uitkomsten worden vergeleken. De vier onderdelen zijn niet in één maat te vatten omdat er geen weging op de afzonderlijke onderdelen berekend kan worden en per casus verschillend kan zijn.

In de synthese zal per ziekenhuis, afdeling en specialisme een vergelijkende tabel worden opgesteld. Tabel 2 dient als voorbeeld.

Tabel 2: Mogelijke weergave

Ziekenhuis A, afdeling A, specialisme C						
			A.	B.	C.	D.
Bouwsteen	**Indicator**	**Beschrijving**	**Resultaat**	**Afwijking norm**	**Interventies**	**Belemmeringen**
Q (kwaliteit)	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
A (toegankelijkheid)	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
E (euro)	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
P (Patiëntervaring)	1					
	2					
	3					
	4					
	5					

Validiteit model

Het model is getoetst aan professionals en experts binnen de gezondheidszorg.
Vooral de volgende vragen zijn daarbij meegenomen:

1. Is het model compleet (is het 'integraal' genoeg en dekt het de lading?)
2. Is het model uniek (wordt het niet ergens anders al toegepast?)
3. Is het model specifiek genoeg (is het onderscheidend en zijn de bouwstenen ook onderscheidend?)
4. Is het model generiek toepasbaar (zou je het op iedere afdeling, ziekenhuis kunnen toepassen?)
5. Is de wijze waarop (proces en methode) ook een betrouwbare methode?
6. Hebben de ziekenhuizen en professionals er wat aan?

In principe is op basis van een peer preview van professionals en experts in het vakgebied getoetst of het model volledig, uniek en specifiek, generiek toepasbaar en betrouwbaar is om te gebruiken.

Literatuurlijst

A.J. Kouwen, G.T.W.J. van den Brink, Taakherschikking en kostprijzen: Een onderzoek naar de belemmeringen rondom substitutie, Radboudumc / Ministerie van VWS, 2014

CIBG via http://www.bigregister.nl

P. Clark, R. Wolosai, G. Gavran, Customer Convergence: patients, physicians and employees share in the experience and evaluation of healthcare quality, Health Marketing Quartely 23(3), 79-99, 2007.
Eerste Kamer (2011). Wijziging van de mogelijkheid tot taakherschikking in de Wet beroepen individuele gezondheidszorg, Op 16 december 2013 ontleent aan http://www.eerstekamer.nl /wetsvoorstel/ 32261_wijziging_van_ de_mogelijkheid_tot_Taakherschikking_ in _de_Wet_ beroepen_ individuele gezondheidszorg.

Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (2012), Integrale bekostiging van zorg: Werk in uitvoering: Eindrapport van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging, juni 2012, Den Haag.

G.J. Kommer, A. Wong en L.C.J. Slobbe; Determinanten van de volumegroei in de zorg, Briefrapport 270751021/2010, RIVM, in opdracht van Ministerie van VWS, Bilthoven : Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, (2010).

L.J.R. van der Meulen, A. Beldman en A.J.J. van der Kwartel. Productiviteitswinst in de Zorg. Who gets what, when and how. Kiwa Prismant, 2012.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Taakherschikking in de gezondheidszorg, Zoetermeer, RVZ, 2002.

B. Sibbald, M. Laurant, T. Scott, Changing task profiles. In: Saltman A, Rico A, Boerma

A.C.S. Goossensen, Taakherschikking in de praktijk; anders werken in het Erasmus MC; Medisch Contact 2005; 60 (19);816-824.

G. Richardson, A. Maynard, N. Cullum, D. King, Skill mix changes: substitution or service development?, Health Policy 1998; 45 (2): 119-32.

De Nederlandse Zorgautoriteit (2012), Advies Taakherschikking in de tweedelijns somatische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg, Utrecht 2012.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Beleidsregel BR/CU 2104 Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg, Utrecht 2013.

De Nederlandse Zorgautoriteit (2012), Toelichting op de honorariumberekening DBC-zorgproducten 2013, Utrecht.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Nadere Regel NR/CU-228, Regeling medisch specialistische zorg, Utrecht 2013.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Nadere Regel NR/CU-235, Regeling registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg, Utrecht 2012.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Verantwoordingsdocument Prestatiebekostiging Medisch Specialistische zorg, uitwerking van de implementatie, Utrecht 2012.

M.J.C. Timmermans, A.J.A.H. van Vught, M. Wensing, M.G.H. Laurant, The effectiveness of substitution of hospital ward Care from medical doctors to physician assistants: a study protocol, BMC Health Services Research 2014, 14:43.

Harmsen, M., Laurant M. et al (2007), Effecten van taakherschikking in de gezondheidszorg: literatuuronderzoek, Nijmegen.

Kwaliteitskoepel Medisch Specialisten (2013), Richtlijnen, Op 15 november 2013 ontleent aan http://www.kwaliteitskoepel.nl/kwaliteitsbibliotheek/a_z_index/.
Kwaliteitskoepel medisch specialisten (2013), Minimale voorwaarden HHOC, op 16 november ontleent aan http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/Normen/ minimale_voorwaarden_HHOC.pdf.

KPMG, V&VN en NAPA, Handreiking 'verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg', 2012.

G. Ligtenberg (2012), Voorwaardelijke toelating/financiering van zorg, CVZ, april 2012, uitgebracht aan de Minister van VWS, Diemen; College voor zorgverzekeringen.

Ministerie van VWS (2012), Naar beter betaalbare zorg: Rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven, juni 2012, Den Haag : Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Morris, Devlin, Parkin et al (2007), Economic Analysis in Health Care, John Wiley & Sons ltd.

Nationaal Instituut voor Budgetvoorlichting (2003). Normering Chirurgische behandelingen 3.0 (bariatrische chirurgie), Een onderzoek naar de kosten van kinderen in grote gezinnen. Op 22 mei 2006 ontleend aan http://www.nibud.nl/docs/grotgezi.pdf.

Nederlandse Associatie van Physician Assistants (2007), Beroepsprofiel voor de Physician Assistant.

Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVvC), Volume normen cardiologie, juni 2011.

Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO), Kwaliteitsnormen Radiotherapie in Nederland versie 2.0, 30 november 2012.

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), Richtlijnen 2013, op 16 november ontleent aan http://nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/ pagina.php&fSelectNTG_ 68=80&f SelectedSub=68.

Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVvU), Kwaliteitsnormen, april 2013.

Platform VS en PA (2012), Physician assistants en verpleegkundig specialisten wettelijk op eigen benen, Nijmegen.

Overheid, Wet Mededinging Gezondheidszorg, Op 16 december 2013 ontleent aan http://wetten.overheid.nl/BWBR0020078/.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002), Taakherschikking in de gezondheidszorg, Zoetermeer

Schippers E.I. (2013), Herziening Zorgstelsel (29_689), Voorhangbrief nr. 437 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, Den Haag.

Staatsblad, jaargang 2011, nrs. 658 en 659.

Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS), Normeringsdocument (2013). Multidisciplinaire normen oncologische zorg in Nederland. Op 17 november 2013 ontleent aan http://www.soncos.org/

Verpleegkundige beroepenstructuur en opleidingscontinuüm (VBOC), Algemeen competentieprofiel en specifieke deelprofielen verpleegkundig specialist, Werkgroep 'competentieprofiel verpleegkundig specialist', Utrecht, (2008).

F.F. Asselman, Kostprijzen in ziekenhuizen, Bohn Stafleu van Loghum Houten, 2008

S. Visser, R. Westendorp, K. Cools [et al.], Kwaliteit als medicijn: Aanpak voor betere zorg en lagere kosten, Booz & Company Amsterdam, (2012).

Bouwsteen, instrumenten, methode en validaties

Bouwsteen	Analyseinstrument	Methode dataverzameling	Validaties
Q (Kwaliteit)	Uitkomstindicatoren	EPIC of gehanteerd ZIS	Steekproef VS
		Lokale registratie uitkomsten	Steekproef VS
	Structuurindicatoren	Observatie	Observatie
E (Euro)	Inzetprofielen	Interviews	Validatie MS
		Data-mining ZIS/Verrichtingensysteem	Validatie geregistreerde verrichtingen
			Validatie roostergegevens
			Validatie turflijst
			Validatie tijdbestedingsonderzoek (steekproef)
			Validatie Bruto-nettofactor
	Kosten- en Batenanalyse	ZIS, verrichtingenregistratie	Validatie kosten in kostprijssysteem (Cost Perform)
		Kostprijssysteem (costperform)	Validatie gehanteerde intensiteiten
		Interviews	Validatie intensiteiten bij afdeling (interview)
		Roostergegevens	Validatie roostergegevens
	Sensitiviteitsanalyse	Kostprijssysteem (costperform)	Interview MS rondom 'inzet'
		ZIS, verrichtingenregistratie	Interview BL rondom kostprijs en inzet Personeel
		Interviews	Validatie kostprijsmethodiek
		Profielen	Validatie landelijk / lokaal profiel
A (Toegankelijkheid)	Roosteranalyse	ZIS, Rooster en planningssysteem	Interview VS/PA
	Meting toegankelijkheid	Interviews patiënten	Interview Patiëntervaringen
	Stuctuurindicatoren	Observatie en uitvraag data	Observatie
P (Patiëntervaring)	kwalitatieve deductie	Interviews, interviewverslagen	Semi-gestructureerd interview
	Data-analyse	Observatie	Validatie door patiëntbevraging
		Vragenlijst	Validatie door patiëntbevraging

Bijlage 3: Samenvatting per casus

Nrs	Casuïstiek
1. en 2.	De Nederlandse orthopedische vereniging (NOV): de Verpleegkundig Specialist in de Orthopedie
3.	Taakherschikking en wondzorg
4. en 5.	Mammacare op twee locaties
6.	De positie en inzet van taakherschikking bij een ziekenhuis, cardiologie en maag- darm- en leverziekten nader onderzocht
7.	De positie van de VS/PA in een klein ziekenhuis

1. en 2. De verpleegkundig specialist in de Orthopedie

Drs. Y. (Yvonne) Grijzen

Inleiding / Context

Binnen de beroepsvereniging van de orthopedie (Nederlandse Orthopaedische Vereniging, NOV) is men zeer gericht op de inzet van de Verpleegkundig Specialist (VS) en Physician Assistant (PA). De actuele en mogelijke gevolgen voor structuur en kerntaken zijn namens de NOV geïnventariseerd door de taskforce 'taakherschikking'. Sinds maart 2012 zijn de VS en PA orthopedie verenigd in de werkgroep PA/VS, bestaande uit 55 leden. Er is ook een standpunt rondom Taakherschikking opgesteld in de ledenvergadering van 6 februari 2015. Met dit standpunt en de grootte van deze werkgroep kent taakherschikking binnen de orthopedie een stevige verankering.

Doelstelling

De doelstelling van deze business case is: het in kaart brengen van de output, op de dimensies euro, toegankelijkheid, patiëntervaring en kwaliteit, van de VS op afdelingsniveau (orthopedie) in twee ziekenhuizen door middel van de methodiek 'de driehoek van taakherschikking'. Het doel is uiteindelijk om van elkaar te leren en de transparantie rondom taakherschikking tot stand te brengen.

Methode

Op basis van de ontwikkelde methode 'de driehoek van taakherschikking' zal een vergelijking gemaakt worden tussen de 2 ziekenhuizen. De methode sluit zoveel mogelijk aan op de bestaande praktijk en bestaande metingen die ziekenhuizen rondom toegankelijkheid, kwaliteit, euro en patiëntervaringen uitvoeren. Dit is een mix van kwalitatieve en kwantitatieve gegevens rondom patiënten, dbc's en verrichtingen.

Resultaten en conclusies

De ziekenhuizen die hebben meegewerkt aan dit onderzoek verschillen in omvang. Ziekenhuis A is op basis van het totaal aantal fte (MS, AIO's en VS) 2,3 keer zo groot als ziekenhuis B. Ziekenhuis A heeft in 2015 relatief meer VS-en in dienst. In 2015 hadden beide ziekenhuizen geen PA's in dienst.

In 2015 is de registratie van consulten op naam van de VS verbeterd, waardoor er meer zicht is op productie van de VS-en. De registratie is in één ziekenhuis niet volledig omdat consulten op een bepaald spreekuur altijd op naam van de medisch specialist (MS) worden geregistreerd ook al zijn ze uitgevoerd door de VS. Opgemerkt moet worden dat de MS deze patiënten ook allemaal ziet (face to face contact).

De NOV heeft in een handreiking de activiteiten van de VS en PA in beeld gebracht. Afgezien van de invasieve ingrepen worden alle activiteiten uit de handreiking van de NOV door de VS in beide ziekenhuizen uitgevoerd (poliklinisch, klinisch, kwaliteit, ontwikkelen van zorgpaden, wetenschappelijk onderzoek).

De ziekenhuizen kijken verschillend aan tegen de rol en de functie van de PA. In het ene ziekenhuis kwam uit de interviews naar voren dat de toegevoegde waarde van de PA wordt gezien op de OK. In het andere ziekenhuis wordt op het moment van onderzoek een PA opgeleid. De bedoeling is dat de functie van deze PA op dezelfde manier wordt ingevuld als de VS dit doet.

Het takenpakket van de VS bestaat vooral uit herschikte taken van consulten en de zaalartsfunctie. Deze taken werden voor de komst van de VS gedaan door resp. de MS en de zaalarts. De extra taken die de VS uitvoert hebben vooral betrekking op kwaliteit en organisatie van zorg. Ook krijgen zij meer

tijd voor een consult dan een MS. De MS wordt tijdens een consult aanvullend ondersteund door een dokter/polikliniekassistent.

Als motivatie voor de inzet van de VS bij orthopedie wordt vooral de toegankelijkheid voor de patiënt en de continuïteit genoemd. Dit verhoogt de kwaliteit van het zorgproces. Het valt op dat de rol en de positie van de VS in beide ziekenhuizen helder en goed verankerd zijn in de organisatie.

Als belemmering/aandachtspunt wordt genoemd dat er rekening mee gehouden moet worden dat de VS geen arts is. Dit heeft consequenties voor de supervisie en doorverwijzing van complexe patiënten. Het proces van supervisie moet laagdrempelig blijven, waardoor doorverwijzing soepel verloopt. Als aandachtspunt wordt ook het verschil in competenties tussen de verschillende VS-en aangegeven. De naamsbekendheid van de functie van een VS komt ook hier naar voren.

Bij beide ziekenhuizen is de VS vooral betrokken bij de DBC-diagnoses Arthrosis knie en Arthrosis bekken|heup|bovenbeen. Het gemiddeld aantal consulten per patiënt voor deze diagnoses is bij beide ziekenhuizen in dezelfde orde van grootte.

Als we ons baseren op de registratie, is in beide ziekenhuizen het gemiddeld aantal consulten per patiënt voor patiënten die alleen door de VS gezien worden lager dan voor patiënten die alleen door de MS gezien worden. Een verklaring hiervoor is dat de MS complexere patiënten ziet. Het proces van de patiënten die de VS ziet, wordt hierdoor doelmatiger en effectiever.

In beide ziekenhuizen is de patiënttevredenheid over de orthopedische zorg goed tot zeer goed. Ook de tevredenheid van de VS wordt goed tot zeer goed beoordeeld door de respondenten.

De indicatoren Verpleegduur en het Percentage Postoperatieve Wondinfecties (POWI) zijn onderzocht om de kwaliteit te kunnen bepalen. Bij beide ziekenhuizen wordt de Fast Track methode ingezet, waarbij er door snelle revalidatie minder complicaties optreden. In beide ziekenhuizen is de invoering van deze methode begeleid door de VS-en. In één ziekenhuis is duidelijk te zien dat de verpleegduur door het inzetten van deze methode is gedaald. In beide ziekenhuizen is het percentage postoperatieve wondinfecties laag.

Conclusie

Uit dit onderzoek blijkt dat de VS in beide ziekenhuizen een heldere rol heeft. De meerwaarde is duidelijk voor alle partijen (artsen, managers, VS en patiënten) en is vooral toe te schrijven aan continuïteit, patiëntgerichtheid, kwaliteit en doelmatigheid. De VS treedt op als procesmanager en kan in die rol procesverbeteringen doorvoeren (zoals Fast Track). Daarnaast heeft de VS een taak als case manager voor de patiënt.

Deze heldere rolverdeling is ook toe te schrijven aan de wijze waarop de NOV een visie en taakopvatting heeft geformuleerd. Bij specialismen waar dit minder nadrukkelijk aan de orde is geweest en een meer organische inzet is van VS/PA zien we dat er discussies zijn rondom de inzet, positie en taakverdeling van deze beroepen. We vinden dan ook dat de NOV een belangrijke rol heeft gespeeld door de oprichting van een werkgroep PA/VS en het bepalen van een standpunt rondom deze beroepsgroep.

Discussie

In de interviews kwam naar voren dat de kwaliteit van het zorgproces beter wordt door de inzet van de VS. In dit onderzoek is geprobeerd om deze kwaliteit kwantitatief te maken door analyse van de verpleegduur en het voorkomen van complicaties. Deze kwaliteitsuitkomsten zijn per saldo uitkomsten van een teamprestatie waar alle betrokken zorgprofessionals een aandeel in hebben. De vraag hierbij is of en hoe de activiteiten van de VS een directe bijdrage leveren in de zorgprestatie.

Hier zien we dat de VS een grote 'organiserende' factor is in het zorgproces en dat het logistiek inregelen van het zorgproces een belangrijke meerwaarde kan zijn. De VS is hierbij een belangrijke verbindende factor in het zorgteam.

Aanbevelingen

Op grond van de resultaten en conclusies worden aanbevelingen gegeven op drie punten, namelijk op procesniveau, functie en algemeen:

Procesniveau:

- Verbeter de registratie van verrichtingen van de VS, zodat de productie beter in kaart kan worden gebracht.
- In dit onderzoek hebben we gekeken naar verpleegduur en postoperatieve wondinfecties als kwaliteitsindicatoren. Het is moeilijk om deze indicatoren direct te kunnen toewijzen als kwaliteitsverbetering van de VS. Onderzoek welke indicatoren nog beter de kwaliteit transparant kan maken.
- Registreer niet alleen de toegangstijd van de arts, maar ook van de VS.

Functie:

- Er bestaat een verschil van inzicht over de rol en functie van PA. Bepaal als ziekenhuis wat de PA kan betekenen en betrek de ervaring van andere ziekenhuizen hierin.

Algemeen:

- In dit onderzoek is de inzet van de VS in twee topklinische ziekenhuizen met elkaar vergeleken. Het is interessant om hierbij ook andere organisatievormen te betrekken, zoals een academisch ziekenhuis en een zelfstandig behandelcentrum. Waar zitten de verschillen in inzet van de VS en PA? Waar kunnen we van elkaar leren?

3. Wondzorg en taakherschikking

Y.P. (Yvonne) van Vugt MSc en N.M. (Nicole) Leferink MA

Inleiding/context

In Nederland zijn meer dan 400.000 complexe wonden per jaar. Verschillende soorten wondproblematiek komen voor; arteriële en/of veneuze beenulcera, decubituswonden en diabetische voetulcera zijn voorbeelden hiervan. Er is een verwachte toename van wonden door diabetes en vaatproblemen; de problematiek wordt groter (van Mierlo-van den Broek & de Laat 2012; NVvH, 2013). Gezien de stijging van wondproblematiek komt er een grotere noodzaak om de kwaliteit van zorg te verbeteren en daardoor de kosten te verlagen. Binnen het academisch centrum heeft wondzorg een specifieke plaats waarbij verpleegkundig specialisten deze complexe wondzorg uitvoeren.

Probleemstelling / onderzoeksvraag

Deze business case is gericht op de wondzorg in het algemeen en meer specifiek op decubituszorg. Doel van de business case is om door middel van een ontwikkeld model 'de driehoek van taakherschikking' de inzet van de verpleegkundig specialist op meerdere domeinen zichtbaar te maken. Voor wondzorg is gefocust op de uitvoering van de zorg door de verpleegkundig specialist (VS) en de wondconsulent (WC); beiden zijn in deze casus gedefinieerd als wondspecialisten.

Methode

Uitgangspunt is de wondzorg, uitgevoerd vanuit de Plastische Chirurgie, Heelkunde en Interne Geneeskunde. De oorspronkelijke setting waarbinnen de business case in kaart is gebracht is de poliklinische decubituszorg. Waar nodig is dit breder getrokken naar de gehele wondzorg. Voor deze casus zijn patiëntervaringen gemeten door middel van interviews en enquêtes. Kwaliteit en toegankelijkheid zijn gemeten met behulp van metingen door de wondspecialisten, interviews en enquêtes. Voor de 'euro' zijn formatiegegevens, roostergegevens en kostprijsgegevens gebruikt, aangevuld met informatie uit de interviews.

Resultaten

Voor het onderdeel patiëntervaringen zijn vier patiënten geïnterviewd. Daarnaast zijn in totaal 60 enquêtes uitgezet. Hierop zijn 29 enquêtes retour ontvangen. In de interviews en enquêtes komt naar voren dat patiënten over het algemeen tevreden zijn over de wondzorg die wordt verleend in het academisch centrum en ook over de zorgverleners die de wondzorg verlenen **(gemiddeld 8,5/10)**.

De kwaliteitsindicatoren zijn gemeten bij 30 unieke patiënten gedurende 3 maanden. Dit betrof uitsluitend decubituspatiënten. 85% van de patiënten die door de wondspecialisten behandeld worden hebben ernstige decubitus (categorie 3-4). In de interviews en de enquêtes geven patiënten aan tevreden te zijn over de realisatie van de verwachtingen met betrekking tot de genezing van hun wond (gemiddelde 4,7/6,0). Er wordt goed overgedragen vanuit het academisch centrum naar de thuiszorg. Bij 21 van de 22 consulten, waar volgens de wondspecialist behandeladvies aan de thuiszorg van toepassing was, is dit ook daadwerkelijk aan de thuiszorg gegeven. Dit gebeurt schriftelijk. De overdracht naar de huisarts gaat minder goed. Bij klinisch ontslag is bijvoorbeeld onduidelijk of de hoofdbehandelaar de overdracht naar de huisarts (met betrekking tot decubitus) regelt. In de interviews en enquêtes is ook aan patiënten gevraagd naar hun ervaring met de samenwerking tussen verschillende zorgverleners. Zij geven aan dat verschillende zorgverleners hun eenduidige informatie geven over hun wond (gemiddelde 4,5/6). Daarnaast hebben patiënten het gevoel dat de thuiszorg goed op de hoogte is van het bestaan van hun wond en goed weten hoe ze

de wond moeten behandelen (gemiddelde 4,9/6). De vraag met betrekking tot het op de hoogte zijn van de wond door de huisarts scoort van alle enquêtevragen het laagste, met een gemiddelde van 4,3/6. Ten slotte hebben patiënten het gevoel dat de zorg over hun wond door verschillende zorgverleners goed op elkaar afgestemd is (gemiddelde 4,6/6).

Wondzorg patiënten zijn over het algemeen tevreden over de termijn waarop ze terecht kunnen bij de zorgverleners van de wondzorg in het academisch centrum. Ze zijn ook tevreden over het combineren van verschillende afspraken in het ziekenhuis. Voor deze businesscase is daarnaast de toegangstijd van de wondspecialisten vergeleken met die van de medisch specialist. De gemiddelde toegangstijd van de drie wondspecialisten wondzorg gedurende de meetperiode is **5,0 dagen**. De gemiddelde toegangstijd van de superviserende plastisch chirurg is **16,9 dagen**. De gemiddelde toegangstijd van alle medisch specialisten op de polikliniek Plastische Chirurgie en op de polikliniek Heelkunde is respectievelijk 14,3 en 25,7 dagen. Hieruit blijkt dat de wondspecialisten beter fysiek bereikbaar zijn dan de medisch specialisten. De meeste patiënten zijn redelijk tevreden over de telefonische bereikbaarheid en de reactiesnelheid op e-mails van de zorgverleners (gemiddelde 4,8/6 resp. 4,6/6). Patiënten geven aan het gevoel te hebben alle informatie te ontvangen die wenselijk is. Die informatie wordt op een begrijpelijke manier uitgelegd. Als laatste geeft de patiënt aan dat ook nagegaan wordt of hij/zij alles begrepen heeft m.b.t. de wond. Patiënten hebben daarnaast het gevoel dat er een zorgverlener in het academisch centrum is die de regie houdt over de behandeling van hun wond (gemiddelde 4,7/6).

Ook zijn de financiële effecten in kaart gebracht. Deze resultaten komen voort uit de interviews en formatie-, rooster- en kostprijsgegevens. Voor de kosten en opbrengsten is inzichtelijk gemaakt welk deel van de taken van de wondspecialisten zijn herschikt, gedelegeerd of additioneel zijn toegevoegd. Hieruit blijkt dat er bij wondzorg een grote mate van herschikking **(gemiddeld 34%)** en additionele taken **(gemiddeld 36%)** is. Er is geen sprake van taakdelegatie, waaruit blijkt dat de medisch specialist niet structureel betrokken is bij de activiteiten van het wondzorgteam. Daarnaast is er sprake van 29% overige taken. Op het gebied van registratie is geconstateerd dat er sprake is van ***'onderregistratie'***. Dat wil zeggen dat veel verrichtingen niet worden geregistreerd of via de bestaande systemen niet zichtbaar zijn. Een vergelijking tussen de opgave van de wondspecialist, een driemaandse turflijst en de registratiesystemen wees een grote discrepantie uit.

Volgens de kostprijssystematiek wordt 16% van de Chirurgiekosten toegewezen aan wondzorgverrichtingen. Bij Inwendige geneeskunde is dit 6% en bij Plastische chirurgie 14%. De overige kosten zijn toe te wijzen aan de kliniek, operatieve verrichtingen, lab en diagnostiek. De kosten die zijn toegewezen aan enkel de wondzorgverrichtingen, worden voornamelijk veroorzaakt door het wondtoilet (42%) en consulten (32%).

Bij wondzorg is de integrale zorg van belang. Zowel intern als extern dient aandacht besteed te worden aan de wond, waarbij het grootste deel plaatsvindt in de thuissituatie. Voor de kosten en opbrengsten is daarom ook de omzet van medisch specialistische verpleging in de thuiszorg (MSVT) meegenomen. Basis zijn de opgestelde contracten door de afdelingen waarin de opdracht, het aantal uur en aard van zorg te verlenen in de thuissituatie staan omschreven. In 9 maanden van 2014 zijn er in totaal 66.646 uur aan wondzorg gerelateerde opdrachten aan de thuiszorg verstrekt. De initiële opdrachten betreffen ruim 60,1% van de uren, de 1e verlengingen 30,4% en de 2e verlenging 0,1%. Uiteraard betreft dit de opdracht en niet de feitelijke realisatie. Er zijn namelijk ook 'carte blanches' waarbij de aanvragers een niet nader omschreven aantal uren hebben opgegeven (zoveel wondzorg als nodig). Dit kan essentiële hulp zijn, maar kon niet op inhoud beoordeeld worden. Wat betreft de aard van de wondverzorging bestaat het grootste deel uit 'wondverzorging' (56%). Op de tweede plaats staat het aanleggen van druk- of steunverband (13%).

Vervolgens is ook geïnventariseerd wat het tijdsbeslag aan zorg in de thuissituatie per patiënt is. Heelkundige wondzorg verrichtingen vergen gemiddeld 40-80 uur per patiënt en zijn dus arbeidsintensief. Patiënten die meer dan 201 uur wondverzorging krijgen, zijn langdurig in behandeling bij het wondzorgteam. Patiënten die vanuit Plastische Chirurgie komen, hebben een kortere verzorgingsduur (gemiddeld 40 uur).

Binnen de gehele wondzorgketen worden dus in een periode van 9 maanden 66.646 uur aan wondzorg gerelateerde opdrachten aan de thuiszorg verstrekt. De drie wondspecialisten zijn in deze 9 maanden voor 2.060 uur werkzaam binnen de wondzorg.

Discussie

Wondzorg kent binnen het ziekenhuis een beperkte aandacht. Toch is de impact van de wondzorg op de organisatie en daarbuiten (eerstelijn, thuiszorg) groot. De basis moet een goede registratie van verrichtingen zijn. Vanwege de herkomst en het relatief jong aandachtsgebied lijkt het zo te zijn dat het nog 'in ontwikkeling' is en dat de aandacht hiervoor beperkt is. De rol van de verpleegkundig specialist is in dit geval wel een duidelijke: coördinatie binnen en buiten het ziekenhuis, waarbij expertise op het gebied van wondzorg belangrijk is. De in ontwikkeling zijnde regiefunctie is daarbij een belangrijke factor en het vastleggen van verrichtingen op dit gebied een vereiste om helder in kaart te brengen wat wondzorg doet binnen en buiten het ziekenhuis.

Conclusies en aanbevelingen

Patiënten die behandeld worden door de wondspecialisten in het academisch centrum hebben doorgaans ernstige decubituswonden. Wonden bestaan vaak al langere tijd op het moment dat de patiënt voor het eerst bij de wondspecialist in het academisch centrum komt.

Patiënten zijn over het algemeen zeer tevreden over de wondzorg in het academisch centrum. Voornamelijk de deskundigheid en de aandacht van de wondspecialisten wordt gewaardeerd. De laagste score is op samenwerking en regie tussen eerstelijn en ziekenhuis. Hoewel het de vraag is in welke mate de patiënten het overzicht hadden over hun behandeltraject en alles wat hier omheen speelt, wordt dit ook zo ervaren en herkend door de wondspecialisten zelf.

Wondspecialisten kunnen een belangrijke bijdrage leveren bij het verder organiseren van de overdrachten van en naar de eerstelijn. Er is winst te behalen wanneer duidelijke afspraken gemaakt worden over overdracht naar thuiszorg en huisarts. Het uitwisselen van kwaliteitsinformatie en logistieke informatie is essentieel. Concrete afspraken en het ontwikkelen van een standaard voor informatie-uitwisseling kunnen hierbij helpen.

De toegangstijden van de wondspecialisten op de polikliniek zijn beduidend lager dan die van de (plastisch) chirurgen . Patiënten kunnen sneller terecht op de polikliniek bij een wondspecialist dan bij een medisch specialist. Omdat de spreiding van de toegangstijden groot is, is het aan te bevelen om na te gaan wat een realistische streefwaarde is. Door het vaststellen van een normtijd kan meer sturing plaatsvinden. Hoewel patiënten tevreden zijn over de telefonische bereikbaarheid en de reactiesnelheid op e-mails zou dit meer uniform georganiseerd kunnen worden. Het is aan te raden om dit zodanig te regelen dat tijdens kantoortijden de telefonische en digitale bereikbaarheid te allen tijde wordt gewaarborgd. Om de informatievoorziening voor patiënten daarnaast nog beter te maken zou een algemene pagina over wondzorg op de website van het academisch centrum en één algemene folder over wondzorg wenselijk zijn.

Het gemiddelde taakprofiel van de wondspecialist in het academisch centrum laat zien dat er voornamelijk sprake is van taakherschikking en additionele zorg. Uit de productiecijfers blijkt dat de

registratie van wondzorgverrichtingen niet op orde is. Een ander aspect is dat verbeterde afstemming met de thuiszorg een belangrijke kostenpost (voor de zorgverzekeraar) kan verminderen. Door de wondspecialist meer in de regiefunctie te zetten, kunnen kosten verderop in het zorgtraject vermeden worden.

Concluderend kan gezegd worden dat de inzet van wondspecialisten een toegevoegde waarde in de wondzorg vertegenwoordigt. Vooral de samenwerking en communicatie kunnen echter nog verbeterd worden; intern, richting de eerste lijn en richting de patiënt. Het duurt soms lang voordat complexe wonden binnen komen in het academisch centrum en daarom is de zorglogistieke afstemming een belangrijk aandachtspunt. Een rol die past bij de wondspecialist die de regie binnen de wondzorgketen verder zou moeten voeren en waarbij het accent vooral zou moeten liggen op de eerste lijn. Onder regie kan worden verstaan: casemanagerschap, preventie, scholingen, functioneren als vraagbaak en gestructureerde overdrachten.

4. en 5. Mammacare op twee locaties vergeleken

N.M. (Nicole) Leferink MA

Inleiding / Context

Voor de zorg rondom borstaandoeningen in een recent gefuseerd ziekenhuis zijn drie verpleegkundig specialisten werkzaam. De zorg wordt momenteel geleverd op twee locaties. De intentie is om deze zorg in één centrum op één locatie te gaan leveren. In dat kader is de behoefte ontstaan aan transparantie rondom taakherschikking. Op beide locaties is de afdeling Chirurgie betrokken in het onderzoek. Op één locatie is tevens de afdeling Interne Geneeskunde betrokken.

Doelstellingen

1. Het in kaart brengen van de output op de dimensies van euro, kwaliteit, toegankelijkheid en patiëntervaringen door middel van de methodiek 'de driehoek van taakherschikking';
2. Een gericht advies ten aanzien van de positionering van de verpleegkundig specialisten, middels het objectiveren van de verschillen tussen de beide locaties. Focus ligt op het blootleggen van de verschillen, belemmeringen en best practices.

Methode

Het onderzoek is een praktijkgericht onderzoek. Er zijn gegevens verzameld op het gebied van roosters, personeel, kostprijzen en productie gebaseerd op de ontwikkelde methode 'de driehoek van taakherschikking'. Daarnaast hebben interviews plaatsgevonden met de betrokken verpleegkundig specialisten, medisch specialisten en een manager over inzet, positionering en bijdrage aan kwaliteit, toegankelijkheid en patiëntervaringen. De patiëntervaringen zijn vervolgens verzameld door middel van enquêtes. Tijdens het proces is iteratief gezocht naar validaties, verklaringen voor discrepanties en belemmeringen.

Resultaten

De verpleegkundig specialisten chirurgie werken voornamelijk in het eerste deel van het zorgproces. Het belangrijkste verschil tussen hun werkzaamheden op de locaties is dat de verpleegkundig specialist op locatie zuid ook de follow-up doet bij patiënten die geen nabehandeling krijgen. Voor de interne geneeskunde geldt dat er op locatie zuid een verpleegkundig specialist werkzaam is en op locatie noord niet.

De belangrijkste motivatie voor de inzet van de functionarissen is continuïteit van zorg. Belemmeringen die benoemd zijn, zijn de inzet voor productie, kwetsbaarheid van de persoon en het versmallen van de inzet van de arts-assistent.

Patiëntervaringen rondom de zorg voor borstaandoeningen zijn positief. Ook wordt goed gescoord rondom kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Het werk van de verpleegkundig specialisten heeft hier een positieve invloed op.

In de inzetprofielen is zichtbaar dat sprake is van gemiddeld 31% taakherschikking, 4% delegatie, 14% additioneel en 51% overige taken. De overige taken betreffen bijvoorbeeld het multidisciplinair overleg en administratie. De profielen van de drie verpleegkundig specialisten zijn vergelijkbaar.

Er zijn geen veranderingen doorgevoerd in werkwijze en registratie naar aanleiding van de wetswijzigingen op 1 januari 2015. De verpleegkundig specialisten registreren alle drie verrichtingen (niet op eigen naam). Er is dus geen toename van zichtbaarheid van de inzet van de verpleegkundig specialisten in de registratie. Wat betreft het wel of niet zelfstandig openen van DBC's is variatie zichtbaar tussen de verpleegkundig specialisten. Het F2F-criterium van de medisch specialist wordt

niet toegepast bij chirurgie en wel bij de interne geneeskunde. Op de afdeling Chirurgie gebeurde dit ook niet vóór de wetswijzigingen. De loonkosten van de verpleegkundig specialisten worden volledig betaald door het ziekenhuis. In de verrichtingenregistratie is niet herleidbaar welke verrichtingen zijn uitgevoerd door een verpleegkundig specialist. In de roostergegevens is zichtbaar dat de verpleegkundig specialisten ongeveer de helft van hun formatie-uren besteden aan consulten op de polikliniek.

Discussie

De vergelijking van de locaties is niet volledig mogelijk, doordat de afdeling Interne geneeskunde op één locatie (zonder verpleegkundig specialist) niet is meegenomen in de interviews en er geen enquêtes ontvangen zijn van patiënten op één van de locaties. Tevens konden bepaalde analyses niet uitgevoerd worden, omdat de verrichtingen van de verpleegkundig specialisten niet herleidbaar zijn in de verrichtingenregistratie. Het onderzoek betreft daarnaast een kleine groep verpleegkundig specialisten, wat enerzijds een volledig beeld kan schetsen van het maatwerk en anderzijds mogelijk weinig zegt over taakherschikking in het algemeen.

Conclusie

De verpleegkundig specialisten hebben een spilfunctie in de zorg rondom borstaandoeningen. Hun meerwaarde ligt in de continuïteit van zorg. Patiënten hebben positieve ervaringen rondom de zorg en de inzet van de verpleegkundig specialist en voor kwaliteit en toegankelijkheid wordt voldaan aan de landelijke normen. Er zijn geen specifieke (realisatie)doelstellingen geformuleerd bij de inzet van de functionarissen.

Aanbevelingen

Er wordt aanbevolen om eenduidige productie- en registratieafspraken te maken en daarbij kwaliteit- en doelmatigheidsdoelstellingen vast te leggen en te monitoren. Hiermee kan de inzet en bijdrage van de verpleegkundig specialisten inzichtelijk gemaakt worden en kunnen de zorgprocessen optimaal ingericht worden. Inzicht in hun bijdrage kan tevens leiden tot het heroverwegen van de positionering van de verpleegkundig specialisten (onder ziekenhuis/RvB of onder MSB).

6. De positie en inzet van taakherschikking bij een ziekenhuis, cardiologie en maag-darm- en leverziekten nader onderzocht

Y.P. (Yvonne) van Vugt MSc

Inleiding / Context

Als vervolg op eerder onderzoek naar taakherschikking en kostprijzen is een methode voor transparantie voor taakherschikking ontwikkeld, gericht op ondersteuning van ziekenhuizen. In dit kader is in diverse ziekenhuizen onderzoek gedaan naar de rol en positie van de verpleegkundig specialist (VS) en physician assistant (PA). Als vervolg hierop is bij één specifiek ziekenhuis nader onderzoek op basis van onze methode.

Doelstelling

In samenspraak met de coöperatie zijn de volgende drie doelstellingen geformuleerd voor dit ziekenhuis:

1. Het door middel van de ontwikkelde methodiek 'de driehoek van taakherschikking' in kaart brengen van de output op de dimensies van kostprijs, toegankelijkheid, patiëntervaring en kwaliteit van de VS/PA bij een representatief deel van de afdelingen waar de VS/PA ingezet wordt;
2. Een gericht advies ten aanzien van de toekomstbestendige positionering en inzet van de VS/PA binnen de organisatie en coöperatie;
3. Een advies rondom de bekostigingssystematiek van deze beroepsgroepen binnen de bestaande kostprijssystematiek of verdeelmodel van het ziekenhuis.

Methode

Het betreft een praktijkgericht onderzoek waarbij getracht is zoveel mogelijk aan te sluiten op bestaande data. Er is gekozen voor een ziekenhuisbrede benadering voor de productie, inzet en de positie en rol van de VS en PA. Er zijn interviews gehouden met vijf VS'en, vijf PA's, tien medisch specialisten en acht functioneel leidinggevenden. De selectie hiervan is gebaseerd op een willekeurige steekproef bij negen verschillende specialismen. Zeven aanvullende gesprekken rondom positionering en bekostiging zijn gevoerd met leden van de coöperatie en andere betrokken functionarissen in het ziekenhuis. Voor de onderdelen kwaliteit, toegankelijkheid en patiënttevredenheid zijn indicatoren vastgesteld op de afdelingen Cardiologie (hartfalen) en MDL.

Resultaten

In het ziekenhuis zijn beduidend meer VS'en (n=34) werkzaam dan PA's (n=12). Vrijwel alle functionarissen die geïnterviewd zijn, worden ingezet voor poliklinische werkzaamheden. De motivatie om een VS in te zetten is voornamelijk gericht op kwaliteit, patiëntgerelateerde werkzaamheden en op lastenverlichting voor de medisch specialist. Daarnaast is de integrale en holistische benadering van de patiënt belangrijk. De motivatie voor inzet van een PA zit meer in continuïteit van zorg, lastenverlichting van de medisch specialist en de medische invalshoek bij de uitvoering van taken die bij de PA meer aanwezig verondersteld wordt.

Van alle functionarissen ervaart 30% geen belemmeringen bij taakherschikking. Belemmeringen die wel genoemd worden, zijn: onduidelijke afbakening van het taakgebied en profilering van het beroep. Daarnaast wordt de visie van een landelijke beroepsvereniging van medisch specialisten genoemd die de inzet van een PA/VS niet ondersteunt.

Vrijwel alle VS'en en PA's registreren hun verrichtingen en doen dat op eigen naam. Het zelfstandig openen van DBC's wordt door één functionaris gedaan, op naam van de medisch specialist. De data

laten zien dat het totaal aantal consulten dat wordt uitgevoerd door medisch specialisten, VS'en en PA's in 2015 met 17% is gestegen ten opzichte van 2014. Het aandeel herhaalconsulten, uitgevoerd door de VS is in toegenomen van 2% in 2014 naar 9% in 2015. De productie van de PA is vrijwel niet zichtbaar in de registratie.

Als het gaat om het verdeelmodel, wordt op dit moment in de vergelijking met de normpraktijk niet expliciet inzichtelijk hoeveel PA's en VS'en gemiddeld meegenomen worden. Doordat de wijze waarop de PA/VS is meegenomen in de verdeling van honoraria van medisch specialisten onbekend is, kan dit leiden tot terughoudendheid bij de inzet van de PA/VS en het zelfstandig laten openen van DBC's.

Voor zowel de PA als VS zijn generieke functiebeschrijvingen beschikbaar. Beide groepen zijn ingeschaald in dezelfde salarisschaal. Voor de VS is daarnaast een notitie opgesteld met daarin een kader voor de inzet, eisen aan de organisatie en aan de VS, een juridisch kader en arbeidsvoorwaarden. Voor de PA is een dergelijke notitie niet beschikbaar.

De inzet en werkzaamheden van de PA en VS variëren sterk per individu. Gemiddeld doet een PA 37% herschikking en 4% additionele zorg. Bij de VS is dit 16% herschikking en 31% additionele zorg. Meer dan 50% zijn overige taken die niet vervat kunnen worden in CBV verrichtingen. Ook hier zijn sterke variaties. Er zijn geen ziekenhuisbrede afspraken over inzet en vergoedingen en decentrale afspraken variëren sterk. Over het algemeen worden de salarislasten van VS'en voornamelijk betaald door het ziekenhuis, bij PA's gebeurt dit voornamelijk door de medisch specialisten of de coöperatie.

Op twee afdelingen zijn alle dimensies van kostprijs, toegankelijkheid, patiëntervaring en kwaliteit in kaart gebracht: bij de VS'en Hartfalen en de PA's/zaalartsen MDL. Bij hartfalen is geconstateerd dat de patiëntervaringen goed zijn; met name de persoonlijke benadering, laagdrempelig contact en duidelijke uitleg van de VS worden gewaardeerd. Daarnaast fungeert de snelle bereikbaarheid van de VS als een goed vangnet voor de patiënt. Wat betreft kwaliteit is het voorschrijven van medicatie onderzocht. Op de hartfalenpoli waar de VS werkzaam is, is bij 92% van de patiënten de aanbevolen medicatie voorgeschreven. Bij patiënten die nooit op de hartfalenpoli zijn geweest is die 81%. Bij afdeling MDL is geconstateerd dat er een hoge patiënttevredenheid is met de PA als zaalarts. Deze wijkt niet veel af van die van de arts-assistent. Ten aanzien van kwaliteit zijn er bij de PA minder ongeplande transfers naar de IC, minder infecties en lagere pijnscores. Ten slotte zijn de kosten voor diagnostisch- en functieonderzoek, laboratoriumonderzoek, bloedproducten en consultatie van andere medisch specialismen en ondersteunende diensten bij de PA beduidend lager dan bij de AIOS (56%).

Discussie

Op basis van een zeer beperkte aanlevering van data hebben we geen volledige analyse kunnen verrichten en hebben we een aantal validaties niet kunnen uitvoeren. De data die wel zijn aangeleverd en de gesprekken die zijn gevoerd betreffen maar een beperkt aandeel van het gehele ziekenhuis. We hebben geen zicht op het beslag van de inzet van de VS en de PA op de totale productie en we kunnen geen uitspraak doen over de mate waarin zij een rol spelen in de gehele organisatie. Willen we het resultaat van de taakherschikking transparant maken, is het wel belangrijk om dit inzichtelijk te krijgen.

Kwaliteit van zorg is een teameffect. De uitkomsten zoals bij MDL op pijn en infecties is moeilijk toe te wijzen aan het werk van de PA danwel arts-assistent. Het betreft hier altijd een inspanning door het gehele team waarmee rekening gehouden dient te worden bij de interpretatie van de uitkomsten. Daarnaast is maar één PA en één AIOS onderzocht waarmee het een persoonsafhankelijk karakter zou kunnen hebben.

Conclusie

Formeel is er beperkt vastgesteld en geïmplementeerd beleid voor de PA en VS, bijvoorbeeld rondom de aanname, positionering, financiering, jaargesprekken en bijscholing. De afspraken die er zijn, zijn vaak verouderd of niet bij iedereen bekend. Afspraken tussen afdelingen en coöperatie over de interne financiële verdeling lopen sterk uiteen waarbij er voor medisch specialisten een financiële prikkel is ontstaan tot het aannemen van een VS. Er ligt in het ziekenhuis dan ook een nadruk op de VS. In de registratie is de VS beter zichtbaar dan de PA. Ten aanzien van het verdeelmodel kan geconcludeerd worden dat de effecten van de VS/PA in het honorarium slechts beperkt zijn. Het zou volgens ons geen belemmering moeten vormen voor het verder vormgeven van taakherschikking.

Op de aspecten van de driehoek; patiëntervaringen, kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid, zien we dat op alle assen overwegingen zijn om een VS of PA in te zetten. Uit dit onderzoek blijkt ook een meerwaarde op een aantal onderdelen van deze driehoek. Opvallend is dat echter voor de aanname van een VS of PA geen business case wordt gemaakt. Ook het meten en evalueren op deze assen wordt in het ziekenhuis in beperkte mate gedaan.

Aanbevelingen

Het maken van beleidsafspraken tussen coöperatie en ziekenhuis over de inzet van de VS en PA strekt tot de aanbeveling. Hierbij zou rekening gehouden moeten worden met alle dimensies van kwaliteit, toegankelijkheid, patiëntervaring en kosten, met daaromheen randvoorwaardelijke zaken als HR, scholing en financiën. Dit zou de transparantie verder bevorderen. Het positioneren van de PA/VS onder de coöperatie zou hierbij een meer integrale afweging bij de inzet stimuleren, waar bij de keuze voor een PA of VS de inhoud zou moeten prevaleren. Daarnaast is onze aanbeveling om in het Logex-verdeelmodel bij de vaststelling van de normpraktijken zichtbaar te maken in welke mate PA/VS bijdragen in de productie om daarmee lokaal ook goede vergelijkingen te kunnen maken.

Daarnaast zou taakherschikking beter inzichtelijk gemaakt moeten worden door het stellen van doelen, meten en evalueren van kwaliteit, toegankelijkheid, patiëntervaringen en kosten/opbrengsten, om op basis daarvan te komen tot een optimale inzet.

7. De positie van de VS/PA in een klein ziekenhuis

N.M. (Nicole) Leferink MA

Inleiding / Context

In een algemeen ziekenhuis in Midden-Nederland zijn 6 physician assistants (PA) en 9 verpleegkundig specialisten (VS) werkzaam. Daarnaast werden ten tijde van dit onderzoek 6 medewerkers voor deze beroepen opgeleid bij verschillende specialismen. Rondom de inzet van deze beroepsgroepen is de behoefte ontstaan om vanuit een integraal perspectief volgens de ontwikkelde methode 'de driehoek van taakherschikking' tot een verbeterde inzet en transparantie te komen.

Doelstellingen

1. Het door middel van de ontwikkelde methodiek 'de driehoek van taakherschikking in kaart brengen van de output, op de dimensies kostprijs, toegankelijkheid, patiëntervaring en kwaliteit van de VS/PA op twee afdelingen'[38];
2. Een gericht advies ten aanzien van de positionering en inzet van de verpleegkundig specialisten en physician assistants binnen de organisatie en de coöperatie;
3. Een advies rondom de bekostigingssystematiek van deze beroepsgroepen binnen de bestaande kostprijssystematiek of verdeelmodel van het ziekenhuis.

Methode

Het onderzoek is niet wetenschappelijk, het betreft een praktijkgericht onderzoek. Er hebben interviews plaatsgevonden over inzet, bekostiging en positionering met verpleegkundig specialisten, physician assistants, medisch specialisten en managers. Daarnaast heeft dataverzameling plaatsgevonden door middel van gegevensopvraag rondom DBC's, verrichtingen, roosters, kostprijzen en personeel. Op afdelingsniveau hebben bij Cardiologie en Longgeneeskunde bijeenkomsten plaatsgevonden over kwaliteit, toegankelijkheid en patiënttevredenheid. Patiëntervaringen zijn verzameld door middel van enquêtes.

Resultaten

Er is een stijging in formatie (MS, PA, VS) zichtbaar in de periode 2009 t/m 2015. Inzet van de VS/PA is vaak organisch ontstaan. Er is weinig aandacht voor beleid rondom jaargesprekken en bijscholing. Er zijn 7 PA's/VS-en werkzaam op de polikliniek, de andere 6 PA's/VS-en zijn werkzaam op zowel kliniek als polikliniek. Bijna alle (11 van de 13) functionarissen registreren verrichtingen. 8 van de 13 functionarissen openen ook DBC's, al is dat op naam van de medisch specialist. Het face to face criterium wordt in bepaalde mate nog toegepast. Het beleid rondom de betaling van de functionarissen is bij de PA 50%/50% en bij de VS 100% door het ziekenhuis. In de praktijk blijken verschillende afspraken te gelden.

De motivatie voor de inzet van de VS is voornamelijk de bijdrage aan kwaliteit en patiënttevredenheid. Bij de PA is dat het overnemen van productie en continuïteit van zorg. Belemmeringen die bij de inzet van beide functionarissen gelden zijn dat de zorgzwaarte van de casemix van de medisch specialist toeneemt, de kwetsbaarheid van de PA/VS, dat de invulling van de functie persoonsafhankelijk is, de financiering van de medisch specialistische zorg, het uitvoeren van oneigenlijke taken door PA/VS en het onduidelijke onderscheid tussen PA, VS en andere functionarissen.

Ongeveer de helft van de taken van de PA/VS is zichtbaar in de verrichtingenregistratie. De PA voert meer herschikte taken uit dan de VS. De VS levert meer additionele zorg dan de PA. Bij de overige

[38] Voor een uitwerking hiervan zie bijlage 2: 'de driehoek van taakherschikking'

taken (taken die niet zichtbaar zijn in de verrichtingenregistratie) is een soortgelijk gemiddelde zichtbaar. Er is veel variatie in inzetprofiel tussen individuen.

Op de aspecten van de driehoek is dieper ingegaan op de meerwaarde van de PA bij longgeneeskunde. Voor kwaliteit geldt dat de PA meer tijd heeft per patiënt, hoog volume van dezelfde patiëntencategorie behandelt en multidisciplinair protocollen en zorgpaden ontwikkelt en implementeert. Wat betreft toegankelijkheid van zorg heeft de PA een flexibel rooster wat de toegankelijkheid van zorg ten goede komt. Voor twee aandoeningen is onderzocht dat de PA respectievelijk 14% en 10% van de patiënten volledig zelfstandig ziet. De PA ziet deze patiënten gemiddeld minder vaak dan een medisch specialist, onder andere door sneldiagnostiek. De patiënttevredenheid is over het algemeen hoog.

Op de afdeling Cardiologie is ingezoomd op twee verpleegkundig specialisten. De kwaliteit van de zorg wordt positief beïnvloed door de VS-en op het gebied van therapietrouw bij medicatie, overzichtelijk en volgens de richtlijnen documenteren van patiëntgegevens in het dossier, projecten voor kwaliteitsverbetering en het verzorgen van scholingen. Qua toegankelijkheid zijn de verpleegkundig specialisten laagdrempelig en snel telefonisch bereikbaar en is er verbeterde informatievoorziening, zowel voor de patiënt zelf als voor de familie. De verpleegkundig specialisten worden ingezet op een beperkt aantal patiëntencategorieën. Bij een bepaalde aandoening is de VS bij 25% van de patiënten betrokken, waarbij de consulten van de VS additioneel zijn naast de consulten van de MS. De ervaringen van patiënten met de verpleegkundig specialisten zijn over het algemeen positief.

Discussie, conclusie en aanbevelingen

Er is gevoeligheid met betrekking tot de verschillen tussen de PA en VS in het ziekenhuis. Dit heeft voornamelijk betrekking op het onderscheid tussen het medische en verpleegkundige domein. Er zijn daarnaast weinig gegevens beschikbaar en gemeten met betrekking tot kwaliteit, toegankelijkheid en patiëntervaringen. Deze gegevens zijn voornamelijk verzameld door middel van gesprekken en zeggen niks over uitkomsten van zorg.

De inzet van VS/PA is vaak organisch ontstaan, veelal vanuit de wens van een medewerker om de opleiding te volgen. Er is in de organisatie beperkt een vastgestelde en geïmplementeerd beleid, specifiek voor de PA/VS, bijvoorbeeld rondom positionering, financiering, jaargesprekken en bijscholing. Het ziekenhuis onderneemt wel stappen om transparantie rondom de inzet te ontwikkelen, maar dat is nog niet volledig congruent toegepast.

Er wordt aanbevolen om eenduidig beleid te maken en te implementeren rondom taakherschikking. Hiervoor kunnen de dimensies van de ‘driehoek van taakherschikking’ gebruikt worden, bijvoorbeeld voor het formuleren en meten van doelstellingen. Daarmee wordt transparantie verder bevorderd. De inzet en bekostigingssystematiek van de PA/VS moet onderdeel van gesprek worden tussen coöperatie en Raad van Bestuur. Als laatste wordt aan de VS-en en PA’s aangeraden, vanwege het kleine aantal, zich gezamenlijk te verenigen binnen het ziekenhuis om te zorgen voor gelijkheid, cohesie en elkaar willen aanvullen.

Bijlage 4: Samenvattende tabel uitkomsten businesscases

Categorie	*1 en 2 (NOK)*	3 (WONDZORG)	4 en 5 (MAMMA)	6 (Ziekenhuis regio Arnhem/Nijmegen)	7 (Ziekenhuis Oost-Nederland)
1. Algemeen					
Beroepsbeoefenaren	VS	VS	VS	VS en PA	VS en PA
Motivatie inzet	Toegankelijkheid patiënt	Ontlasten medisch specialist	Continuïteit van zorg	Motivatie inzet VS: Kwaliteit en patiënttevredenheid	Motivatie inzet VS: Bijdrage kwaliteit en patiënttevredenheid
	Continuïteit	Continuïteit en aandacht voor complexe wondzorg: regie op wondzorg versterken	VS heeft spilfunctie in het zorgproces	Motivatie inzet PA: continuïteit van zorg en medische invalshoek	Motivatie inzet PA: Overnemen productie en continuïteit
	Kwaliteit van zorg/zorgproces	Kwaliteit van complexe wondzorg		Beiden: lastenverlichting MS en persoonlijke ambitie (VS en PA)	
Belemmeringen	Beperkt genoemd	Registratie en zichtbaarheid van Wondzorg VS beperkt	Belemmering als VS ingezet wordt voor productie (dat is niet de doelstelling)	30% van zowel VS/PA als MS als manager ervaren geen belemmeringen	Succes functie is persoonsafhankelijk
				Wel genoemde belemmering: onduidelijkheid in afbakening taakgebied en profilering beroep.	Grenzen aan taakherschikking: de casemix van MS veranderd waardoor minder tijd voor complexe pts
	VS: Het interview met de 2 PA komen later en daar zijn de resultaten dan ook niet op gebaseerd		Kwetsbaarheid van de persoon (één persoon op één functie)	Daarnaast: regelgeving (of het onbekend zijn / niet optimaal gebruik maken van de regelgeving)	Uitvoeren van oneigenlijke taken
			Inzet VS leidde tot versmallen inzet arts-assistent in opleiding	DBC's geopend door MS tellen alleen mee in het verdeelmodel, maar hebben beperkt invloed	Onderscheid tussen VS/PA en andere zorgprofessionals is onduidelijk
Overige	VS hebben jaargesprekken met Manager / Medisch specialist	VS hebben jaargesprekken met Manager / Medisch specialist			Weinig aandacht voor jaargesprekken en bijscholing, specifiek voor VS/PA
	één locatie is 2,3 keer zo groot (obv fte MS, AIO, VS)	Er worden voornamelijk complexe wondzorg patienten behandeld		Meer VS (n=34) dan PA (n=12) werkzaam	Financiering van medisch specialist (angst voor effecten taakherschikking op opbrengsten)
	en heeft in 2015 ook relatief meer VS-en in dienst (1: 24% VS; 2: 28% VS).	Samenwerking en communicatie tussen thuiszorg, eerstelijn en ziekenhuis kan verbeterd worden door VS in regierol te zetten	VS/PA zijn centraal ondergebracht en salarislasten onder het ziekenhuis.	Geen financiele afspraak vergoeding (RvB-Coop), enkel op afdelingsniveau. Decentrale afspraken varieren sterk.	Geen vastgesteld financiële afspraak RVB-MSB rondom vergoeding (afdelingsniveau wel)
	Invasieve ingrepen worden niet uitgevoerd door VS in beide ziekenhuizen (niet cfm handreiking beroepsgroep)	Er zijn geen specifieke financiële afspraken rondom inzet VS gemaakt tussen afdelingen	Hogere inzet VS leidt tot betere zorgprocessen	Weinig formeel vastgesteld beleid ten aanzien van positionering VS en PA. Er zou vastgelegd zijn dat VS/PA geen dbc's mogen openen, maar is niet bij iedereen bekend.	
	De VS wordt in beide ziekenhuizen ook ingezet op de poli en kliniek.		Weinig verschil van inzet van VS chirurgie op beide locaties	en juridisch kader vastgelegd (in afstemming met HR). Voor PA's is dat er niet.	Inzet VS/PA ontstaat meestal vanuit individuele wens medewerker
	Rol, positie en taken van de VS helder zijn en ingebed			VS'en : sterk gepositioneerd in VS groep. Organiseren scholing, op gezette tijden overleg met cooperatie en zorgmanager. Hebben tevens beleidsplan. PA's hebben zich verenigd in PAR maar zijn veel kleiner en hebben zich minder sterk gepositioneerd in huis; minder actief.	
	beide organisaties				
	Aandachtspunt is de verschillende individuele competenties van de VS en de inzet daarbij.			VS en PA kennen generieke functieprofielen	Motivatie inzet kwaliteit, patiënttevredenheid, productie en continuïteit
Kern		Er zijn beperkt financiële afspraken rondom inzet VS gemaakt	**Centraal georganiseerde VS/PA: kosten worden centraal gedragen**	**Kwaliteit en continuïteit van zorg als motivatie alsmede**	**Belemmeringen: Casemix MS verandert; kwetsbaarheid functie PA/VS,**
	Toegankelijkheid en continuïteit als motivatie	Kwaliteit, Continuïteit van zorg en aandacht complexe wondzorg als motivatie voor inzet	**Continuïteit van zorg en kwaliteit van zorg als motivatie voor inzet**	**Integrale benadering van patiënten en lastenverlichting MS (VS en PA)**	**financiering medisch specislist en onderscheid tussen zorgprofessionals patiënt**
	Heldere rol en taak binnen afdeling/specialisme (goed georganiseerde positie)	Registratie en zichtbaarheid VS wondzorg als belemmering	**Kwetsbaarheid vanwege beperkte groep en effecten op AA als belemmering**	**Onduidelijkheid in afbakening taakgebied en profilering beroep als belemmering**	**Grens herschikking van taken, onduidelijkheid onderscheid tussen PA/VS en**
		Regierol VS kan positief bijdragen aan beperking van MSVT opdrachten	**Hogere inzet VS leidt tot betere zorgprocessen**	**Onbekendheid met regelgeving /niet optimaal gebruik regelgeven als belemmering**	**Weinig aandacht voor jaargesprekken en bijscholing, specifiek voor VS/PA**

Categorie 2. Euro	1en 2 (MDW)	3 (WONDZORG)	4 en 5 (MAMMA)	6 (Ziekenhuis regio Arnhem/Nijmegen)	7 (Ziekenhuis Oost-Nederland)
Profiel/inzetpatroon	Taken betreffen met name consulten en zaalartsfunctie, daarnaast kwaliteit en organisatietaken	Taken betreffen met name wondzorg, coördinatie wondzorgtraject en afstemming	De VS chirurgie op locatie zuid doet de follow-up consulten bij pt, op locatie noord niet	Grote variatie in inzetprofielen (individu afhankelijk), taken zijn poliklinisch van aard	PA neem meer taken zichtbaar over (herschikking) dan VS. VS meer additionele zorg dan PA.
	Schrijven zelfstandig medicatie voor		Taken betreffen consulten (follow up) en coordinatietaken	37% herschikking, VS: 16%), VS meer additionele zorg (PA: 4% additioneel, VS: 31%)	Grote variatie in inzet en verdeling herschikking, delegatie en additioneel
	Herschikking is gemiddeld 19% op basis van het verrichtingen inzet profiel. Overige taken is voor loc1: 64% : Hiervan herschikking: 75%. Overige taken voor loc2: 74% Hiervan herschikking: 56%.	VS schrijven zelfstandig medicatie voor Herschikking is gemiddeld 34%	Alle 3 de VS-en schrijven zelfstandig medicatie voor Herschikking is gemiddeld 31%	PA/VS schrijven zelfstandig medicatie voor Herschikking is gemiddeld 37% PA / 16% VS	11 van de 13 VS-en/PA's schrijven zelfstandig medicatie voor (2 VS-en niet)
Registratie van verrich	Consulten worden gedeeltelijk op naam geregistreerd (2015)				
	De registratie van consulten van 1 locatie is niet volledig, omdat de consulten in het themaspreekuur op naam van de MS worden geregistreerd en gezamenlijk uitgevoerd worden	Consulten worden gedeeltelijk op naam geregistreerd (2015)	Geen wijzigingen in registratie VS in 2015: consulten worden niet op naam geregistreerd	Zorgactiviteiten/verrichtingen worden op eigen naam geregistreerd	Registratie van verrichtingen is op eigen naam (50% is zichtbaar in verrichtingenregistratie)
	Tijd consult is langer dan een medisch specialist (10 minuten)	andere verrichtingen worden niet op naam geregistreerd.	Niet zichtbaar in registratie wat VS in productie doen (in roostergegevens is 50% wel zichtbaar)	Totale productie (MS + VS + PA / HC + NC) is in 2015 met 17% gestegen t.o.v. 2014 Productie NC/HC consulten MS+VS+PA is toegenomen in 2015 (NC: 18%/HC: 13%) tov 2014	F2F-contact bestaat nog (beperkt) en is nog niet 'uitgeregeld'
	VS openen zelfstandig DBC-Zorgproducten op naam geregistreerd			Bij 6 specm: PA registreren bijna geen verrichtingen, VS doen consulten die wel zichtbaar zijn.	
		VS opent zelfstandig DBC's	VS'sen openen geen DBC-Zorgproducten die op eigen naam geregistreerd worden	VS/PA openen geen DBC-Zorgproducten. 1 PA doet dat op naam van MS.	VS /PA openen zelfstandig DBC-ZP maar niet op naam
Productie / kostprijs	Bij beide ziekenhuizen is de VS vooral betrokken bij de DBC diagnoses Arthrosis knie en Arthrosis bekken|heup|bovenbeen		Fusieactiviteiten en instroom hebben invloed op productie	Ten opzichte vd totale productie (6 spcm) zien 7% stijging in herhaalconsulten VS (van 2% naar 7% als aandeel van het totaal), en 7% daling bij MS (van 98% naar 91%).	CARDIO: beperkt aantal patiëntencategoriën. Bij 7% van de patiënten is een VS betrokken. Voor atriumfibrilleren is dat 25%. Consulten VS zijn daar additioneel aan consulten MS, mogelijk zijn dit
	Kostprijssystematiek is niet aangepast op beide locaties	Kostprijssystematiek is niet aangepast	Kostprijssystematiek is niet aangepast		
effectiviteit/doelmatigh	Het gemiddeld aantal consulten per patient is bij beide ziekenhuizen in dezelfde orde van grootte. Het aandeel van de VS voor de consulten is moeilijk te vergelijken tussen beide ziekenhuizen ivm onvolledige registratie voor de VS bij 1 locatie. Als we onze baseren op de registratie is zowel bij locatie 1 als 2 het gemiddeld aantal consulten per patient voor patiënten die alleen door de VS gezien worden lager dan voor patiënten die alleen door de MS gezien worden. Hierdoor wordt het proces door de komst van de VS doelmatiger en effectiever.	Verpleging in de thuissituatie is een grote kostenpost en hier kan de VS een sterke invloed op uitoefenen in regierol	Geen gegevens over verschil in begeleiding tussen Consulten VS en consulten MS	Consulten VS worden zonder begeleiding uitgevoerd	Geen gegevens over de begeleiding van Consulten VS en of er verschil is met MS
	In OLVG worden er 1,6 meer unieke patiënten behandeld dan in het CWZ. Dit is minder dan de verhouding aan fte. Locatie 2 heeft in verhouding meer VS-en in dienst, maar behandelt in verhouding minder unieke patienten.	Consulten VS worden zonder begeleiding uitgevoerd, die van de MS met Zorghulp; Wondspreekuur (VS) is altijd samen met doktersassistent.		Kosten Labonderzoek MDL zijn fors lager bij PA (123+/- 145 vs 261 +- 392 euro). Verschil in de totale kosten (diagn en functieonderzoek, labonderzoek, bloedproducten, consultatie andere specialismen/diensten) is 444 euro voor PA en 691 euro voor AIOS.	LONG: PA ziet voor 2 aandoeningen 14% en 10% van de patiënten volledig zelfstandig. Als PA zelfstandig nieuwe en controle consulten doet, ziet de PA deze patiënten gemiddeld minder vaak dan een MS, o.a. door sneldiagnostiek.
	Consulten locatie 1 MS : MS wordt ondersteund door een doktersassistent/poliassistent. VS heeft geen ondersteuning.				

Categorie	1en 2 (NOV)	3 (WONDZORG)	4 en 5 (MAMMA)	6 (Ziekenhuis regio Arnhem/Nijmegen)	7 (Ziekenhuis Oost-Nederland)
Overige constateringen					
Kern		16% van de kosten chirurgie wordt toegewezen aan wondzorg		Normpraktijk Logex moeten ook gegevens over de inzet van PA/VS bevatten	Toename in formatie MS/VS/PA 2009-2015
				DBC's geopend door MS tellen alleen mee in het verdeelmodel, maar hebben beperkt invloed	
					Toename in formatie MS en PA/VS
					Verrichtingen worden op naam geregistreerd, maar dat geldt slechts voor 50%
	Registratie van consulten op naam is verbeterd in 2015, locatie 1 7% van consulten staat op naam van VS. Locatie 2: 4% van consulten staat op	**Herschikking van taken is fors: zelfstandige uitvoering van taken**		**Registratiegraad is toegenomen in 2015 (17%) maar is nog niet volledig**	**F2F-contact bestaat nog (beperkt) en is nog niet 'uitgeregeld'**
	Registratie op naam is nog niet volledig	**Onderregistratie: verrichtingen wordt niet of slechts beperkt vastgelegd op naam**	**Zichtbaarheid van verrichtingen op naam is beperkt (geen verbetering in 2015)**	**Op aandeel van het totaal: specialist ziet minder patiënten (herhaalconsulten) en de VS meer**	**DBC's die zelfstandig uitgevoerd worden, worden niet op naam geregistreerd**
	Aandeel VS heeft niet gezorgd voor productiestijging of stijging zorgvraag	**Regierol VS kan positief bijdragen aan beperking van MSVT opdrachten**	**DBC's zorgproducten worden niet op naam VS geopend en geregistreerd**	**DBC's worden wel zelfstandig geopend (op naam MS), hoewel dit formeel volgens ziekenhuisafspraak niet zou mogen**	**Als PA nieuwe en controle consulten doet, ziet de PA deze patiënten gemiddeld minder vaak dan MS**
	Proces VS is doelmatiger: Gemiddeld aantal consulten per patiënt door VS gezien is lager dan	**Wondzorg betreft 16% van de totale chirurgische kosten.**	**Geen vastgesteld financiële afspraak RVB-MSB rondom vergoeding (allen in dienst zkh)**	**Kosten (lab)onderzoeken bij zaalarts MDL zijn fors lager bij PA dan bij AIOS**	**(o.a. door sneldiagnostiek)**
		Er worden geen dbc-zorgproducten zelfstandig op naam geopend	**Geen aanpassing kostprijssystematiek**	**Geen vastgesteld financiële afspraak RVB-MSB rondom vergoeding**	**Geen vastgesteld financiële afspraak RVB-MSB rondom vergoeding**

3. Kwaliteit					
Indicator 1	Verpleegduur	# behandeladviezen thuiszorg	% patiënten dat pre-behandeling is besproken in een multidisciplinair team en bij wie een digitaal verslag beschikbaar is	# keer voorgeschreven aanbevolen medicatiehoeveelheid	**Longgeneeskunde (beperkt gegevens beschikbaar)**
Uitkomsten 1	De indicator Verpleegduur heeft betrekking op snel mobiliseren van patiënten, zodat zij sneller uit het ziekenhuis ontslagen worden. bij beide locaties wordt hiervoor de Fast Track methode ingezet, waarbij er door snelle revalidatie minder complicaties optreden. In beide ziekenhuizen is de invoering van deze methode begeleid door de VS-en.	21 van de 22 consulten resulteerde in een schriftelijk behandeladvies Thuiszorg	98,3% / 99,5%, landelijk 97,7%	92% van de patiënten die gezien zijn door VS hebben aanbevolen medicatie voorgeschreven gekregen (groep die nooit gezien zijn door een VS: 81%)	Meer tijd per patiënt, hoog volume van dezelfde patiëntencatgorie, het (multidisciplinair) ontwikkelen en implementeren van protocollen en zorgpaden.
Indicator 2	Post-operatieve wondinfecties		% patiënten dat postoperatief besproken in een multidisciplinair team en bij wie een digitaal verslag beschikbaar is	Opnameduur MDL is korter in vergelijking met AIOS	*Cardiologie*
Uitkomsten 2	In beide ziekenhuizen is het percentage Post-operatieve wondinfecties laag.	Overdrachten tussen Huisarts en derdelijn onduidelijkheid houder/eigenaarschap overdracht naar huisarts	97,8 / 100%, landelijk 98,7%	PA: 6,5 dagen (stdev 3,4) in vergelijking met de aios: 11,8 dagen (stdev 17,7). Mediane opnameduur is 6 dagen bij PA en 7 dagen bij AIOS	Therapietrouw medicatie, overzichtelijk en volgens richtlijnen documenteren in dossier, projecten voor kwaliteitsverbeteringen, aanjagen en signaleren van
Indicator 3		Duur van de wondgenezing	% patiënten met een irradicale resectie (tumorweefsel meer dan focaal aanwezig) bij primair eerste mammasparende operatie voor invasief mammacarcinoom (zonder neo-adjuvante therapie)	Lagere infecties, lagere pijnscores en minder koorts bij MDL patienten in vergelijking met aios	
Uitkomsten 3		Meetperiode van 3 maanden was niet voldoende voor meten van genezing van deze complexe wonden. Wond bestaat vaak al (in vergevorderd stadium) als pt bij wondspecialist komt	3,8% / 3,5%, landelijk 4,5%	Infecties 9% (21% aios), pijnscores > 7 bij 15% (25% aios), koorts 6% (10% bij aios)	
Indicator 4		Complexiteit wondzorg	% patiënten met een irradicale resectie (tumorweefsel meer dan focaal aanwezig) bij eerste mammasparende operatie voor DCIS		
Uitkomsten 4		85% sprake van ernstige decubitus (cat 3-4)	19%/15%, landelijk 18,8%		
Indicator 5			Aanwezigheid tumorweefsel bij borstbesparende operaties		
Uitkomsten 5			Bij borstbesparende operaties scoren beide locaties hoog op de		
Kern	**Daling verpleegduur**	**Aantal behandeladviezen thuiszorg is verbeterd**	afwezigheid van tumorweefsel (3,8% en 3,5% tov landelijk 4,5%)	**Aanbevolen medicatie wordt vaker voorgeschreven als patienten worden gezien**	**Meer tijd per patiënt**
	een laag percentage postoperatieve wondinfecties (norm: onbekend)	**Regiefunctie VS kan reductie in thuiszorgopdrachten opleveren**	**Uitkomstindicatoren geven een positief beeld, binnen landelijke normen**	**Opnameduur MDL is bij PA korter in vergelijking met aios**	**Therapietrouw medicatie verbeterd door inzet PA/VS**
				Lagere infecties en pijnscores bij MDL-patiënten	**ontwikkelingen/problemen als functie voor PA/VS**

4. Toegankelijkheid					
Toegangstijden	Toegangstijden voor de VS worden in beide ziekenhuizen niet apart bijgehouden. Wel is aangegeven dat in beide locaties de toegangstijd voor de VS lager ligt dan voor de orthopeed.	Toegangstijd VS = 5 dagen (gem) versus 16,9/14,3/25,7 voor medisch specialist	Wachttijd tussen diagnose en aanvang chemo </= 5weken (93%/75%) norm=81%	Bellen en vangnet is georganiseerd via VS. Indien nodig kunnen patiënten dezelfde dag nog terecht (o.b.v. patiëntervaringen). De 4 VS'en vangen elkaar op, als er één niet is dan is er altijd een collega VS beschikbaar.	**Longgeneeskunde: PA heeft flexibel rooster wat de toegankelijkheid van niet planbare zorg ten goede komt.**
		Patiënten kunnen gemiddeld 14 dagen eerder terecht bij VS dan bij MS	Wachttijd tussen 1e dag laatste chemokuur en aanvang radiotherapie </= (94%/87%), norm is 83%	Er zijn geen toegangstijden bekend. Vervolgafspraken worden altijd direct na afloop van consult gepland. De VS doet geen eerste consulten.	**Langere consulttijd heeft positieve invloed op informatievoorziening.**
Informatievoorziening		Telefonische bereikbaarheid en reactiesnelheid email is hoog.	Wachttijd tussen operatie en aanvang adj. Chemo </=5 weken (81%/61%) norm is 64%		**Cardiologie:**
			Wachttijd tussen diagnose en 1e operatie </=(98%/94%), norm is 64%	Toegankelijkheid bij PA vs AIOS als zaalarts zijn niet significant verschillend.	**Laagdrempelig en snel telefonisch bereikbaar**
Kern	**Toegangstijd VS is lager dan die van de orthopeed.**	**Toegangstijd is 5 dagen (14 dagen eerder dan MS)**	Wachttijd tussen laatste chir. Ingreep en radiotherapie </= (49%/37%), norm is 87%	**Vergrote toegankelijkheid van zorg**	**Verbeterde informatievoorziening zowel voor de pt als voor familie**
			Wachttijd en Logistieke doorlooptijden is binnen norm	**Toegankelijkheid in termen van bellen en vangnet is vergroot**	**Flexibel rooster PA levert een verbeterde toegankelijkheid op / langere consultduur**
			Doorlooptijd beter op locatie met 2 VS-en dan op locatie met 1 VS		**Laagdrempelige en goede telefonische bereikbaarheid**
5. Patienttevredenheid					
	Score van algemene tevredenheid over de orthopedische zorg en de algemene tevredenheid over de VS is in beide ziekenhuizen goed tot zeer goed. De score van de tevredenheid van de VS ligt op beide locaties iets hoger dan de totale Orthopedische zorg. Voor de specifieke onderdelen Bejegening, Informatievoorziening, Zorgverlening en Samenwerking geven de respondenten aan een ruim voldoende tot goed	Algemene tevredenheid is hoog (8,5/10)	Ruim 484 loc1 en 324 loc2 patiënten zijn bevraagd (CQ index algemeen, niet specifiek over VS)	VS: patiënten zijn overwegend positief over de persoonlijke benadering, duidelijke uitleg en laagdrempelig contact	PA longgeneeskunde wordt gemiddeld met een 8,7/10 gewaardeerd voor: algemene tevredenheid over PA
		Patiënten zijn tevreden over de realisatie van de verwachtingen mbt de genezing	Locatie zuid met 2 VS-en scoort over het algemeen beter dan locatie noord	Uitleg door VS over leefstijl en medicatiegebruik tov uitleg M	VS-en cardiologie gemiddeld met een 9/10. op: algemene tevredenheid over VS
			Locatie zuid scoort hoger dan locatie noord op 'nazorg'. 2 VS-en werken op locatie zuid en locatie noord geen VS		
		wond (4,7 / 6,0)	Enquetes VS op locatie zuid: De algemene tevredenheid over de zorg en de vs: gemiddeld een 9,2/10	Tevredenheid bij zaalarts MDL: ervaringen met PA en AIOS zijn niet significant verschillend. Rapportcijfer algemene tevredenheid bij PA: 8,42. Bij AIOS: 8,35 (schaal: 0-10).	
		Laagste score op 'op de hoogte zijn van de wond door hu			
		Adviezen over voeding en leefstijl worden als fijn en helde	Zorgverlening scoort gem. 4,5/5		
		Hoogste score van alle onderdelen: tevredenheid met zorgvuldigheid en deskundigheid (5,5/6)	Toegankelijkheid 4,3/5,0. De vraag rondom begeleiding VS scoort het hoogst (4,8/5,0)		
			conclusie is dat patiënten zeer tevreden zijn over de zorg rondom borstaandoeningen		
Kern	**algemene tevredenheid is hoog (goed tot zeer goed; loc1: 8,6; loc2: 8,6 (schaal 1-10))**	**Algemene tevredenheid is hoog (8,5/10)**	**Algemene tevredenheid is hoog (9,2/10)**	**Algemene tevredenheid is hoog**	
	Tevredenheid VS is iets hoger dan de totale orthopaedische zorg(Loc1: 8,9; Loc2: 8,4, schaal	**Tevreden over realisatie van verwachtingen genezing wond (4,7/6)**	**Locatie zuid scoort hoger op nazorg, waarbij VS op locatie zuid een rol spelen**	**Tevredenheid over persoonlijke benadering, uitleg en laagdrempeligheid is hoog**	**Algemene tevredenheid over pa is is hoog (8,7/10)**
	Samenwerking tussen beroepsbeoefenaren wordt als goed ervaren door patiënten	**Lage score op 'op de hoogte zijn van wond door huisarts (4,3/6)**	**Toegankelijkheid scoort hoog (4,5/5)**	**VS: meer tijd en uitgebreide uitleg over leefstijladviezen en medicatiegebruik (t.o.v. MS)**	**Algemene tevredenheid VS worden bij cardiologie gemiddeld 9/10 beoordeeld**

Bijlage 5: Samenvattende lijst presentaties

Nr.	Ziekenhuis / organisator	Datum	Tijdstip	Locatie	Doelgroep	Bijlage(n)
1	Min. VWS	25 maart 2014	15:00 – 17:00	Ministerie van VWS lissabonzaal 16.096	MEVA / Economische zaken	0a. Presentatie Scheffer_1 (.pdf) 0b. Presentatie Kouwen_2 (.ppt)
2	Zorgverzekeraars Nederland, Wesly Cyclus 2014	22 mei 2014	13.30-14.30	Zorgverzekeraars Nederland, Sparrenheuvel 16, 3708 JE Zeist	Zorgverzekeraars; zorginkopers en Medisch adviseurs	1. Presentatie (.ppt) 2. programma (.doc)
3	Antonius Ziekenhuis Nieuwegein	1 juli 2014	17.00-18.00	AZN locatie leidsche Rijn, Soestwetering 1, 3543 AZ Utrecht	Medisch specialisten en RvB	3. Presentatie (.ppt)
4	Maxima Medisch Centrum	3 september 2014	15.00-16.30	Maxima Medisch Centrum, Th. Fliednerstraat 1, 5631 BM Eindhoven	Medisch specialisten en verpleegkundig specialisten	4. Presentatie (.ppt)
5	Radboudumc Nijmegen	7 oktober 2014	19:30-19:50	Radboudumc, Aula Radboud Zorgacademie, G. van Swietenlaan 2, 6525 GB Nijmegen	Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants landelijk werkzaam	5. Presentatie (.ppt) 6. Programma (.doc)
6	Mei zakelijke bijeenkomsten	10 oktober 2014	09:20 – 10:00	Van der Valk Hotel, Breukelen	Ziekenhuisbestuurders, stafmedewerkers en medisch specialisten	7. Presentatie (.ppt) 8. Programma (.pdf)
7	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie	30 oktober 2014	14:00 – 14:30	NvvC Papendallaan 3, 6816 VD Arnhem	Cardiologen, Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants	9. Presentatie (.ppt)
8	Hogeschool Arnhem en Nijmegen	10 november 2014	17.45-18.30	Radboudumc, Aula Radboud Zorgacademie, G. van Swietenlaan 2, 6525 GB Nijmegen	Mentoren en Physician Assistants in opleiding	10. Presentatie (.ppt) 11. programma (.doc)

9	CWZ Jubileumsymposium M. Janssen	20 november 2014	16:00 – 17:00	CWZ Weg door Jonkerbos 100, 6532 SZ Nijmegen	PA, VS, Medisch Specialisten en managers	12. Presentatie (.pdf)
10	Landelijke oncologiedagen Verpleegkundig Specialisten	19 november 2014	14.55-15.55	Congrescentrum Reehorst, Bennekomseweg 24, 6717 LM Ede	Verpleegkundig specialisten	13. Presentatie (.ppt) 14. Programma (.doc)
11	Elizabeth Ziekenhuis Tilburg	4 december 2014	16.00-17.00	Elisabeth Ziekenhuis, Hilvarenbeekseweg 60, 5022 GC Tilburg	Verpleegkundig specialisten en Physician Assistants	15. Nog niet beschikbaar
12	Radboud umc	22 december 2014	14:00 – 15:00	Radboudumc, Medische faculteit, hippocrateszaal route 77.	Verpleegkundig Specialisten, Physician assistants, bedrijfsleiders en medisch specialisten	16. Programma (.doc) 17. Presentatie
13	Radboud umc	30 december 2014	09:30 – 10:30	Radboudumc, Medische faculteit, hippocrateszaal route 77.	Verpleegkundig Specialisten, Physician assistants, bedrijfsleiders en medisch specialisten	Idem 16 en 17
14	Radboud umc	7 januari 2015	15:30 – 16:30	Radboudumc, Medische faculteit, Majoor A+B.	Verpleegkundig Specialisten, Physician assistants, bedrijfsleiders en medisch specialisten	Idem 16 en 17
15	Wenkenbach instituut Groningen, diplomering	9 januari 2015	10:00 – 12:00	Hanzeplein 1, 9713 GZ Groningen	Physician assistants, docenten en betrokkenen	18. Presentatie (.ppt)
16	NOV Jaarcongres	6 februari 2015	13:15 – 13:45	MECC Maastricht Forum 100, 6229 GV Maastricht	Verpleegkundig Specialisten, Medisch Specialisten	19. Presentatie (.ppt)
17	Afstudeersymposium PA	20 februari 2015	16:00 – 17:00	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Ruitenberglaan 31, 6826 CC Arnhem	PA's, huisartsen en medisch specialisten	20. Presentatie (.ppt)
18	Management sessie	30 maart 2015	17:00 – 18:30	CWZ Nijmegen, Weg door Jonkerbos 100, 6532 SZ Nijmegen	RVB/MSB-Bestuurders, bedrijfsleiders en medisch managers, Controllers VS/PA	21. Presentatie (.ppt)

19	Nascholing Netwerk VS	24 maart 2015	11:45 – 12:15	UMC Utrecht, Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht	Verpleegkundig Specialisten	22. Presentatie (.ppt)
20	Symposium Reinier van Arkel & JBZ	1 september 2015	18:05 – 18:35	Jeroen Bosch Ziekenhuis, Henri Dunantstraat 1 5223 GZ 's-Hertogenbosch	Verpleegkundig Specialisten	23. Presentatie (.ppt)
21	3rd International congress ANP/NP	5 september 2015	14:55 – 15:20	Städtisches Klinikum München & Akademie des Städtischen Klinikums München Germany	VS – PA	24. Presentatie (.ppt) 25. Programma congress (.pdf)
22	Coöperatie Medisch Specialisten	9 september 2015	17.00 - 18.30	Rijnstate ziekenhuis	Medisch Specialisten	26. Presentatie (.ppt)
23	Federatie Medisch Specialisten	24 september 2015		Domus Medica, Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht	VS/PA/MS	27. Presentatie (.pdf)
24	Oncologiedagen	19 oktober 2015	14:00 – 15:00	Jeroen Bosch Ziekenhuis, Henri Dunantstraat 1 5223 GZ 's-Hertogenbosch	VS/PA/MS	28. Presentatie (.pptx)
25	Strategieplatform	11 november 2015	11:00 – 11:45	Ijsseldelta center, Stadionplein 20, 8025 CP Zwolle	Bestuurders in de zorg	29. Presentatie (.pdf)
26	Studenten MPA	29 juni 2016	9.00 – 12.00	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Ruitenberglaan 31, 6826 CC Arnhem	Studenten MPA	30. Presentatie (.ppt)
27	NKI Amsterdam	18 februari 2016	13:00 – 14:00	Antoni van Leeuwenhoek Amsterdam	VS en Manager(s)	31. Presentatie (.pdf)
28	Verpleegkundig Specialisten Oncologie 4de Voorjaars-Symposium	24 maart 2016	12:15 – 13:00	Landgoed Zonheuvel Amersfoortseweg 98, 3941 EP Doorn, Utrecht	Verpleegkundig specialisten oncologie	32. Programma (.pdf) 33. Presentatie(.pptx)
28	Medische studenten (HAN)	7 maart 2016	14:00 – 16:00	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Ruitenberglaan 31, 6826 CC Arnhem	Medische Studenten	34. Presentatie (.pptx)

30	Medische studenten (HAN)	4 april 2016	14:00 – 16:00	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Ruitenberglaan 31, 6826 CC Arnhem	Medische Studenten	35. Idem bovenstaande
31	Medische studenten (HAN)	9 mei 2016	14:00 – 16:00	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Ruitenberglaan 31, 6826 CC Arnhem	Medische Studenten	36. Idem bovenstaande

Bijlage 6: Specificatie data hermetingsanalyse

Nb. niet alle ziekenhuizen hebben alles compleet kunnen aanleveren, wat geleidt heeft tot een bijgestelde analyse. Dit is de data waarmee de volledige analyse uitgevoerd kan worden.

Data specificaties Algemene analyse 'Hermeting' - Onderzoek Taakherschikking

3-3-2016

DBC en verrichtinggegevens

DBC en verrichtinggegevens zullen we geaggregeerd rapporteren. We hebben hiervoor de volgende gegevens uit tabel 1 nodig.

Tabel 1: DBC's/Verrichtingen geaggregeerd

Naam	Toelichting
DBC Specialisme	Naam van het specialisme incl. AGB code
Jaar	Jaar: 2014 en 2015
Totaal aantal eerste consulten uitgevoerd door MS	Totaal aantal eerste consulten (ZA-code 190060) uitgevoerd door een MS (inclusief arts-assistent) per uitvoerjaar (2014 of 2015) per AGB specialisme
Totaal aantal herhaal consulten MS	Totaal aantal herhaalconsulten (ZA-code 190013) uitgevoerd door een MS (inclusief arts-assistent) per uitvoerjaar (2014 of 2015) per AGB specialisme
Totaal aantal eerste consulten uitgevoerd door VS/PA	Totaal aantal eerste consulten (ZA-code 190060) en de verpleegkundig eerste consulten (code ziekenhuisafhankelijk) uitgevoerd door een PA of VS per uitvoerjaar (2014 of 2015) per AGB specialisme
Totaal aantal herhaal consulten uitgevoerd door VS/PA	Totaal aantal eerste consulten (ZA-code 190013) en de verpleegkundig herhaal consulten (code ziekenhuisafhankelijk) uitgevoerd door een PA of VS per uitvoerjaar (2014 of 2015) per AGB specialisme
Totaal aantal geopende reguliere DBC's	Totaal aantal geopende DBC's met zorgtype 11 per openingsjaar van de DBC (2014, 2015) per AGB specialisme
Totaal aantal verpleegdagen	Totaal aantal verpleegdagen (verrichtingen met zorgprofielklasse 3) per uitvoerjaar (2014 of 2015) per AGB specialisme.
Totaal aantal dagverpleging	Totaal aantal verpleegdagen (verrichtingen met zorgprofielklasse 2) per uitvoerjaar (2014 of 2015) per AGB specialisme.

Formatie

Voor formatie zouden we graag geaggregeerde gegevens ontvangen volgens tabel 2 en detailgegevens van de VS en PA volgens tabel 3.

Tabel 2: Formatie geaggregeerd

Gegevens	Toelichting
Specialisme	Naam van het specialisme
Functiecategorie	Medisch specialist (inclusief arts assistent), Verpleegkundig specialist, Physician assistant
Jaar	2014, 2015
FTE	Aantal Fte per specialisme, per jaar, per functiecategorie

Aantal medewerkers	Aantal medewerkers per specialisme, per jaar, per functiecategorie

Tabel 3: Detailgegevens PA/VS

Gegevens	**Toelichting**
Naam	Naam werknemer PA/VS
Specialisme	Specialisme waar de PA/VS werkzaam is
Functiecategorie	VS of PA
Dienstverband	Het aantal uur dat de PA/VS per week werkzaam is
Datum in diensttreding	Datum in diensttreding PA/VS
In opleiding: ja/nee	Volgt op dit moment opleiding tot PA/VS
Afstudeerjaar	Verwacht of behaald afstudeerjaar PA/VS

Bijlage 7: Dataspecificatie diepteanalyse

Nb. Aanvullend aan de data van de Algemene analyse zijn bij de diepteanalyse de onderstaande gegevens gebruikt.

Data specificaties Hermeting - Onderzoek Taakherschikking

3-3-2016

Extra gegevens voor diepte analyses

DBC en verrichtinggegevens

Gegevens	Toelichting
DBC ID	Uniek nummer per DBC
DBC Hoofdbehandelend Specialisme Naam	Aanvragend DBC specialisme obv AGB code (4 cijfers)
DBC Uitvoerend Specialisme Naam	Uitvoerend specialisme van de verrichting obv AGB code (4 cijfers)
DBC Diagnosecode	Diagnosecode (AGB specialisme code en diagnosecode) van de DBC
DBC Zorgtype	Zorgtype van de DBC
DBC Startjaar	Startdatum DBC: 2013, 2014, 2015 (ook niet afgesloten DBC's)
Verrichting uitvoerjaar	Uitvoerjaar 2014, 2015
Verrichting Uitvoerder Naam	Uitvoerend professional
Verrichting Uitvoerder Functie	Functie uitvoerend professional
Verrichting CBV-code	Interne code (kan CBV-code zijn of verrichtingcode. Afhankelijk van coderingssystematiek die ziekenhuis gebruikt.)
VerrichtingCBV-omschrijving	Interne omschrijving
Verrichting ZA-code	Externe Zorgactiviteit-code (6 cijfers), alleen polibezoeken, verpleegdagen, dagverpleging of alles (zorgprofielklasse 1,2,3) en extra : verpleegkundig consult.
Verrichting ZA-omschrijving	Externe Zorgactiviteit-omschrijving
Verrichting aantal	Aantal keer dat de verrichting uitgevoerd is door bepaald specialisme op bepaalde afdeling in betreffende DBC
Patient ID	(Geanomiseerd) uniek nummer van de Patient

Roostergegevens van MS, VS, PA, AA

Gegevens	Toelichting
Uitvoerjaar	2014, 2015
Agendacode	Code van de agenda waarop geregistreerd wordt
Agendaomschrijving	Doel waarvoor de betreffende agendacode wordt gebruikt
Naam	Persoon die op de agendacode werkzaam is
Functie	Functie uitvoerend professional (Medisch specialist (inclusief arts assistent), Verpleegkundig specialist, Physician assistant)
CBV-code	Interne code (kan CBV-code zijn of verrichtingcode. Afhankelijk van coderingssystematiek die ziekenhuis

	gebruikt.)
CBV-omschrijving	Interne omschrijving
ZA-code	Externe Zorgactiviteit-code (6 cijfers)
ZA-omschrijving	Externe Zorgactiviteit-omschrijving
Gemiddelde geplande tijd	Aantal minuten geroosterde tijd voor de desbetreffende agendacode (ook i.g.v. dat geen CBV of ZA code is geregistreerd)
Gemiddelde gerealiseerde tijd	Aantal minuten gerealiseerde tijd voor de desbetreffende agendacode
Aantal geregistreerd	Het aantal geregistreerde verrichtingen bij de CBV-code (verrichtingcode)

Formatie

Voor formatie zouden we graag geaggreerde gegevens ontvangen volgens tabel 2 en detailgegevens van de
VS en PA volgens tabel 3.

Tabel 2: Formatie geaggregeerd

Gegevens	Toelichting
Specialisme	Naam van het specialisme
Functiecategorie	Medisch specialist (inclusief arts assistent), Verpleegkundig specialist, Physician assistant
Jaar	2014, 2015
FTE	Aantal Fte per specialisme, per jaar, per functiecategorie
Aantal medewerkers	Aantal medewerkers per specialisme, per jaar, per functiecategorie

Tabel 3: Detailgegevens PA/VS

Gegevens	Toelichting
Naam	Naam werknemer PA/VS
Specialisme	Specialisme waar de PA/VS werkzaam is
Functiecategorie	VS of PA
Dienstverband	Het aantal uur dat de PA/VS per week werkzaam is
Datum indiensttreding	Datum indiensttreding PA/VS
In opleiding: ja/nee	Volgt op dit moment opleiding tot PA/VS
Afstudeerjaar	Verwacht of behaald afstudeerjaar PA/VS

Bijlage 8: Uitkomsten Enquête hermeting

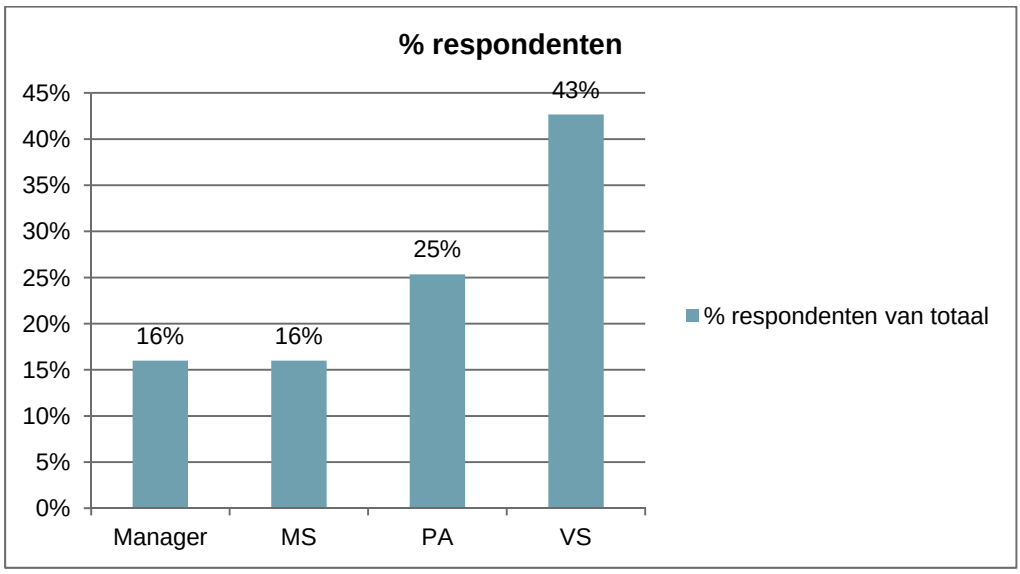
Algemeen, achtergrond en kenmerken

In totaal zijn er 131 vragenlijsten verzonden waarvan er 75 terugontvangen zijn (57%). In verhouding zijn de verschillende beroepsbeoefenaren voldoende betrokken bij de analyse.

Tabel E1. Respons per functiegroep

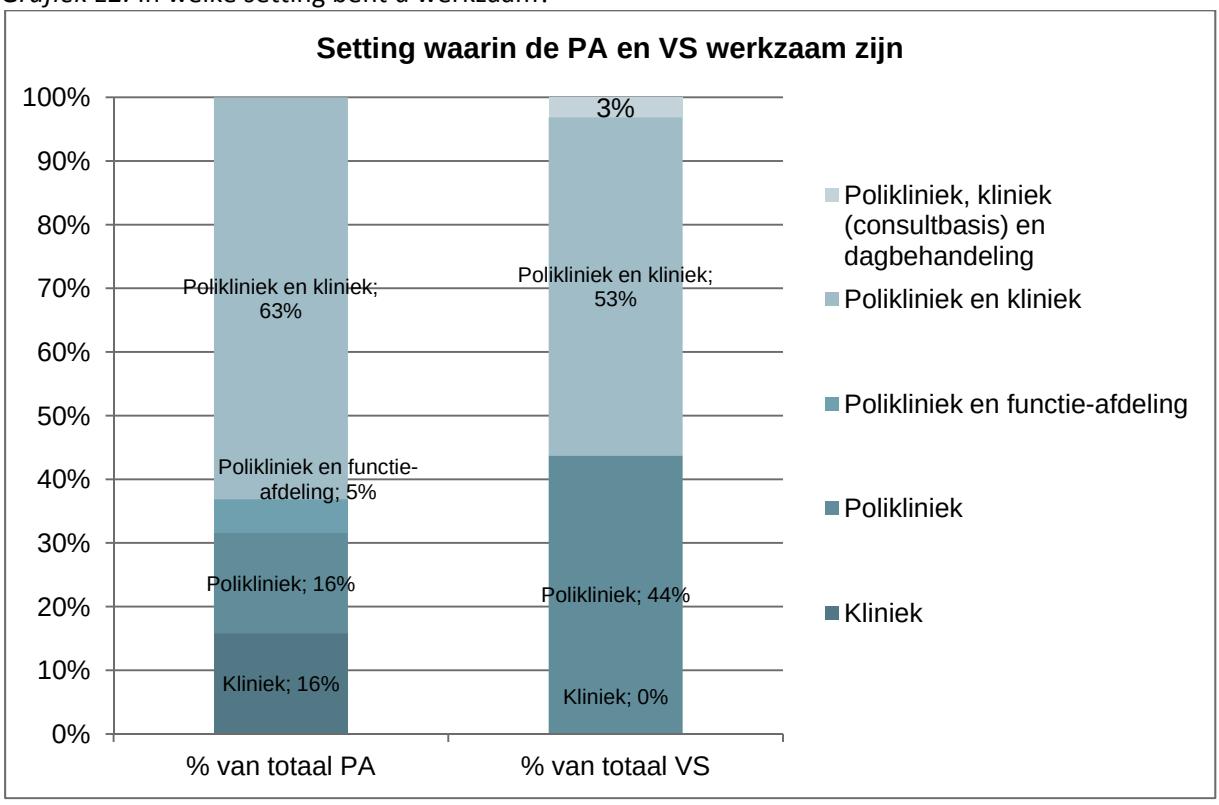
Functie	# respondenten	% respondenten van totaal
Manager	12	16%
MS	12	16%
PA	19	25%
VS	32	43%
Eindtotaal	75	100%

Grafiek E1. % van totaal



Setting en activiteiten/taken

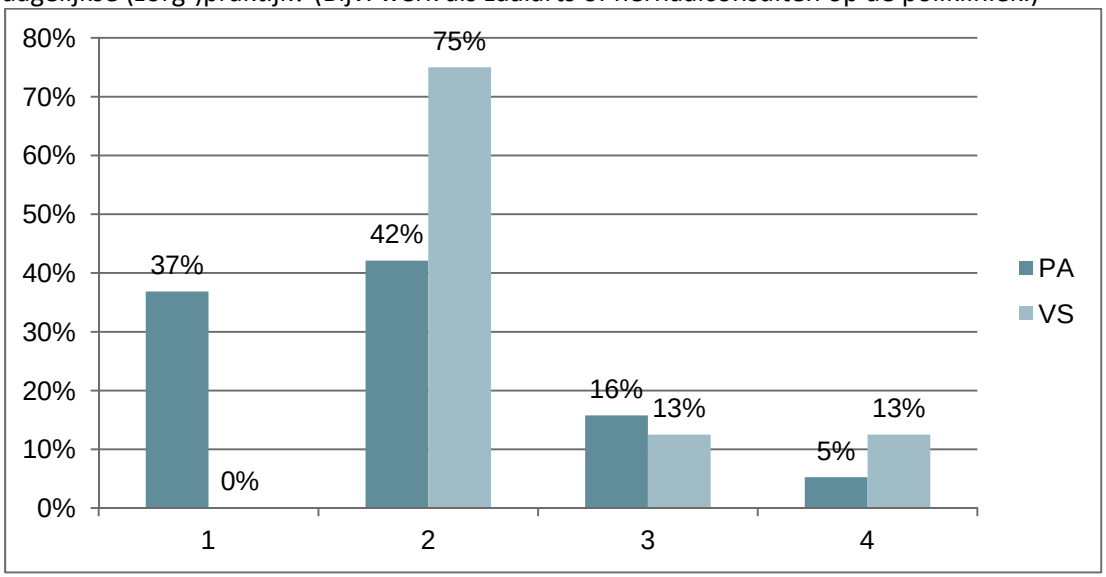
Grafiek E2. In welke setting bent u werkzaam?



Tabel E2. In welke setting bent u werkzaam?

Setting	Aantal PA	Aantal VS	% totaal PA	% totaal VS	Totaal #	% Totaal
Kliniek	3	0	16%	0%	3	6%
Polikliniek	3	14	16%	44%	17	33%
Polikliniek en functieafdeling	1	0	5%	0%	1	2%
Polikliniek en kliniek	12	17	63%	53%	29	57%
Polikliniek, kliniek (consultbasis) en dagbehandeling		1	0%	3%	1	2%
Eindtotaal	**19**	**32**	**100%**	**100%**	**51**	**100%**

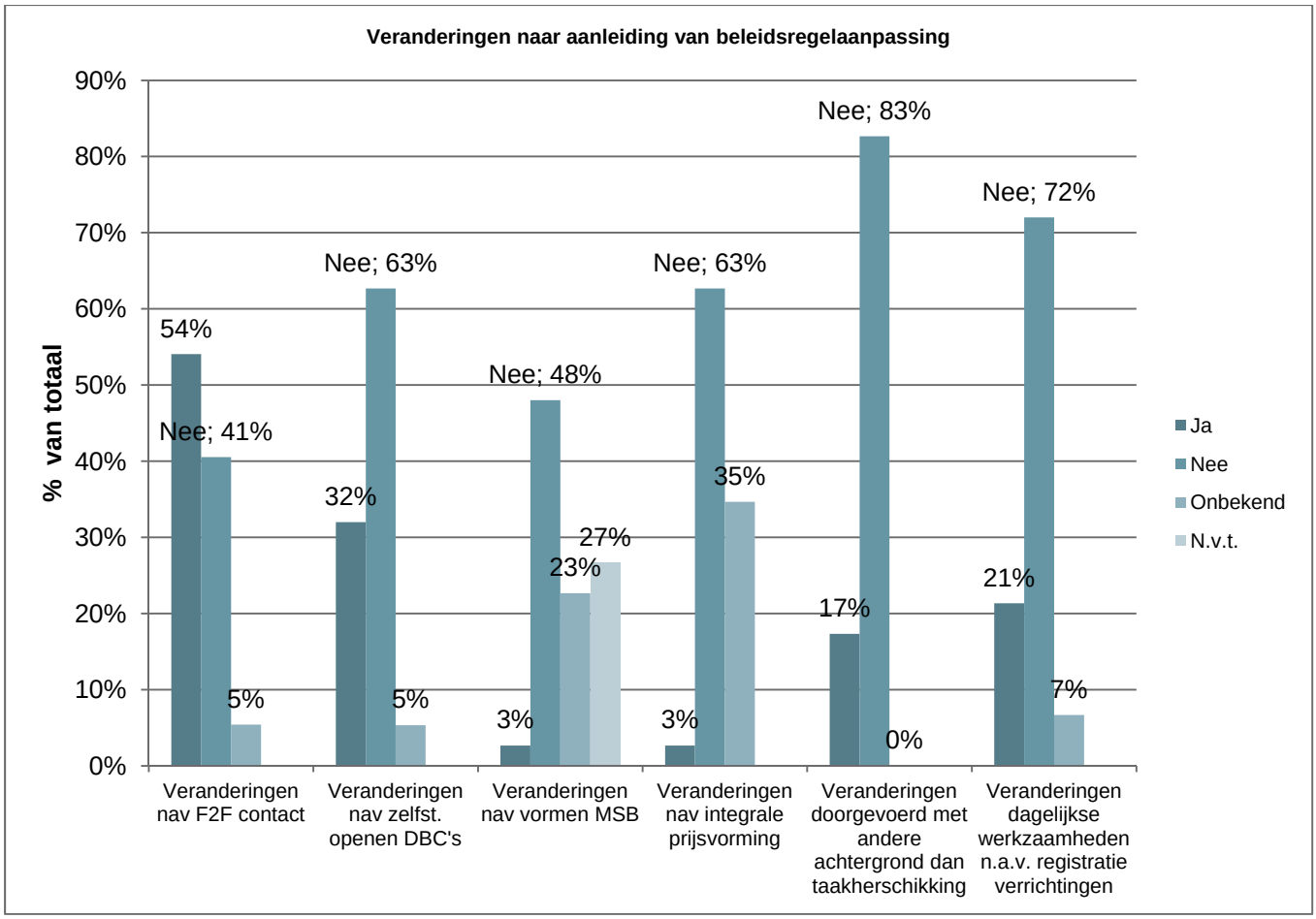
Grafiek E3. Openvraag; Kunt u kort benoemen welke activiteiten/taken u voornamelijk verricht in uw dagelijkse (zorg-)praktijk? (Bijv. werk als zaalarts of herhaalconsulten op de polikliniek.)

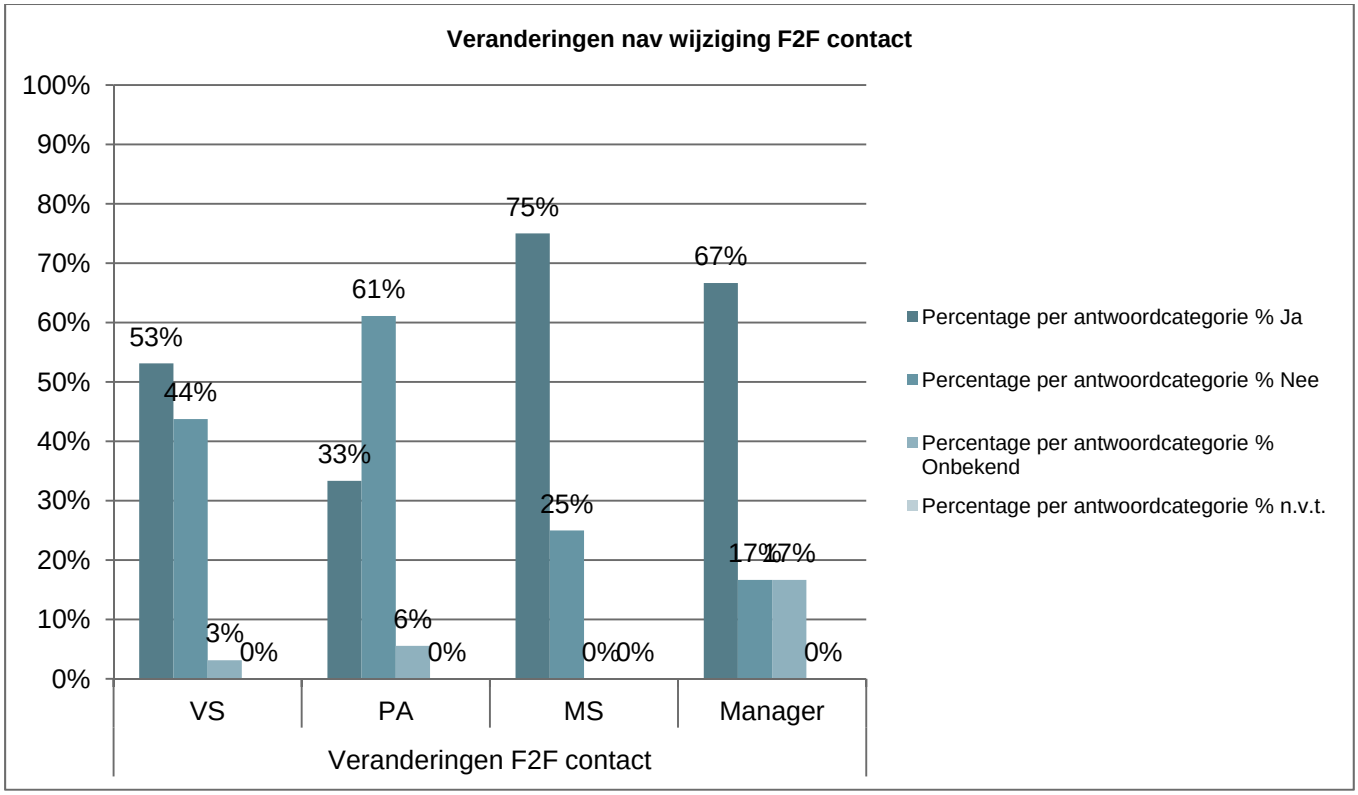


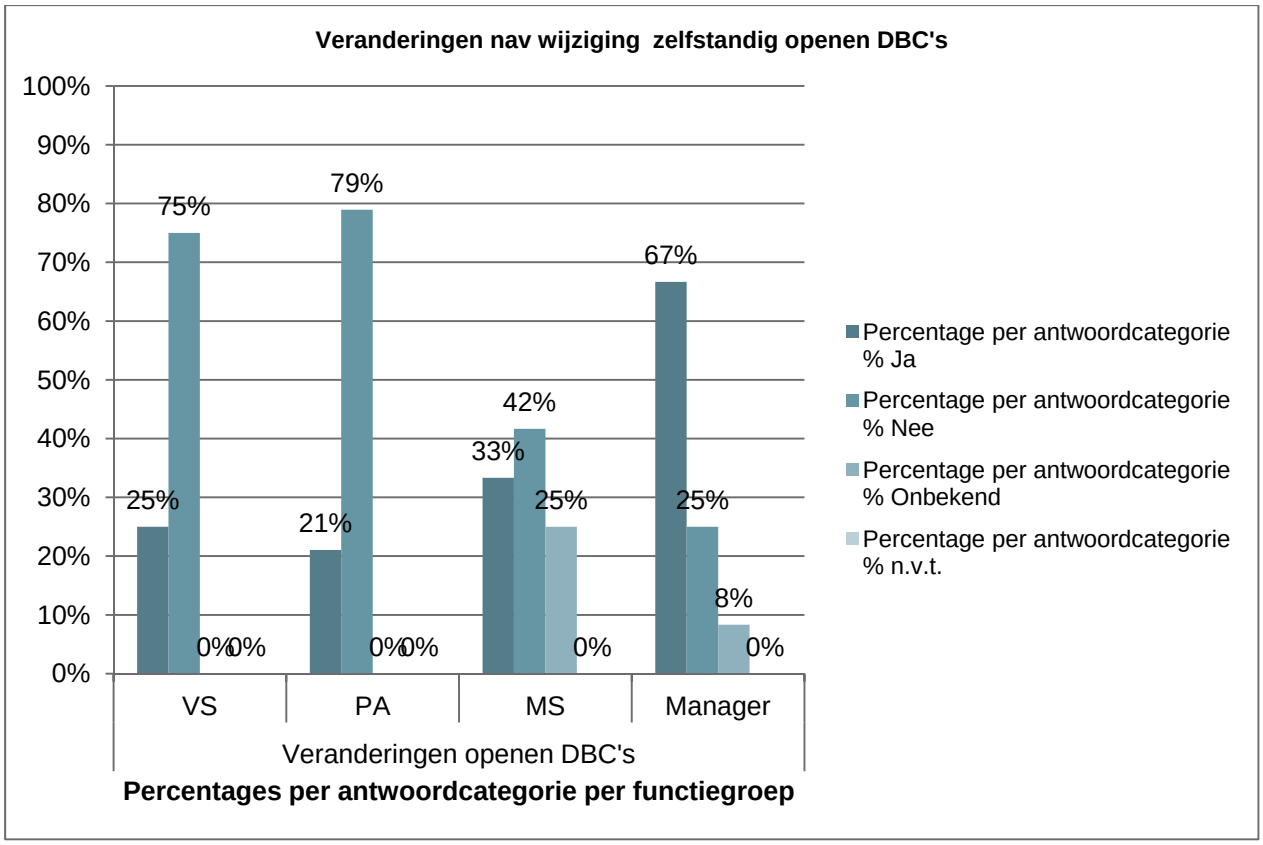
1 = Klinische functie (zaalartsrol)
2 = Klinische functie (zaalarts) in combinatie met poliklinische taken
3 = Poliklinische en/of klinische consulten
4 = Poliklinische en/of klinische consulten in combinatie met coördinatietaken (casemanagertaken)

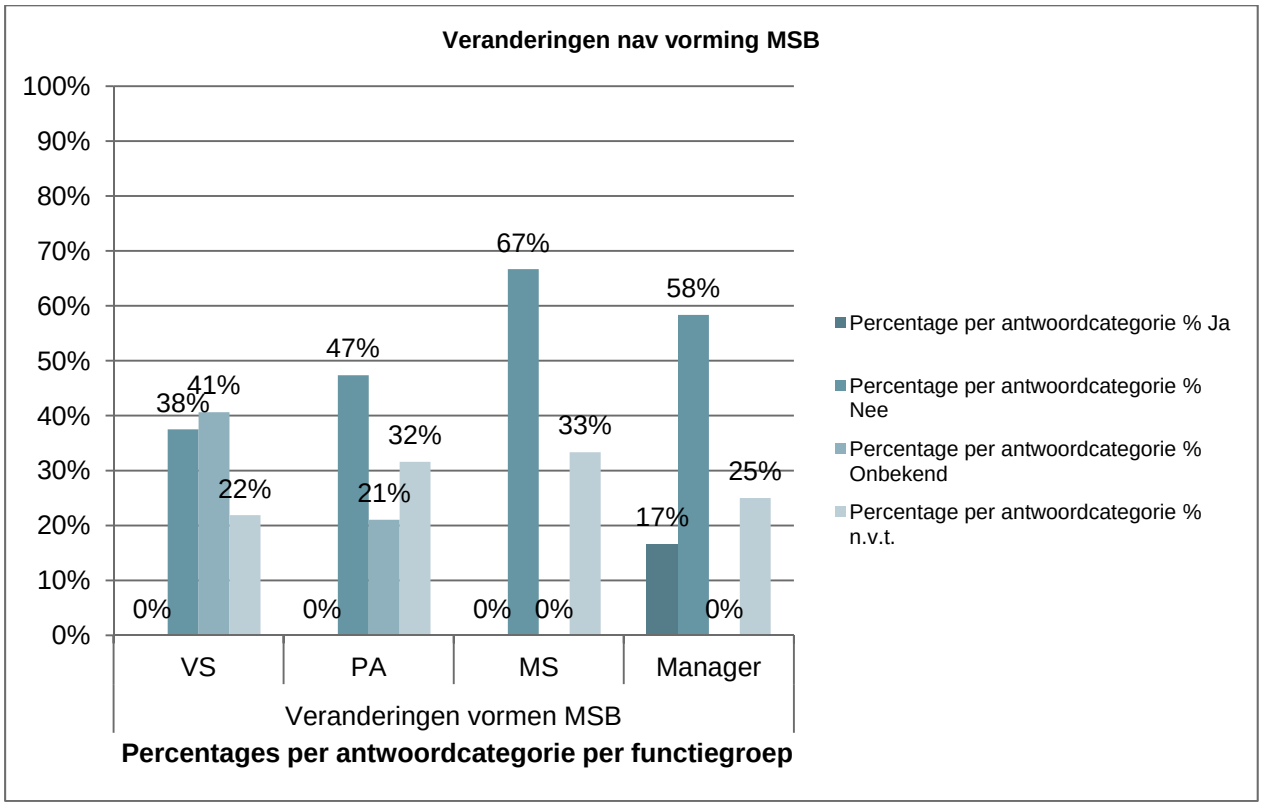
Effecten aanpassing beleidsregels en gebruikte interventies

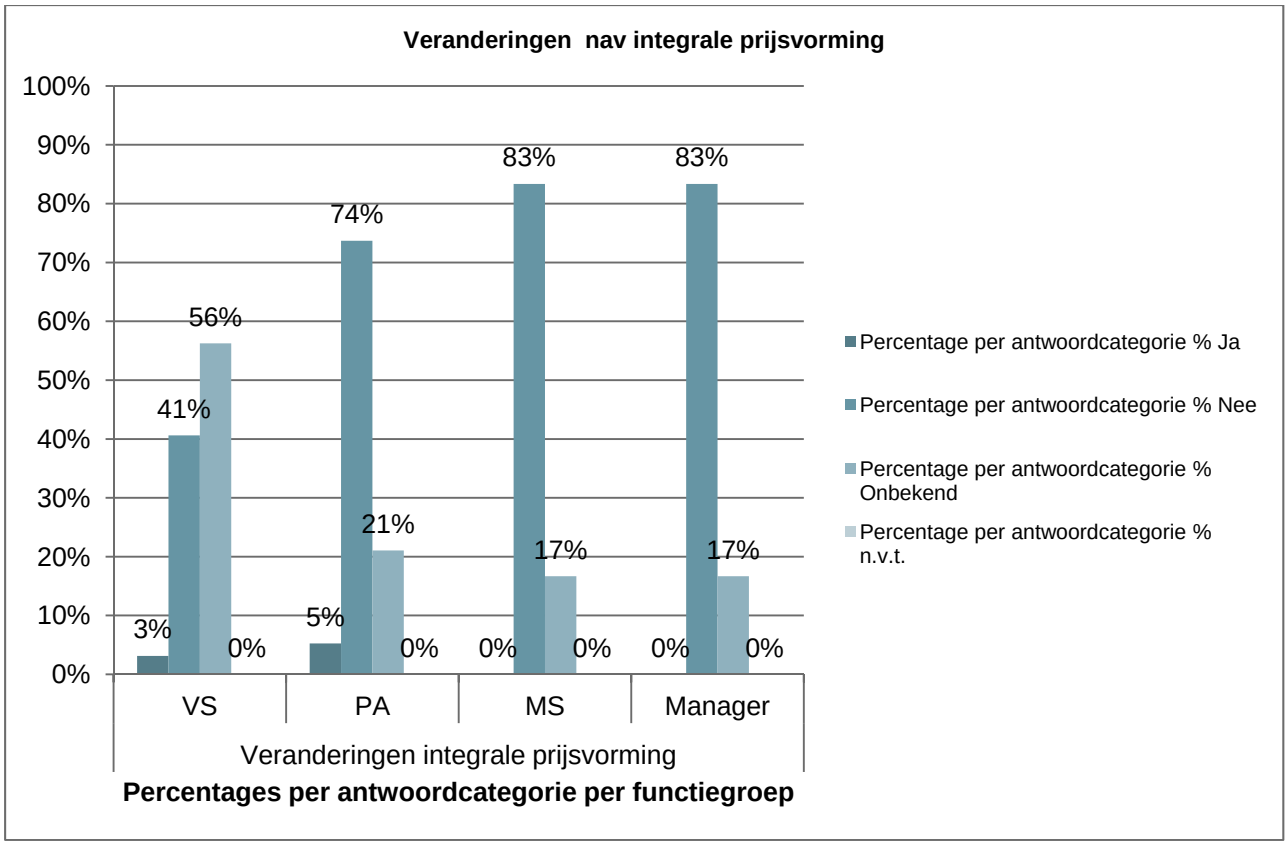
Grafiek E4. tm E10. Zijn er bij de uitvoering van de dagelijkse werkzaamheden van de VS en/of PA veranderingen doorgevoerd in 2015 of erna, naar aanleiding van de aanpassing in de beleidsregels voor wat betreft het *face to face* contact, *zelfstandig uitvoer en openen* van DBC's, *registratie van verrichtingen* of hebben ze een *andere achtergrond*? Per functie. (vraag 7, 19, 23, 25 en 27)

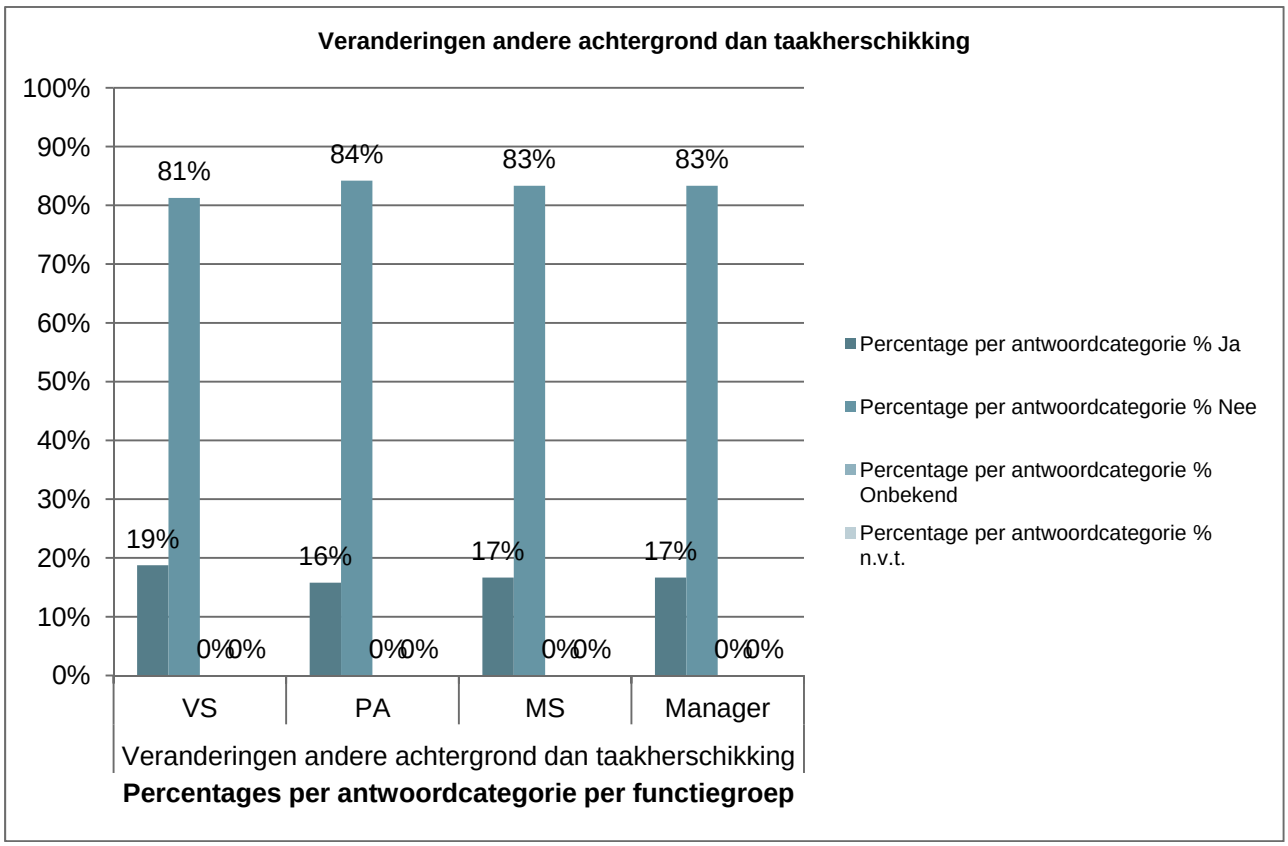

Veranderingen naar aanleiding van beleidsregelaanpassing
% van totaal
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
54%
Nee; 41%
5%
Nee; 63%
32%
5%
Nee; 48%
3%
23%
27%
Nee; 63%
3%
35%
Nee; 83%
17%
0%
Nee; 72%
21%
7%
Ja
Nee
Onbekend
N.v.t.
Veranderingen nav F2F contact
Veranderingen nav zelfst. openen DBC's
Veranderingen nav vormen MSB
Veranderingen nav integrale prijsvorming
Veranderingen doorgevoerd met andere achtergrond dan taakherschikking
Veranderingen dagelijkse werkzaamheden n.a.v. registratie verrichtingen

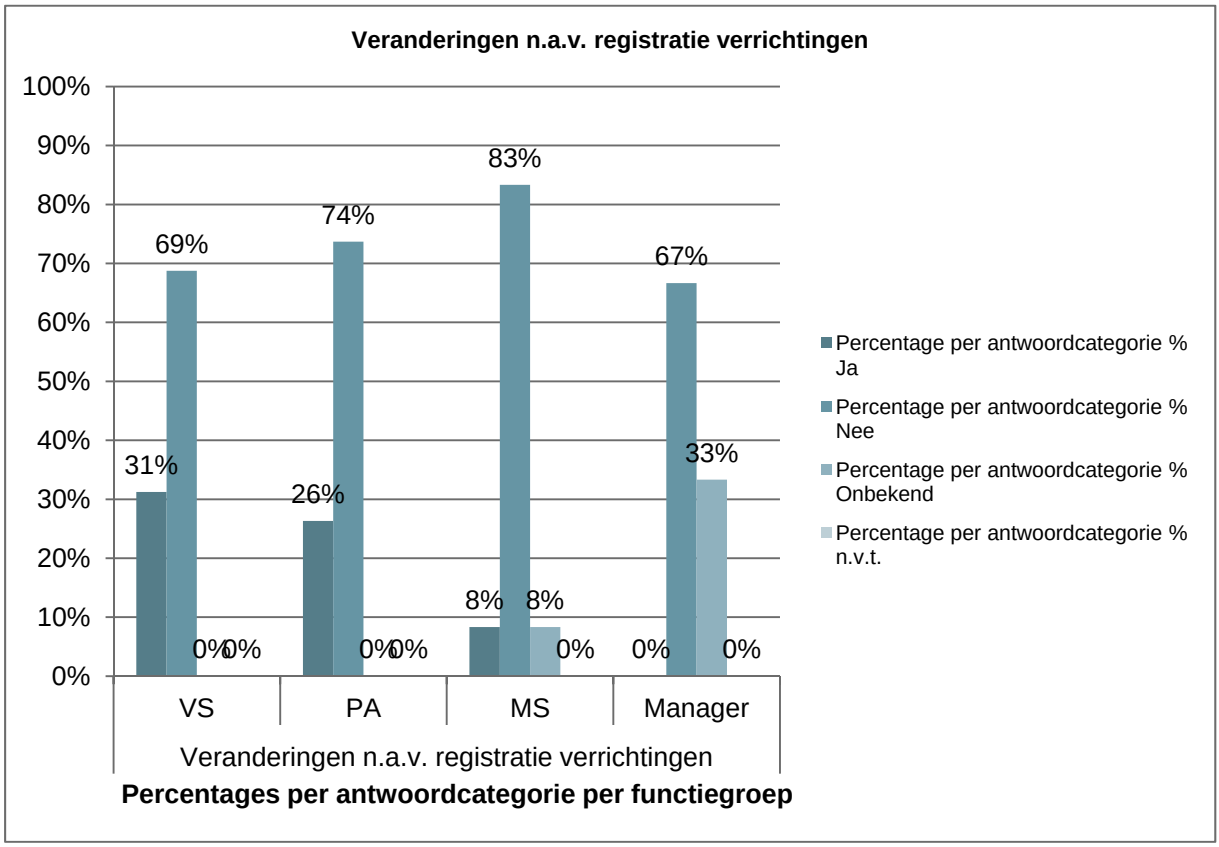

Veranderingen nav wijziging F2F contact
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
53%
44%
3%
0%
33%
61%
6%
0%
75%
25%
0%
0%
67%
17%
17%
0%
VS
PA
MS
Manager
Veranderingen F2F contact
Percentage per antwoordcategorie % Ja
Percentage per antwoordcategorie % Nee
Percentage per antwoordcategorie % Onbekend
Percentage per antwoordcategorie % n.v.t.


Veranderingen nav wijziging zelfstandig openen DBC's
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
75%
79%
67%
42%
33%
25%
25%
25%
21%
8%
0%
0%
0%
0%
0%
0%
0%
VS
PA
MS
Manager
Veranderingen openen DBC's
Percentage per antwoordcategorie % Ja
Percentage per antwoordcategorie % Nee
Percentage per antwoordcategorie % Onbekend
Percentage per antwoordcategorie % n.v.t.
Percentages per antwoordcategorie per functiegroep

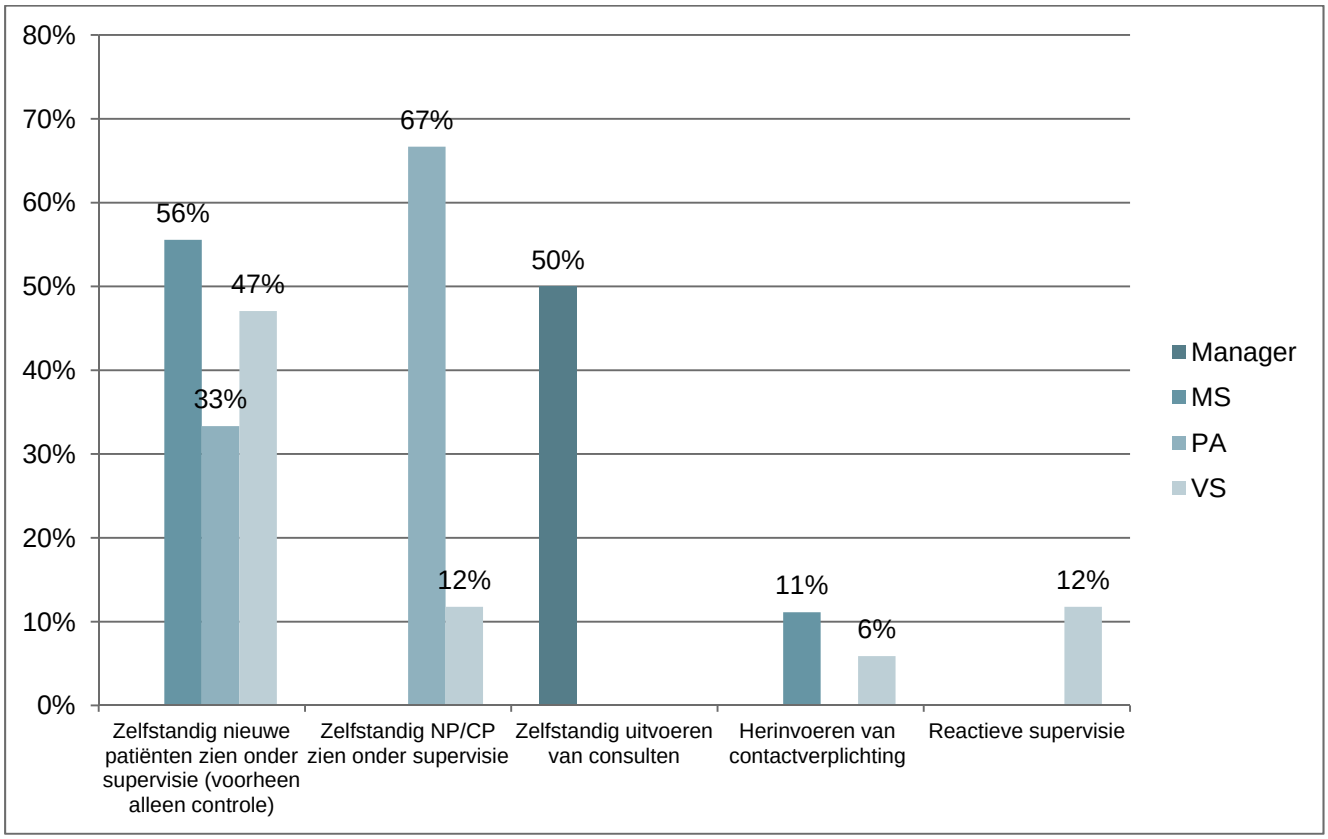

Veranderingen nav vorming MSB
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
67%
58%
47%
41%
38%
33%
32%
25%
22%
21%
17%
0%
0%
0%
0%
0%
VS
PA
MS
Manager
Veranderingen vormen MSB
Percentage per antwoordcategorie % Ja
Percentage per antwoordcategorie % Nee
Percentage per antwoordcategorie % Onbekend
Percentage per antwoordcategorie % n.v.t.
Percentages per antwoordcategorie per functiegroep


Veranderingen nav integrale prijsvorming
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
3%
41%
56%
0%
5%
74%
21%
0%
0%
83%
17%
0%
0%
83%
17%
0%
VS
PA
MS
Manager
Veranderingen integrale prijsvorming
Percentage per antwoordcategorie % Ja
Percentage per antwoordcategorie % Nee
Percentage per antwoordcategorie % Onbekend
Percentage per antwoordcategorie % n.v.t.
Percentages per antwoordcategorie per functiegroep

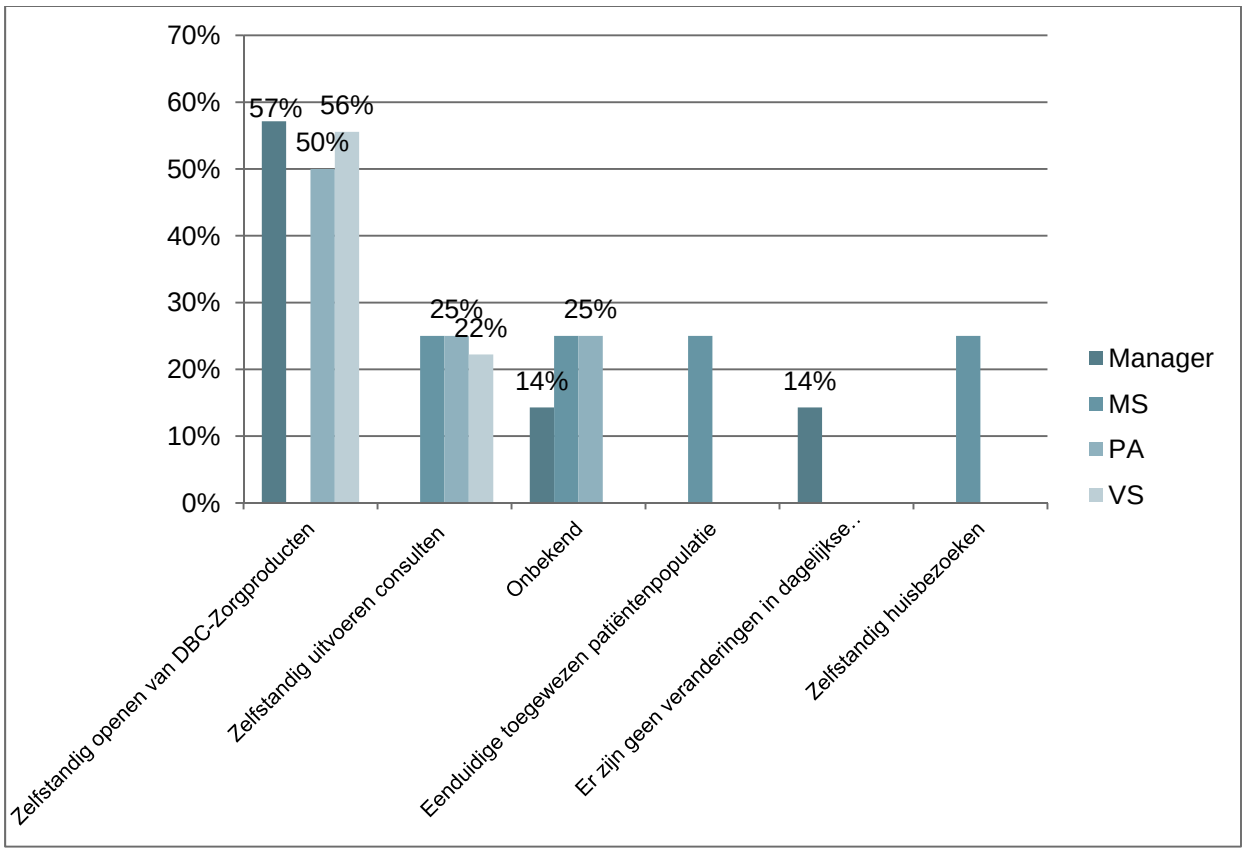

Veranderingen andere achtergrond dan taakherschikking
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
19%
81%
0%
0%
16%
84%
0%
0%
17%
83%
0%
0%
17%
83%
0%
0%
VS
PA
MS
Manager
Veranderingen andere achtergrond dan taakherschikking
Percentage per antwoordcategorie % Ja
Percentage per antwoordcategorie % Nee
Percentage per antwoordcategorie % Onbekend
Percentage per antwoordcategorie % n.v.t.
Percentages per antwoordcategorie per functiegroep



8. Open vraag: Zo ja, kunt u aangeven welke veranderingen nav het face to face criterium zijn doorgevoerd? Grafiek E11:



20. Open vraag: Zo ja, kunt u aangeven welke veranderingen nav het invoeren van het zelfstandig uitvoeren en openen van dbc's zijn doorgevoerd? Grafiek E12.



10. Voert u eerste consulten en/of vervolgconsulten zelfstandig uit? Tabel E4.

Voert u eerste en/of vervolgconsulten uit?	Functie				
Antwoordcategorie	**Manager**	**MS**	**PA**	**VS**	**Eindtotaal**
Ja	91,67%	91,67%	84,21%	96,88%	92,00%
Nee	8,33%	8,33%	15,79%	3,13%	8,00%
Eindtotaal	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**

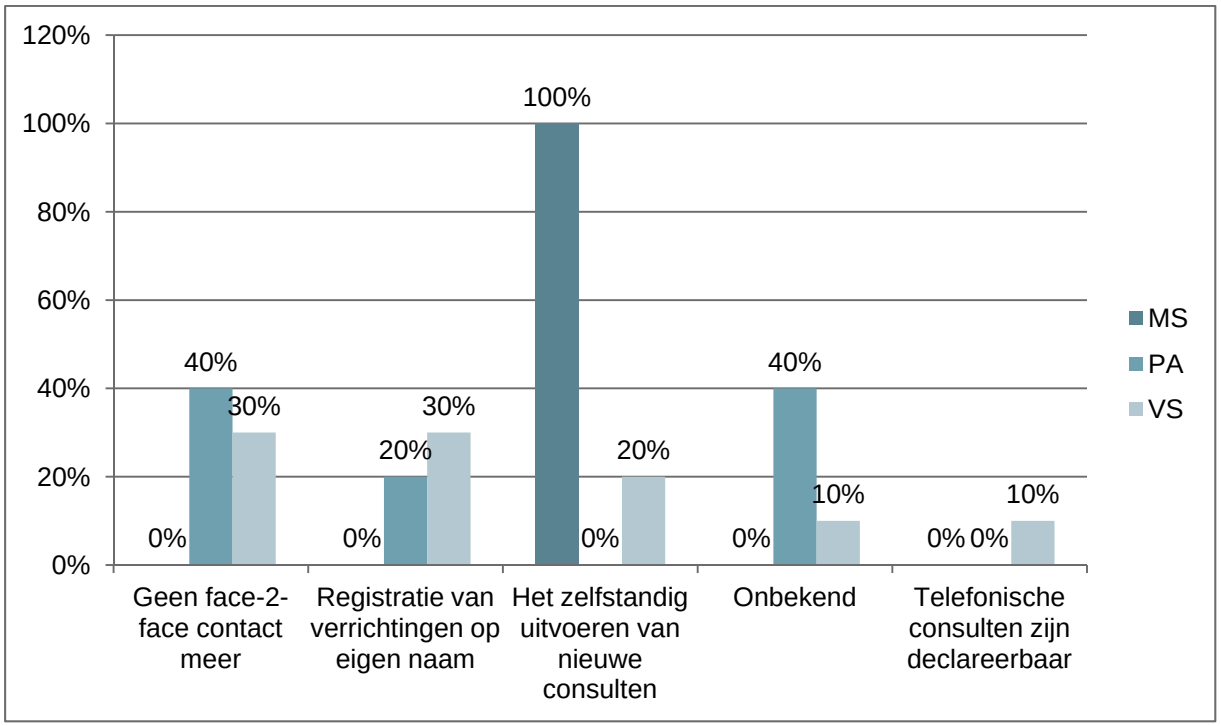
11. Registreert u de zorgactiviteiten die u zelfstandig uitvoert op uw eigen naam?Tabel E5.

Registreert u Zorgactiviteiten op uw eigen naam?	Functie				
Antwoordcategorie	**Manager**	**MS**	**PA**	**VS**	**Eindtotaal**
Ja	81,82%	90,91%	75,00%	77,42%	79,71%
Nee	9,09%	0,00%	25,00%	16,13%	14,49%
Onbekend	9,09%	9,09%	0,00%	6,45%	5,80%
Eindtotaal	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**

12. Zijn er in het registreren van zorgactiviteiten vanaf 2015 wijzigingen aangebracht? Tabel E6

Zijn er wijzigingen in de registratie aangebracht?	Functie				
Antwoordcategorie	**Manager**	**MS**	**PA**	**VS**	**Eindtotaal**
Ja	33,3%	25,0%	10,5%	31,3%	25,3%
Nee	33,3%	25,0%	68,4%	37,5%	42,7%
Onbekend	33,3%	50,0%	21,1%	31,3%	32,0%
Eindtotaal	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

13. Open vraag: Welke wijzigingen zijn aangebracht? Grafiek E12.



14. In welke mate voert u consulten zelfstandig uit? Tabel E7.

Mate van zelfstandig uitvoeren consulten	Functie				
Antwoordcategorie	**Manager**	**MS**	**PA**	**VS**	**Eindtotaal**
Combinatie van zelfstandig, begeleid en supervisie	8,33%	0,00%	10,53%	9,38%	8,11%
Gedeeltelijk zelfstandig / onder begeleiding	8,33%	9,09%	5,26%	12,50%	9,46%
Geheel zelfstandig	66,67%	54,55%	68,42%	62,50%	63,51%
Onder supervisie / begeleidt	16,67%	36,36%	15,79%	15,63%	18,92%
Eindtotaal	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**

15. Is het aantal consulten dat u mede of zelfstandig uitvoert sinds 2015 veranderd? Tabel E8.

Verandering in aantal consulten?	Functie				
Antwoordcategorie	**Manager**	**MS**	**PA**	**VS**	**Eindtotaal**
Geen veranderingen	25,00%	50,00%	68,42%	46,88%	49,33%
Meer consulten	75,00%	41,67%	31,58%	53,13%	49,33%
Minder consulten	0,00%	8,33%	0,00%	0,00%	1,33%
Eindtotaal	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**

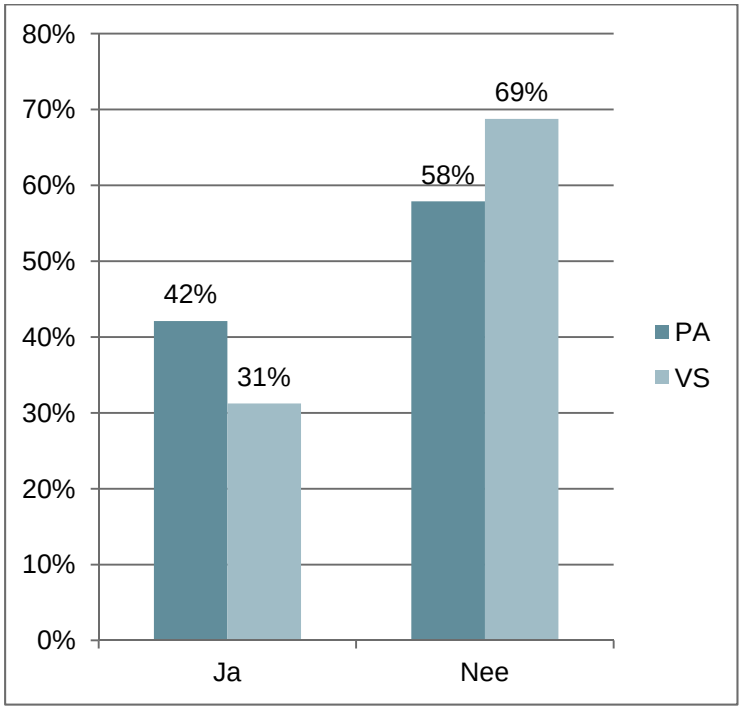
16. Bij meer of minder consulten, wat is hiervan de reden? Tabel E9

Bij meer of minder consulten, wat is de reden?	Functie		
Antwoordcategorie	PA	VS	Eindtotaal
Veranderingen van werkwijze afdeling of beleid	33,33%	50,00%	45,45%
Stijging aantal patiënten in specialisme	50,00%	12,50%	22,73%
Verbreden patiëntengroepen	0,00%	18,75%	13,64%
Verbeterde inzet VS/PA	0,00%	12,50%	9,09%
Aanpassing F2F-contact	16,67%	0,00%	4,55%
Toename patiënten door bevolkingsonderzoek: Meer patiënten zien in de follow up	0,00%	6,25%	4,55%
Eindtotaal	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**

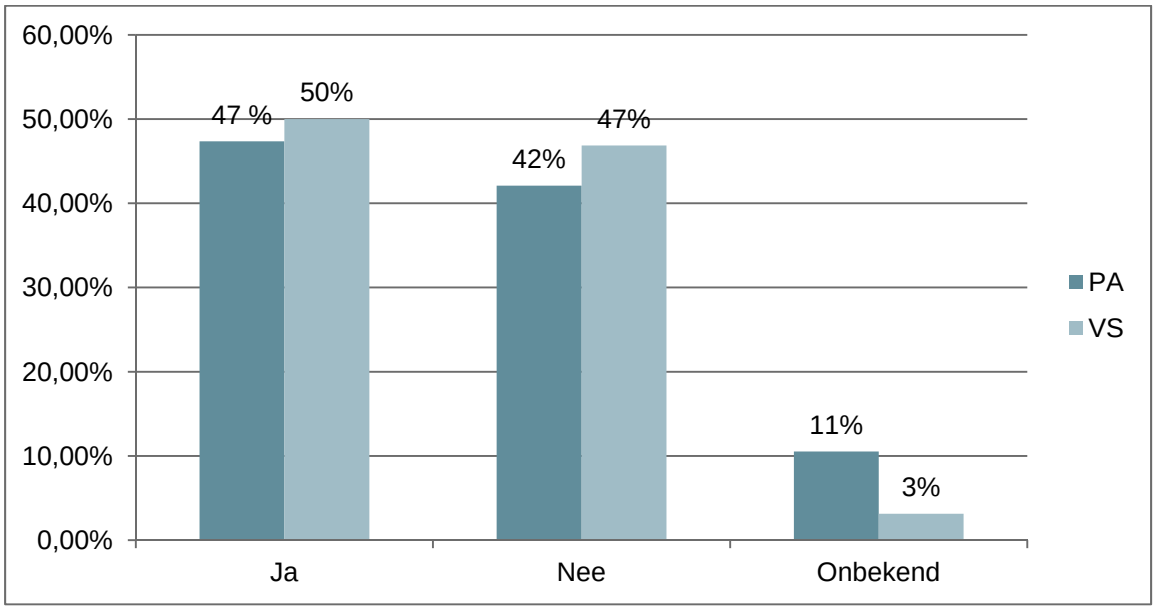
17. Indien geen veranderingen, wat is de reden daarvan? Tabel E10

Aantal van Reden_geen_ver	Functie		
Antwoordcategorie	PA	VS	Eindtotaal
Registratiewijzigingen hebben geen effect op groei patiënten	62,50%	57,14%	59,09%
Onbekend	25,00%	28,57%	27,27%
Consulten worden door AIOS uitgevoerd	0,00%	7,14%	4,55%
F2F en Zelfstandig DBC openen is minder relevant voor specialisme	12,50%	0,00%	4,55%
Geen verandering omdat MS bezwaren hebben rondom F2F daarnaast technische moeilijkheden inrichting EPD	0,00%	7,14%	4,55%
Eindtotaal	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**

18. Opent en voert u zelfstandig DBC-zorgproducten uit op uw eigen naam? Grafiek E13.



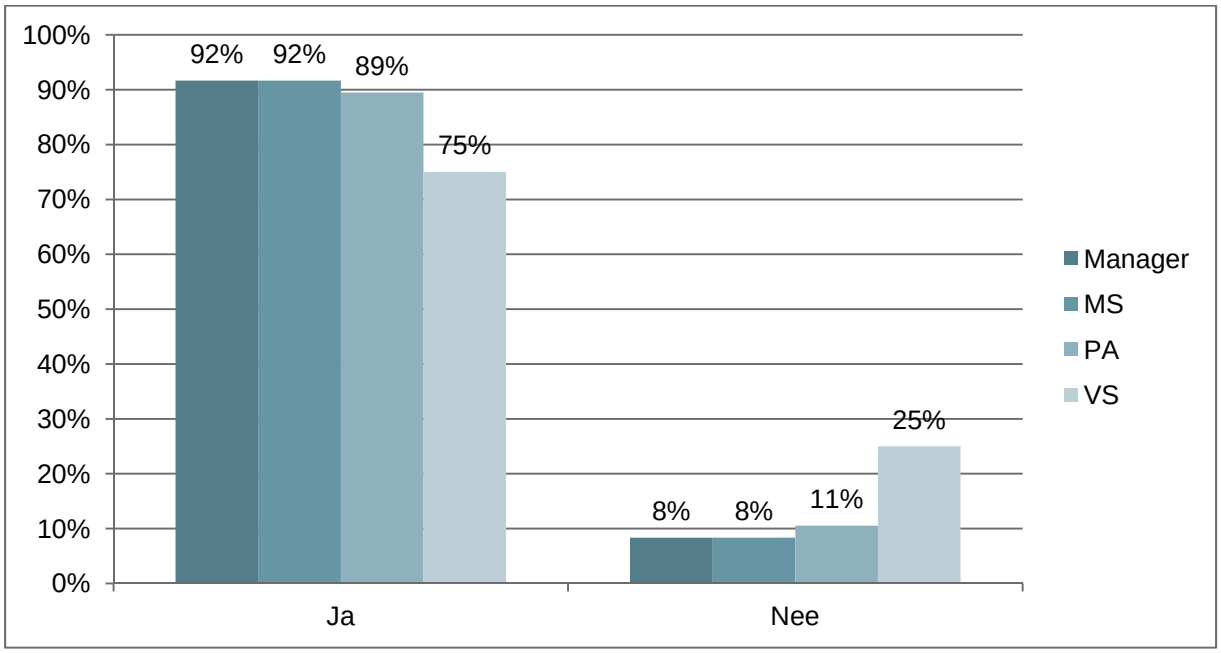
29. Vindt u dat de genoemde wijzigingen in de beleidsregels een positief effect hebben gehad?
Grafiek E14



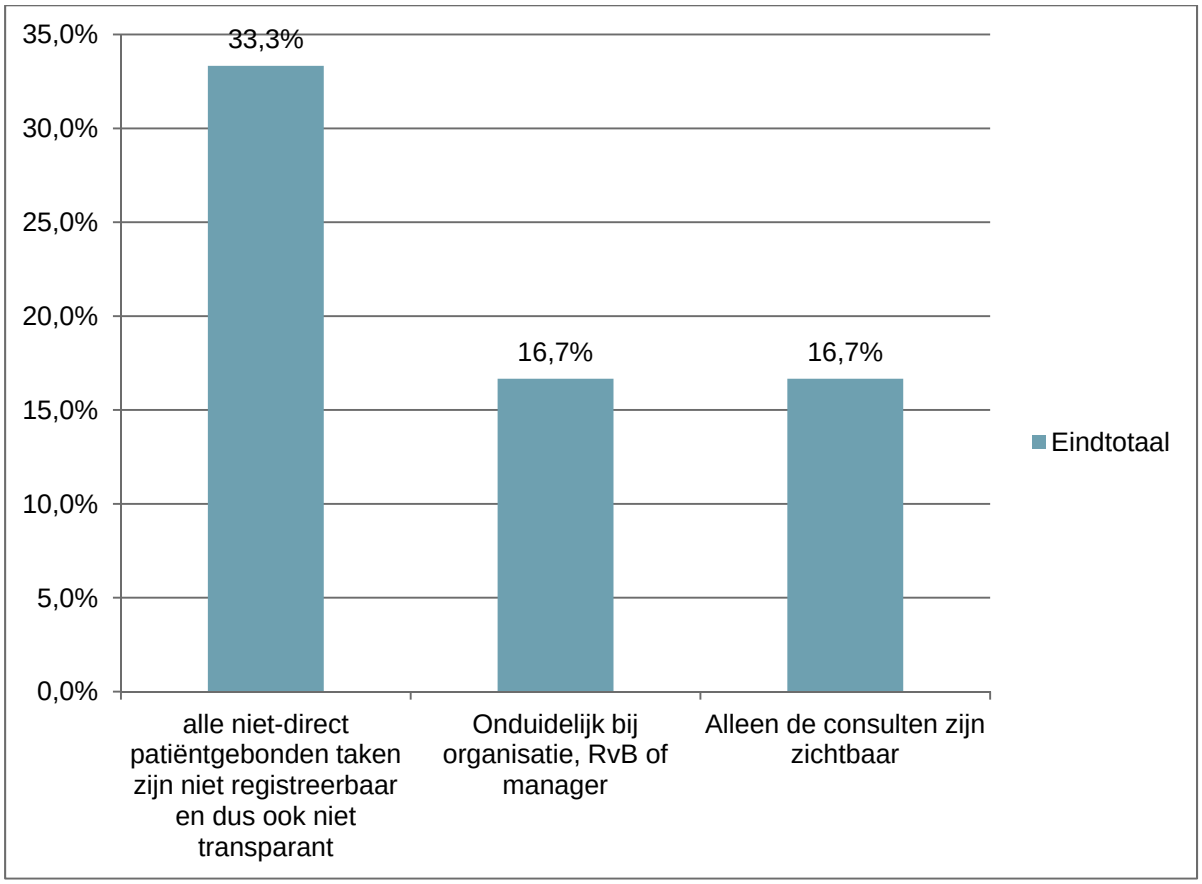
30. Open: Kunt u aangeven waarom u vindt dat dit wel of geen positief effect heeft gehad? Tabel E10.

Kunt u aangeven waarom wel/geen positief effect?	**Functies**		
Categorieën	**PA**	**VS**	**Eindtotaal**
Efficiënter werkproces	20%	18%	19%
Meer mogelijkheden als PA/VS	35%	24%	28%
Onbekend	15%	15%	15%
Er zijn (nog) geen aanpassingen doorgevoerd	20%	9%	13%
Wijzigingen zijn nog niet doorgevoerd	0%	9%	6%
Verzekeraars leggen beperkingen op rondom verwijzingen etc.	5%	0%	2%
Zelfstandiger mogen werken, betere werkverdeling	0%	3%	2%
Niet van toepassing	5%	3%	4%
Tevredenheid en duidelijkheid patiënten	0%	12%	8%
Verkorting van wachttijden op polikliniek	0%	3%	2%
Angst specialist voor honorariumverlies	0%	3%	2%
Eindtotaal	**100%**	**100%**	**100%**

31. Vindt u dat uw eigen activiteiten transparant zijn voor iedereen? Grafiek E15.

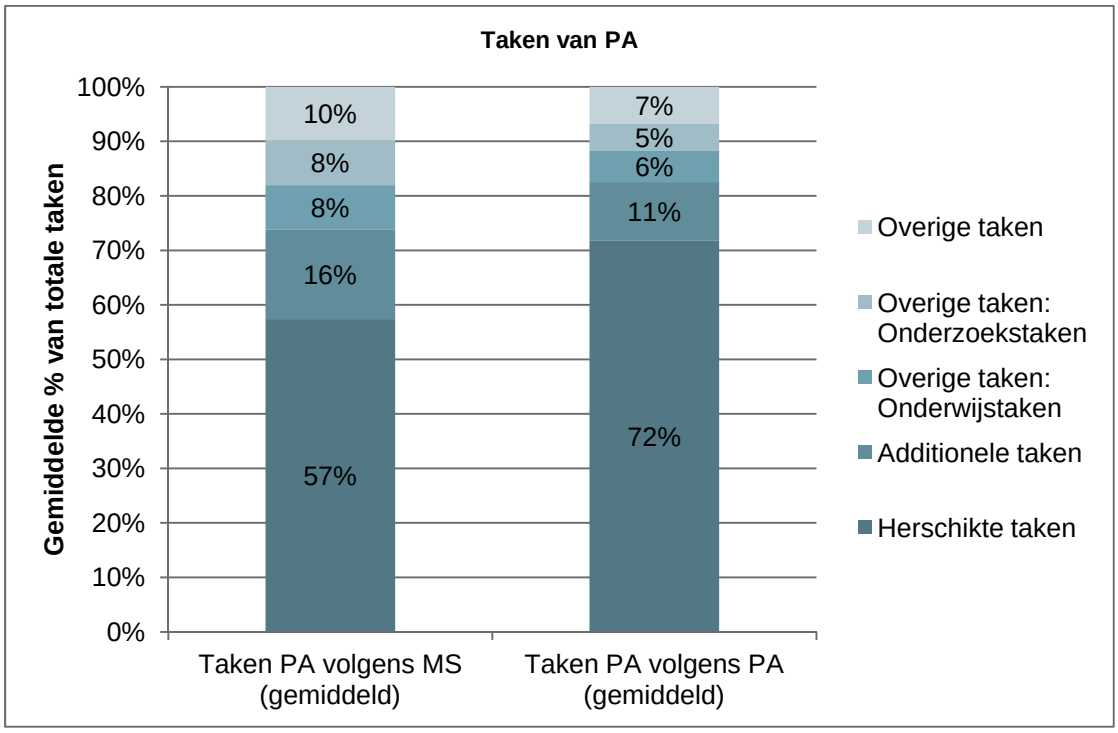


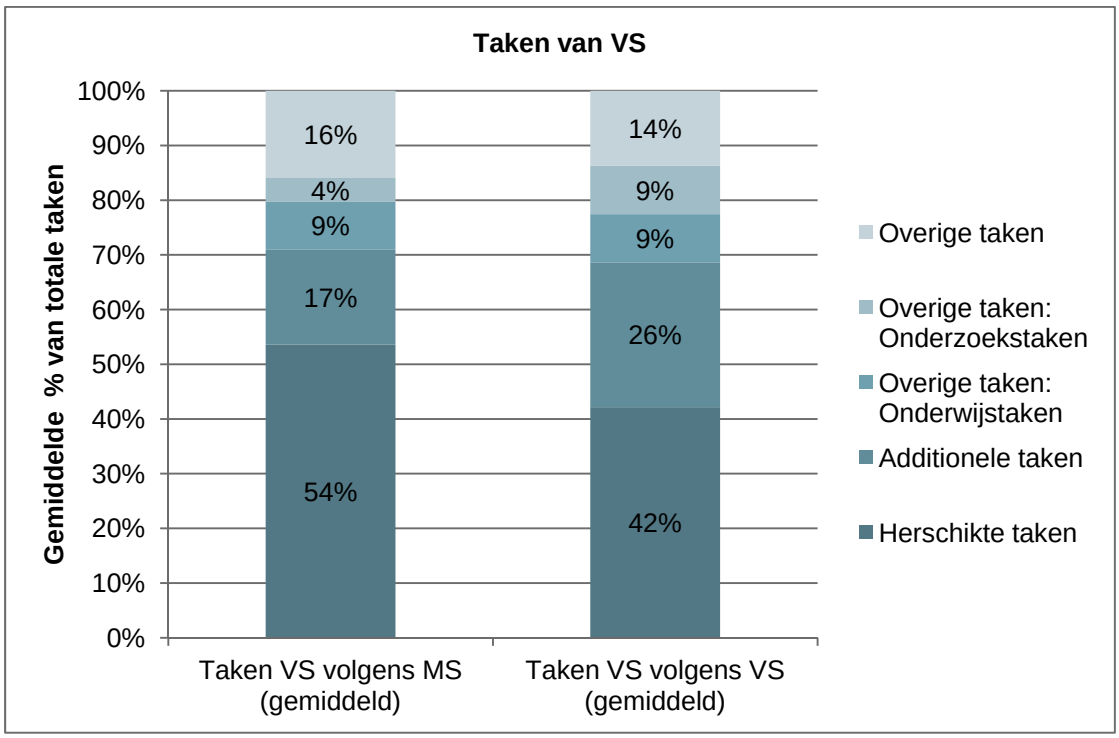
32. Open vraag: Kunt u aangeven waarom wel/niet? Grafiek E16.



Profiel inzet PA/VS

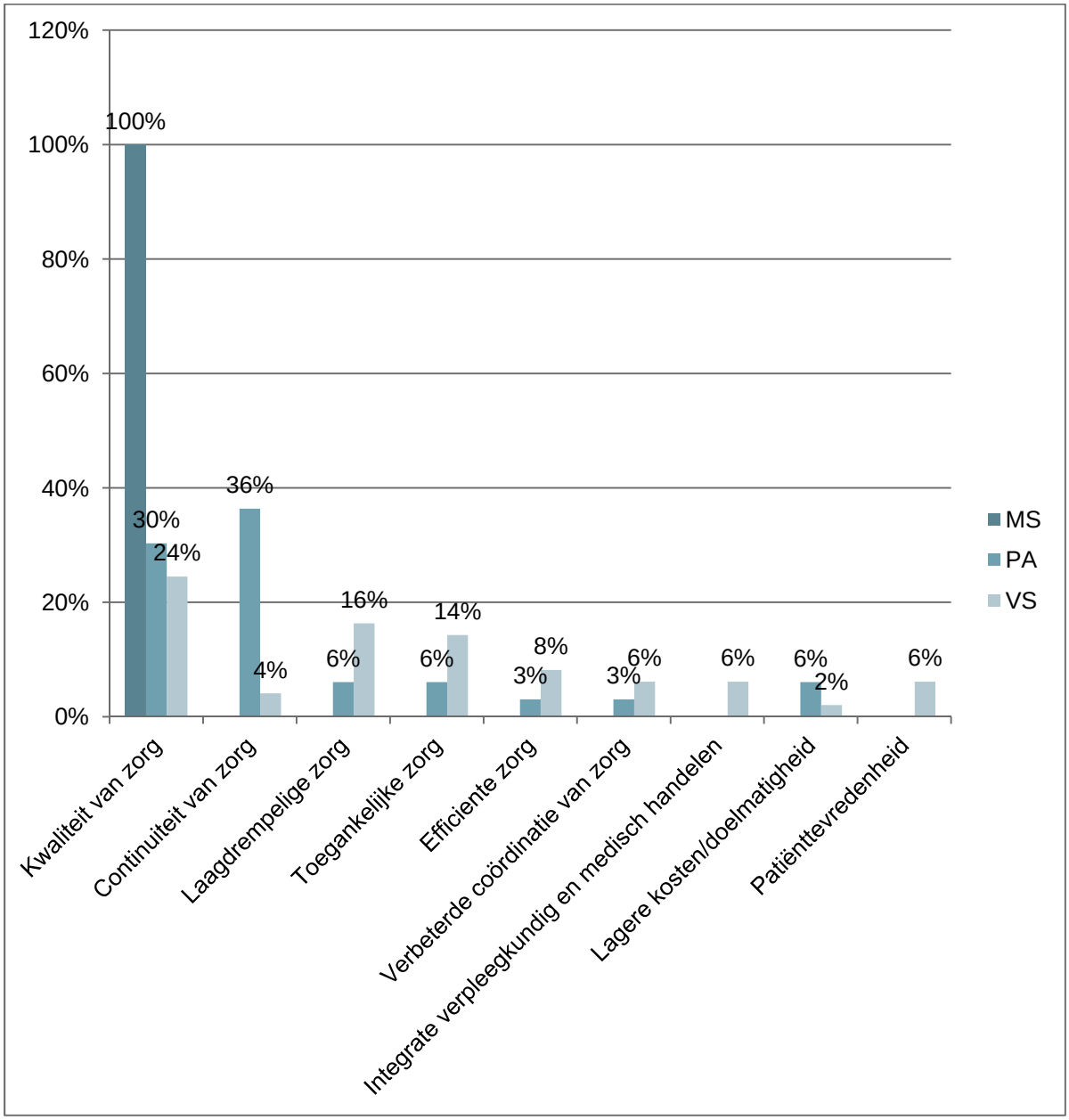
33. Gemiddeld profiel PA en VS volgens PA/VS en MS (Kunt u aangeven in welke mate u onderstaande taken uitvoert? (totaal niet meer dan 100%), Grafiek E17. en E18.





Motivaties om PA/VS in te zetten

34. Welke motivatie(s) ziet u om de VS en/of PA in te zetten in uw organisatie of afdeling? Grafiek E19.



35, 38, 41 en 44. Met welk cijfer zou u uw bijdrage op de as van kwaliteit (Q), Toegankelijkheid (A), Patiënttevredenheid (P) en Doelmatigheid (E) scoren? Tabel E11 tm E16. Grafiek E20 en E21.

Totaal	VS/PA Q	VS/PA A	VS/PA P	VS/PA E
Min	3	3	3	3
Max	10	9	9	9
Gem.	7,9	7,8	8,1	7,5
Mediaan	8	8	8	8
Std. Deviatie	0,95	1,17	0,92	1,28

VS	VS Q	VS A	VS P	VS E
Min	5	4	7	3
Max	9	9	9	9
Gem.	8,1	7,9	8,2	7,4
Mediaan	8	8	8	8
Std. Deviatie	0,77	1,10	0,47	1,22

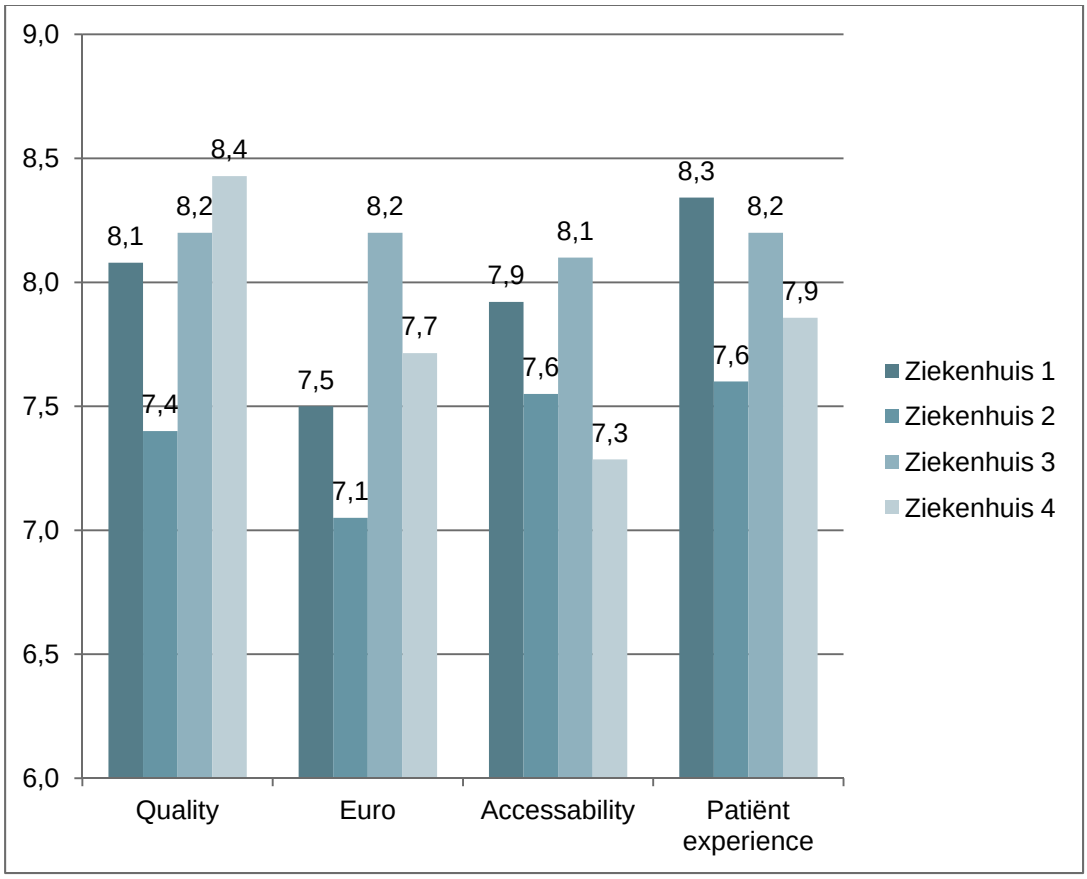
PA	PA Q	PA A	PA P	PA E
Min	7	5	5	5
Max	10	9	9	9
Gem.	8,1	7,9	8,1	7,6
Mediaan	8	8	8	8
Std. Deviatie	0,79	0,91	0,94	0,87

MS	VS/PA Q	VS/PA A	VS/PA P	VS/PA E
Min	3	3	3	3
Max	9	8	9	9
Gem.	7,6	6,9	7,9	7,3
Mediaan	8	8	8	8
Std. Deviatie	1,50	1,55	1,55	1,55

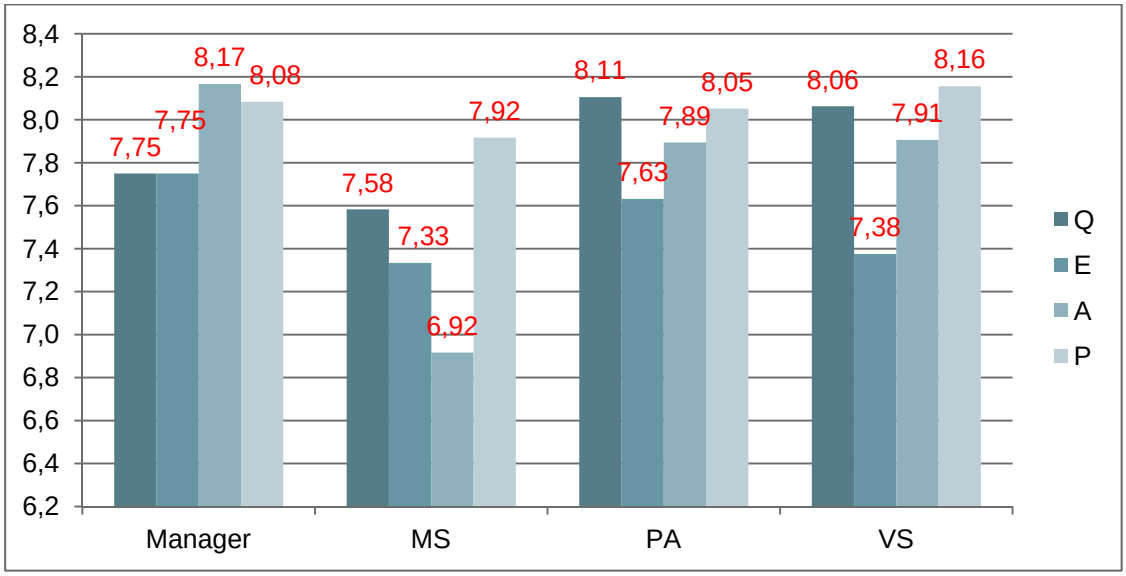
Manager	VS/PA Q	VS/PA A	VS/PA P	VS/PA E
Min	6	6	6	3
Max	9	9	9	9
Gem.	7,8	8,2	8,1	7,8
Mediaan	8	8	8	8
Std. Deviatie	0,83	0,80	0,86	1,64

Totaalgem.	VS/PA Q	VS/PA A	VS/PA P	VS/PA E
Gem. Totaal	8	8	8	8
Gem. VS	8	8	8	7
Gem. PA	8,1	7,9	8,1	7,6
Gem. MS	8	7	8	7
Gem. Manager	7,80	8,20	8,10	7,80

Gemiddelde cijfer op uitkomstcategorie



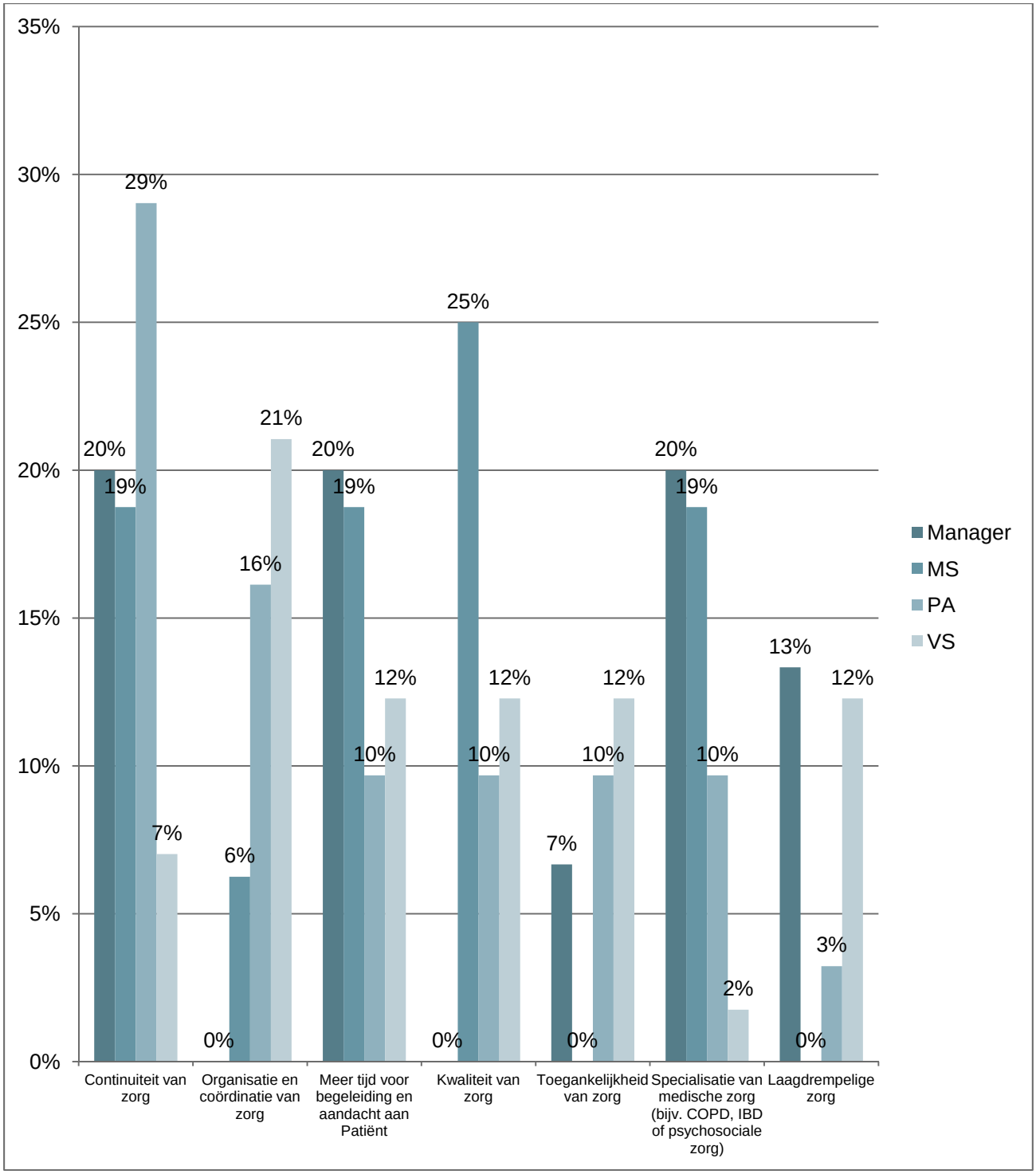
Gemiddeld cijfer op uitkomstcategorie per functie



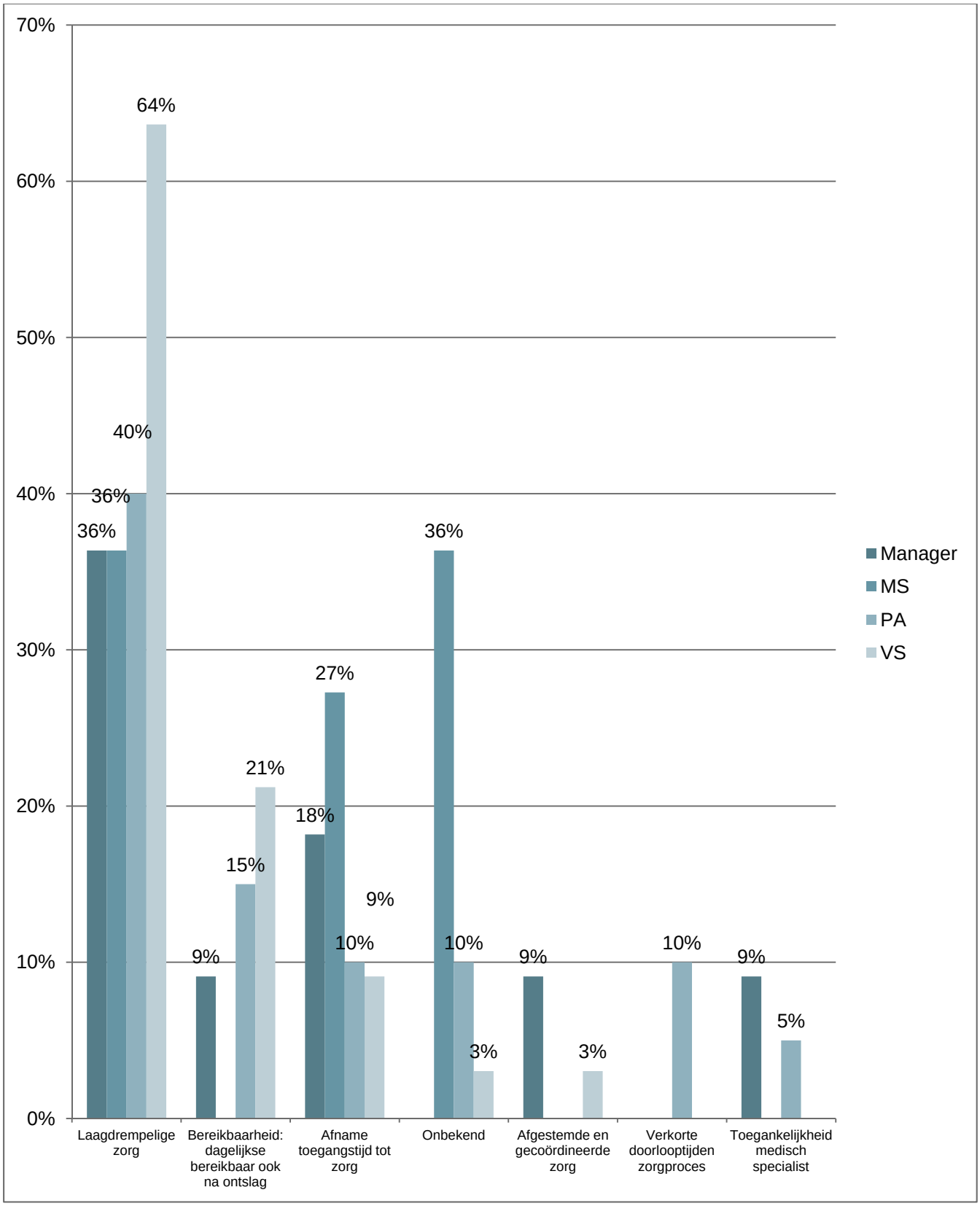
Meerwaarde inzet PA/VS op onderdelen van 'de driehoek van taakherschikking'

36, 37,39, 40, 42, 43, 45,46 Welke bijdrage in kwaliteit (Q), Toegankelijkheid (A), Patiënttevredenheid (P) en Doelmatigheid (E) is dit en waar blijkt dit uit? Grafiek E22, E23, E24 en E25.

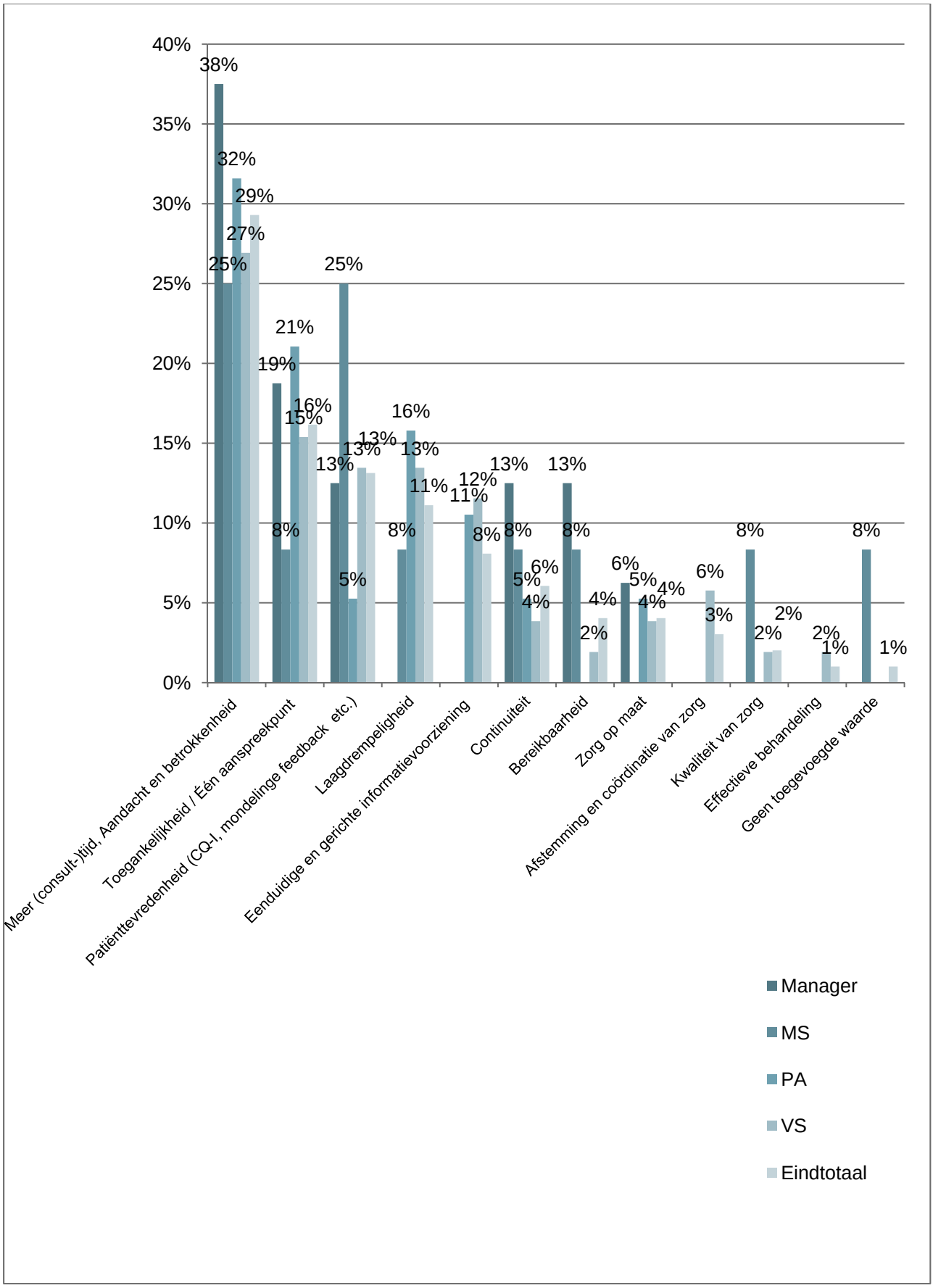
Bijdrage in kwaliteit (Q)



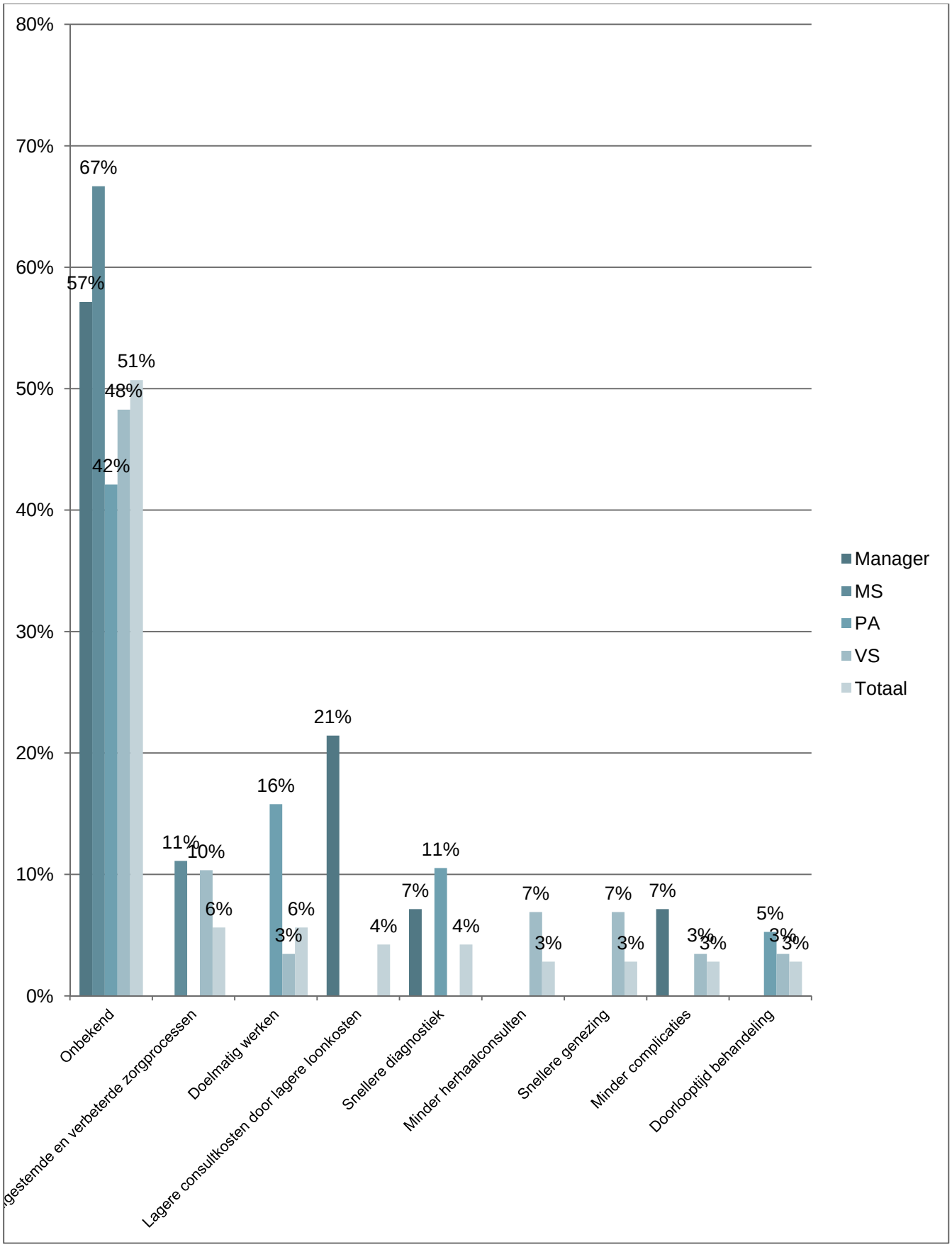
Bijdrage in Toegankelijkheid (A)



Bijdrage in Patiënttevredenheid (P)

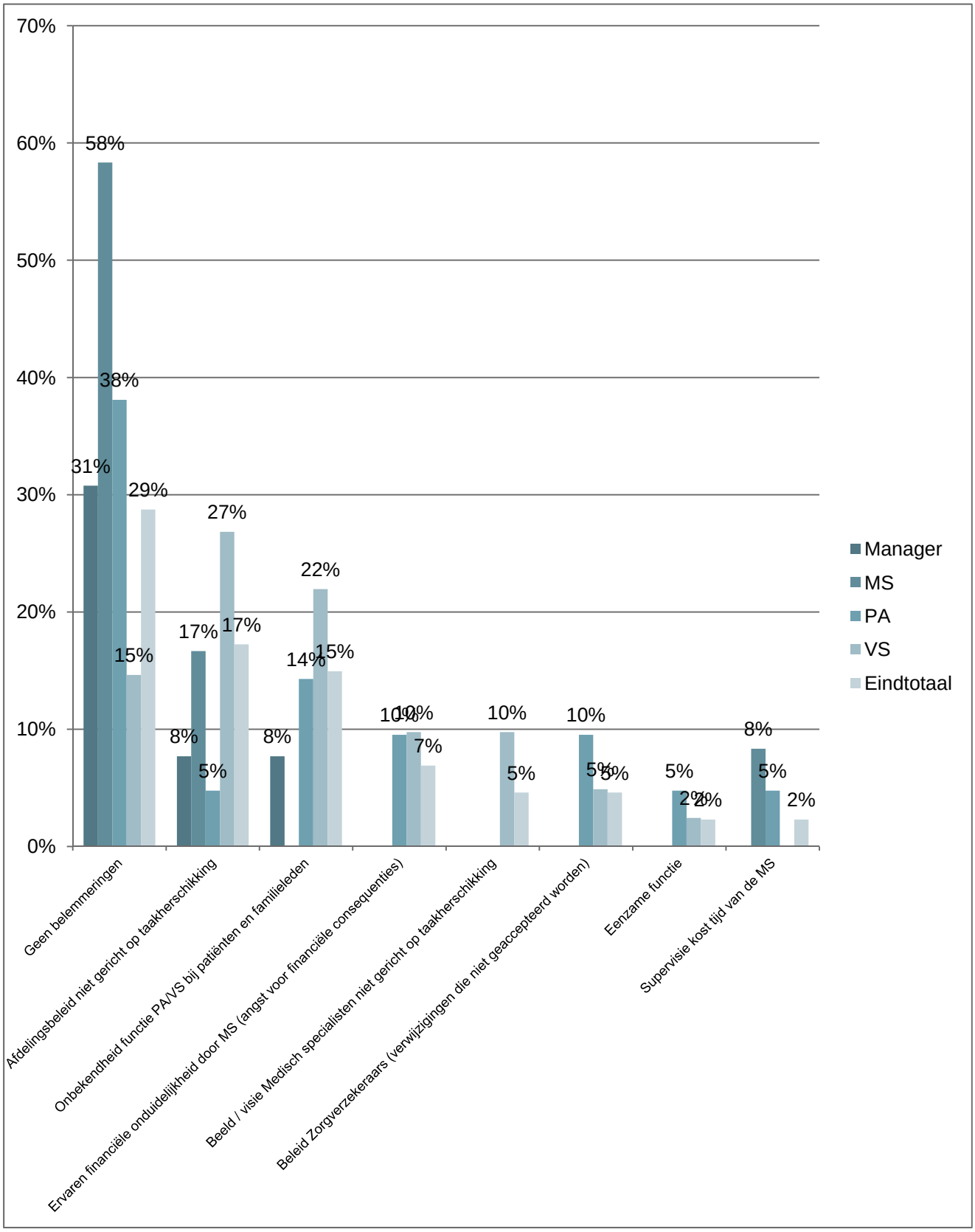


Bijdrage in Doelmatigheid (E)

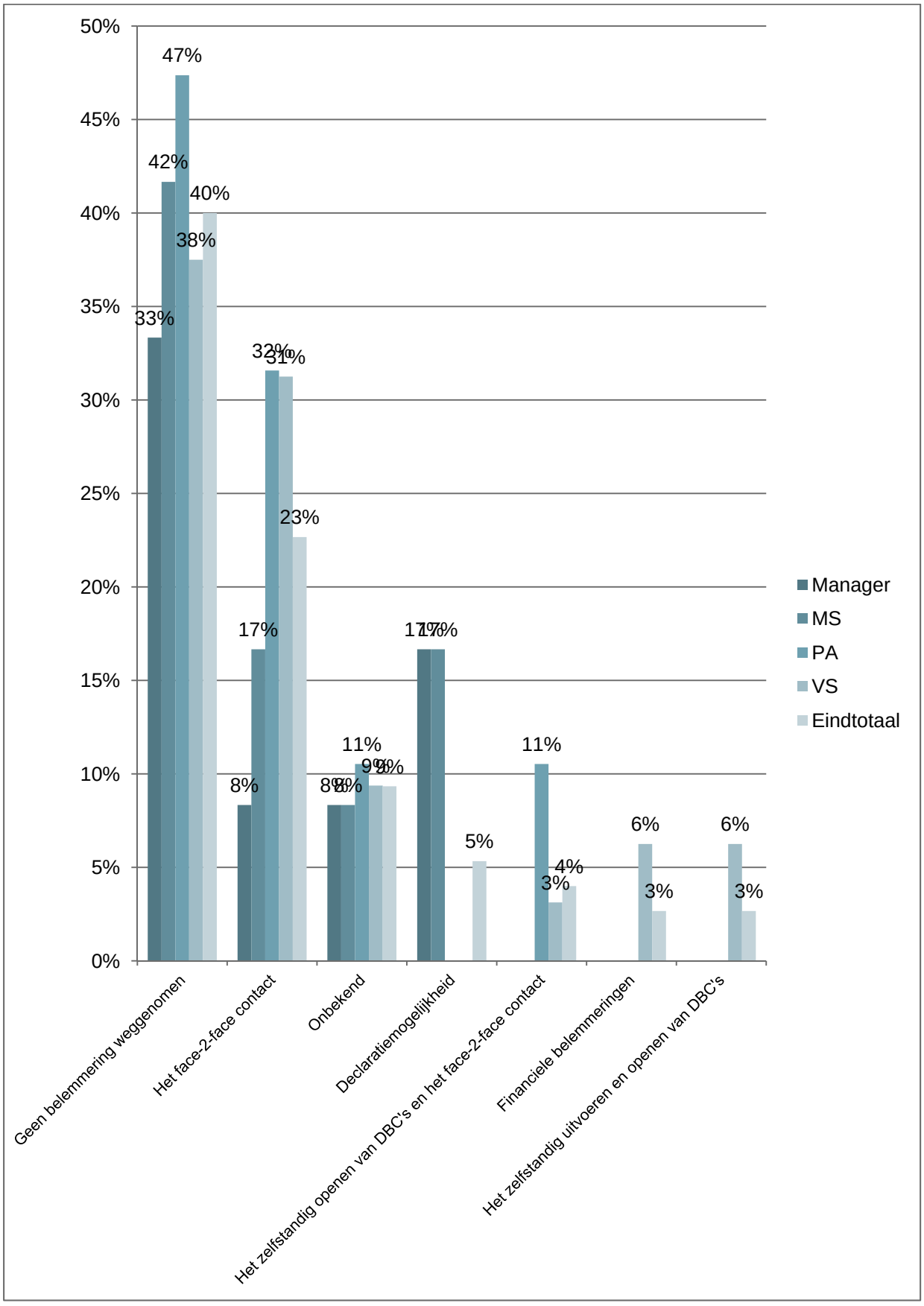


Belemmeringen ten aanzien van taakherschikking

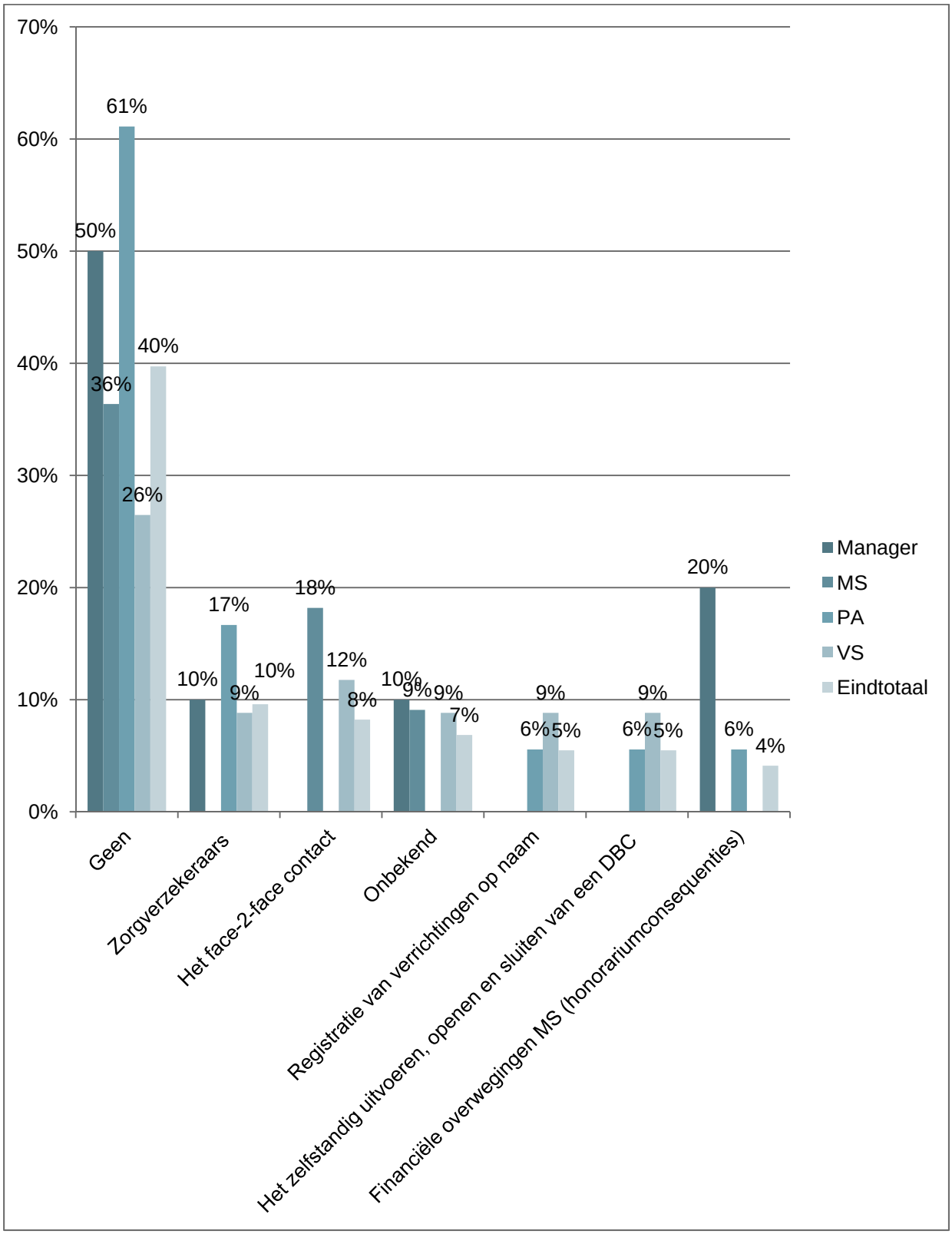
47 Welke belemmeringen ervaart u bij de uitoefening van uw taken voor wat betreft de taakherschikking in de dagelijkse praktijk? Grafiek E26.



48 Welke belemmeringen zijn volgens u sinds 1 januari 2015 weggenomen? Grafiek E27.



49. en 50. Welke belemmeringen zijn vanaf 2015 aan de orde gekomen? Grafiek E28 en tabel E17.



Categorie	Manager	MS	PA	VS	Eindtotaal
Geen	50%	36%	61%	26%	40%
Zorgverzekeraars accepteren geen doorverwijzingen, zelfstandig geopende DBC's en machtigingen op naam VS/PA	10%	0%	17%	9%	10%
Het face-2-face contact	0%	18%	0%	12%	8%
Onbekend	10%	9%	0%	9%	7%
Registratie van verrichtingen op naam	0%	0%	6%	9%	5%
De mogelijkheid voor het zelfstandig openen en sluiten van een DBC wanneer dat van toepassing mocht zijn.	0%	0%	6%	9%	5%
Financiële overwegingen (honorariumconsequenties)	20%	0%	6%	0%	4%

Bijlage 9: Vragenlijsten hermeting

Definitieve Vragenlijst 'Hermeting'
Doelgroep(en): **Manager/bedrijfsleider**

Cat 1. Achtergrond en kenmerken

1. In welke functie bent u werkzaam?
   Antwoord 1: Afdelingshoofd
   Antwoord 2: Bedrijfsleider/manager
   Antwoord 3: Business Controller
   Antwoord 4: Anders, nl.: …….

2. Wat is uw telefoonnummer?
   Open

3. Voor welk specialisme bent u werkzaam?
   Antwoord 1: Anesthesiologie
   Antwoord 2: Cardiologie
   Antwoord 3: Dermatologie
   Antwoord 4: Geriatrie
   Antwoord 5: Heelkunde
   Antwoord 6: Hematologie
   Antwoord 7: Intensive Care
   Antwoord 8: Interne Geneeskunde
   Antwoord 9: Keel-, Neus- en Oorgeneeskunde
   Antwoord 10: Longgeneeskunde
   Antwoord 11: Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgie
   Antwoord 12: Neurochirurgie
   Antwoord 13: Neurologie
   Antwoord 14: Revalidatie
   Antwoord 15: Spoedeisende Hulp
   Antwoord 16: Urologie
   Antwoord 17: Anders, nl.: ……..

4. *Wat is uw afdeling/werkplek?*
   Open

Cat 2. Effecten aanpassing beleidsregels en gebruikte interventies (deel 1)

5. Zijn er bij de uitvoering van de dagelijkse werkzaamheden van de VS en/of PA veranderingen doorgevoerd in 2015 of erna, naar aanleiding van de aanpassing in de beleidsregels voor wat betreft het *face 2 face* contact? (*Het face to face (F2F) contact tussen patiënt en medisch specialist of arts-assistent bij polikliniekbezoeken is op 1 januari 2015 ook van toepassing verklaard op VS en PA. De VS/PA mag sindsdien zelfstandig consulten uitvoeren en registreren.*
   Antwoord 1: Ja
   Antwoord 2: Nee
   Antwoord 3: Onbekend

6. Zo ja, kunt u aangeven welke veranderingen dit zijn?
   Open

7. Welke overwegingen hebben een rol gespeeld bij het doorvoeren van deze veranderingen?
   Open

8. Voert de VS en/of PA eerste consulten en/of vervolgconsulten uit?
   Antwoord 1: Ja
   Antwoord 2: Nee

9. Registreren de VS en PA de zorgactiviteiten (bijvoorbeeld eerste consulten en vervolgconsulten) die zij zelfstandig uitvoeren, op hun eigen naam?
   Antwoord 1: Ja
   Antwoord 2: Nee
   Antwoord 3: Onbekend
   Opmerkingen: Open

10. Zijn er in het registreren van zorgactiviteiten vanaf 2015 wijzigingen aangebracht?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee
    Antwoord 3: Onbekend

11. Welke wijzigingen?
    Open

12. In welke mate worden de consulten door de PA en/of VS zelfstandig uitgevoerd?
    Antwoord 1: Geheel zelfstandig
    Antwoord 2: Gedeeltelijk zelfstandig (met andere beroepsbeoefenaren)
    Antwoord 3: Onder begeleiding van de Medisch Specialist
    Antwoord 4: Anders, nl.: …….

13. Is het aantal consulten dat de VS en/of PA zelfstandig uitvoeren sinds 2015 veranderd?
    Antwoord 1: Meer consulten
    Antwoord 2: Minder consulten
    Antwoord 3: Geen veranderingen

14. Bij meer of minder consulten, wat is hiervan de reden?
    Antwoord 1: Verandering in het aantal patiënten
    Antwoord 2: Veranderingen van werkwijze afdeling of beleid
    Antwoord 3: Anders, nl.: …….

15. Indien geen veranderingen, is daar een reden voor?
    Open

Cat 2. Effecten wetswijzigingen en gebruikte interventies (deel 2)

16. Openen de VS en/of PA zelfstandig DBC-zorgproducten op hun eigen naam?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee
    Antwoord 3: Onbekend

17. Zijn er bij de uitvoering van uw dagelijkse werkzaamheden veranderingen doorgevoerd in 2015 of erna, naar aanleiding van de aanpassing in de beleidsregels voor wat betreft het zelfstandig kunnen openen van DBC-zorgproducten? (Sinds 1 januari 2015 mag de PA/VS zelfstandig DBC-zorgproducten openen en sluiten)
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee
    Antwoord 3: Onbekend

18. Kunt u aangeven welke veranderingen dit zijn?
    Open

19. Hebben er bij de uitvoering van uw dagelijkse werkzaamheden veranderingen plaatsgevonden vanwege de vorming van de Medisch Specialistisch bedrijven?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee
    Antwoord 3: Onbekend
    Antwoord 4: N.v.t.

20. Kunt u aangeven welke veranderingen dit zijn?
    Open

21. Hebben er bij de uitvoering van uw dagelijkse werkzaamheden veranderingen plaatsgevonden vanwege de integrale prijsvorming in 2015? (Per 2015 worden integrale tarieven ingevoerd. Kostprijzen worden gebaseerd op integrale tarieven; er wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen het honorarium van de medisch specialist en het ziekenhuisdeel)
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee
    Antwoord 3: Onbekend

22. Kunt u aangeven welke veranderingen dit zijn?
    Open

23. Hebben er bij de uitvoering van uw dagelijkse werkzaamheden veranderingen plaatsgevonden die een andere achtergrond hebben dan taakherschikking? (Denk hierbij aan meer consulten of activiteiten in het zorgproces die u voorheen niet deed.)
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee

24. Kunt u aangeven welke veranderingen dit zijn?
    Open

25. Zijn er bij de uitvoering van uw dagelijkse werkzaamheden veranderingen doorgevoerd in 2015 of erna, naar aanleiding van de aanpassing in de beleidsregels voor wat betreft de registratie van verrichtingen?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee
    Antwoord 3: Onbekend

26. Kunt u aangeven welke veranderingen dit zijn?
    Open

27. Hebben de eerder genoemde wijzigingen in de beleidsregels (F2F- criterium, zelfstandig openen dbc, etc.) een effect gehad op de dagelijkse praktijk?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee

28. Kunt u aangeven wat voor effect de genoemde wijzigingen hebben gehad?
    Open

29. Vindt u dat de uitgevoerde activiteiten van de VS en/of PA inzichtelijk zijn voor u en alle betrokken partijen?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee

30. Kunt u aangeven waarom niet?

Cat 3. Meerwaarde inzet op Kwaliteit, Toegankelijkheid van zorg, Patiëntervaring en Kosten

31. Met welk cijfer zou u de bijdrage van de VS en/of PA op de as van kwaliteit waarderen?

    1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

32. Kunt u kort aangeven welke bijdrage aan de kwaliteit dit volgens u is?
    Open

33. Waar blijkt deze bijdrage volgens u uit? (Bij voorkeur concreet benoemen welke indicatoren mogelijk een rol spelen.)
    Open

34. Met welk cijfer zou u de bijdrage van de VS en/of PA op de as van toegankelijkheid van zorg waarderen?

    1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

35. Kunt u kort aangeven welke bijdrage in toegankelijkheid dit volgens u is?
    Open

36. Waar blijkt deze bijdrage volgens u uit? (Bij voorkeur concreet benoemen welke indicatoren mogelijk een rol spelen.)
    Open

37. Met welk cijfer zou u de bijdrage van de VS en/of PA op de as van patiënttevredenheid waarderen?

    1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

38. Kunt u kort aangeven welke bijdrage in patiënttevredenheid dit volgens u is?
    Open

39. Waar blijkt deze bijdrage volgens u uit ? (Bij voorkeur concreet benoemen welke indicatoren mogelijk een rol spelen.)
    Open

40. Met welk cijfer zou u de bijdrage van de VS en/of PA op de as van doelmatige zorg waarderen?

    1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

41. Kunt u kort aangeven welke bijdrage in doelmatigheid dit volgens u is?
    Open

42. Waar blijkt deze bijdrage volgens u uit? (Bij voorkeur concreet benoemen welke indicatoren mogelijk een rol spelen.)
    Open

43. Welke voor- en nadelen ziet u bij de inzet van de VS/PA?
    Open

Cat 4. Kostprijzen

44. Is, volgens u, in de kostprijssystematiek zichtbaar op welke wijze de PA/VS bijdraagt in de kosten?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee
    Antwoord 3: Onbekend

45. Op welke wijze is dit zichtbaar?
    Open

46. Is dit gewijzigd in 2015 ten opzichte van eerdere jaren?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee
    Antwoord 3: Onbekend

47. Waarom is dit wel of niet gewijzigd in 2015 ten opzichte van eerdere jaren?
    Open

48. Hebben de aanpassingen in wetgeving effect gehad op de kostprijzen en kostprijsbepaling?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee
    Antwoord 3: Onbekend

49. Kunt u aangeven welke effecten dit zijn?
    Open

50. Als er wegingsfactoren bij de toerekening van kosten zijn gehanteerd, zijn deze specifiek voor de VS/PA vastgesteld?
    Antwoord 1: Ja, de kosten van de VS/PA worden toegerekend d.m.v. specifieke wegingsfactoren
    Antwoord 2: Nee, er is geen specifieke wegingsfactor
    Antwoord 3: Onbekend
    Antwoord 4: Anders, nl.: …….

51. Zijn deze wegingsfactoren geactualiseerd en specifiek voor de VS/PA geïnventariseerd?
    Open

Cat 5. Belemmeringen

52. Welke belemmeringen ervaart u bij de uitoefening van de taken bij de PA en/of VS voor wat betreft de taakherschikking in de dagelijkse praktijk?
    Open

53. Welke belemmeringen zijn volgens u sinds 1 januari 2015 weggenomen?
    Open

54. Welke belemmeringen zijn vanaf 2015 aan de orde gekomen?
    Open

55. Welke belemmeringen zijn volgens u hetzelfde gebleven?
    Open

Definitieve Vragenlijst 'Hermeting'
Doelgroep(en): **Medisch Specialisten**

Cat 1. Achtergrond en kenmerken

1. Bent u een Medisch Specialist?
   Antwoord 1: Ja
   Antwoord 2: Nee
   Antwoord 3: Anders, nl.: …….

2. Wat is uw telefoonnummer?
   Open

3. Voor welk specialisme bent u werkzaam?
   Antwoord 1: Anesthesiologie
   Antwoord 2: Cardiologie
   Antwoord 3: Dermatologie
   Antwoord 4: Geriatrie
   Antwoord 5: Heelkunde
   Antwoord 6: Hematologie
   Antwoord 7: Intensive Care
   Antwoord 8: Interne Geneeskunde
   Antwoord 9: Keel-, Neus- en Oorgeneeskunde
   Antwoord 10: Longgeneeskunde
   Antwoord 11: Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgie
   Antwoord 12: Neurochirurgie
   Antwoord 13: Neurologie
   Antwoord 14: Revalidatie
   Antwoord 15: Spoedeisende Hulp
   Antwoord 16: Urologie
   Antwoord 17: Anders, nl.: ……..

4. Voor welke patiëntengroep(en) bent u werkzaam?
   Open

5. Bent u direct betrokken bij de inzet van een Verpleegkundig Specialist of Physician Assistant?
   Antwoord 1: Ja, bij een Verpleegkundig Specialist
   Antwoord 2: Ja, bij een Physician Assistant
   Antwoord 3: Ja, bij een Verpleegkundig Specialist en een Physician Assistant
   Antwoord 4: Geen van beiden

Cat 2. Effecten aanpassing beleidsregels en gebruikte interventies (deel 1)

6. Zijn er bij de uitvoering van de dagelijkse werkzaamheden van de VS en/of PA veranderingen doorgevoerd in 2015 of erna, naar aanleiding van de aanpassing in de beleidsregels voor wat betreft het *face 2 face* contact? (*Het face to face (F2F) contact tussen patiënt en medisch specialist of arts-assistent bij polikliniekbezoeken is op 1 januari 2015 ook van toepassing verklaard op VS en PA. De VS/PA mag sindsdien zelfstandig consulten uitvoeren en registreren.*)
   Antwoord 1: Ja
   Antwoord 2: Nee

Antwoord 3: Onbekend

7. Zo ja, kunt u aangeven welke veranderingen dit zijn?
   Open

8. Welke overwegingen hebben een rol gespeeld bij het doorvoeren van deze veranderingen?
   Open

9. Voeren de VS en/of PA consulten en/of vervolgconsulten uit?
   Antwoord 1: Ja
   Antwoord 2: Nee

10. Registreren de VS en PA de zorgactiviteiten (bijvoorbeeld eerste consulten en vervolgconsulten) die zij zelfstandig uitvoeren, op hun eigen naam?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee
    Antwoord 3: Onbekend
    Opmerkingen: Open

11. Zijn er in het registreren van zorgactiviteiten vanaf 2015 wijzigingen aangebracht?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee
    Antwoord 3: Onbekend

12. Welke wijzigingen?
    Open

13. In welke mate worden consulten door de PA en/of VS zelfstandig uitgevoerd?
    Antwoord 1: Geheel zelfstandig
    Antwoord 2: Gedeeltelijk zelfstandig (met andere beroepsbeoefenaren)
    Antwoord 3: Onder begeleiding van de Medisch Specialist
    Antwoord 4: Anders, nl.: …….

14. Is het aantal consulten dat de VS en/of PA mede of zelfstandig uitvoert sinds 2015 veranderd?
    Antwoord 1: Meer consulten
    Antwoord 2: Minder consulten
    Antwoord 3: Geen veranderingen

15. Bij meer of minder consulten, wat is hiervan de reden?
    Antwoord 1: Verandering in het aantal patiënten
    Antwoord 2: Veranderingen van werkwijze afdeling of beleid
    Antwoord 3: Anders, nl.: …….

16. Indien geen veranderingen, is daar een reden voor?
    Open

Cat 2. Effecten wetswijzigingen en gebruikte interventies (deel 2)

17. Openen de VS en/of PA zelfstandig DBC-zorgproducten op hun eigen naam?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee

Antwoord 3: Onbekend

18. Zijn er bij de uitvoering van de dagelijkse werkzaamheden van de PA en/of VS veranderingen doorgevoerd in 2015 of erna, naar aanleiding van de aanpassing in de beleidsregels voor wat betreft het zelfstandig kunnen openen van DBC-zorgproducten? (Sinds 1 januari 2015 mag de PA/VS zelfstandig DBC-zorgproducten openen en sluiten)
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee
    Antwoord 3: Onbekend

19. Kunt u aangeven welke veranderingen dit zijn?
    Open

20. Hebben er bij de uitvoering van de dagelijkse werkzaamheden van de PA/VS veranderingen plaatsgevonden vanwege de vorming van de Medisch Specialistisch bedrijven?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee
    Antwoord 4: N.v.t.

21. Kunt u aangeven welke veranderingen dit zijn?
    Open

22. Hebben er bij de uitvoering van de dagelijkse werkzaamheden van de VS en/of PA veranderingen plaatsgevonden vanwege de integrale prijsvorming in 2015? (Per 2015 worden integrale tarieven ingevoerd. Kostprijzen worden gebaseerd op integrale tarieven; er wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen het honorarium van de medisch specialist en het ziekenhuisdeel)
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee
    Antwoord 3: Onbekend

23. Kunt u aangeven welke veranderingen dit zijn?
    Open

24. Hebben er bij de uitvoering van de dagelijkse werkzaamheden van de VS en/of PA veranderingen plaatsgevonden die een andere achtergrond hebben dan taakherschikking? (Denk hierbij aan meer consulten of activiteiten in het zorgproces die u voorheen niet deed.)
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee

25. Kunt u aangeven welke veranderingen dit zijn?
    Open

26. Zijn er bij de uitvoering van uw dagelijkse werkzaamheden veranderingen doorgevoerd in 2015 of erna, naar aanleiding van de aanpassing in de beleidsregels voor wat betreft de registratie van verrichtingen?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee
    Antwoord 3: Onbekend

27. Kunt u aangeven welke veranderingen dit zijn?
    Open

28. Is uw takenpakket door de inzet van de VS en/of PA veranderd?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee

29. Welke activiteiten bent u gaan verrichten met de (mogelijk) vrijgekomen tijd?
    Open

30. Welke taken zijn veranderd? (Meerdere antwoorden mogelijk)
    Antwoord 1: Meer nieuwe patiënten (poliklinische bezoeken)
    Antwoord 2: Meer controle patiënten (poliklinische bezoeken)
    Antwoord 3: Meer onderzoek
    Antwoord 4: Meer onderwijs
    Antwoord 5: Anders, nl.: …….

31. Bent u meer complexe patiënten gaan zien?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee

32. Hebben de genoemde wijzigingen in de beleidsregels (F2F- criterium, zelfstandig openen dbc, etc.) een effect gehad op de dagelijkse praktijk?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee

33. Kunt u aangeven wat voor effect de genoemde wijzigingen hebben gehad?
    Open

34. Vindt u dat de uitgevoerde activiteiten van de VS en/of PA inzichtelijk zijn voor u en alle betrokken partijen?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee

35. Kunt u aangeven waarom niet?

36. Kunt u aangeven in welke mate de PA onderstaande taken uitvoert? (totaal niet meer dan 100%)
    Antwoord 1: ..% Herschikte taken: patiëntenzorgtaken, van Medisch specialist naar u overgeheveld
    Antwoord 2: ..% Additionele taken: patiëntenzorgtaken, maar niet overgenomen van Medisch Specialist (aanvullend vanuit bijvoorbeeld verpleegkundig domein).
    Antwoord 3: ..% Overige taken: Onderwijstaken.
    Antwoord 4: ..% Overige taken: Onderzoekstaken
    Antwoord 5: ..% Overige taken: Namelijk ……. (toelichting in onderstaande opmerkingenvak invullen)
    Opmerkingen: Open

37. Kunt u aangeven in welke mate de VS onderstaande taken uitvoert? (totaal niet meer dan 100%)

    Antwoord 1: ..% Herschikte taken: patiëntenzorgtaken, van Medisch specialist naar u overgeheveld
    Antwoord 2: ..% Additionele taken: patiëntenzorgtaken, maar niet overgenomen van Medisch Specialist (aanvullend vanuit bijvoorbeeld verpleegkundig domein).
    Antwoord 3: ..% Overige taken: Onderwijstaken.
    Antwoord 4: ..% Overige taken: Onderzoekstaken
    Antwoord 5: ..% Overige taken: Namelijk ……. (toelichting in onderstaande opmerkingenvak invullen)
    Opmerkingen: Open

Cat 3. Meerwaarde inzet op Kwaliteit, Toegankelijkheid van zorg, Patiëntervaring en Kosten

38. Met welk cijfer zou u de bijdrage van de VS en/of PA op de as van kwaliteit waarderen?

    1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

39. Kunt u kort aangeven welke bijdrage aan de kwaliteit dit volgens u is?
    Open

40. Waar blijkt deze bijdrage volgens u uit? (Bij voorkeur concreet benoemen welke indicatoren mogelijk een rol spelen.)
    Open

41. Met welk cijfer zou u de bijdrage van de VS en/of PA op de as van toegankelijkheid van zorg waarderen?

    1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

42. Kunt u kort aangeven welke bijdrage in toegankelijkheid dit volgens u is?
    Open

43. Waar blijkt deze bijdrage volgens u uit? (Bij voorkeur concreet benoemen welke indicatoren mogelijk een rol spelen.)
    Open

44. Met welk cijfer zou u de bijdrage van de VS en/of PA op de as van patiënttevredenheid waarderen?

    1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

45. Kunt u kort aangeven welke bijdrage in patiënttevredenheid dit volgens u is?
    Open

46. Waar blijkt deze bijdrage volgens u uit ? (Bij voorkeur concreet benoemen welke indicatoren mogelijk een rol spelen.)
    Open

47. Met welk cijfer zou u de bijdrage van de VS en/of PA op de as van doelmatige zorg waarderen?

    1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

48. Kunt u kort aangeven welke bijdrage in doelmatigheid dit volgens u is?
    Open

49. Waar blijkt deze bijdrage volgens u uit? (Bij voorkeur concreet benoemen welke indicatoren mogelijk een rol spelen.)
    Open

50. Welke voor- en nadelen ziet u bij de inzet van de VS/PA?
    Open

Cat 4. Belemmeringen

51. Welke belemmeringen ervaart u bij de uitoefening van de taken bij de PA en/of VS voor wat betreft de taakherschikking in de dagelijkse praktijk?
    Open

52. Welke belemmeringen zijn volgens u sinds 1 januari 2015 weggenomen?
    Open

53. Welke belemmeringen zijn vanaf 2015 aan de orde gekomen??
    Open

54. Welke belemmeringen zijn volgens u hetzelfde gebleven??
    Open

Definitieve Vragenlijst 'Hermeting'
Doelgroep(en): **Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants**

Cat 1. Achtergrond en kenmerken

1. Bent u werkzaam in de functie Verpleegkundig Specialist of Physician Assistant?
   Antwoord 1: Verpleegkundig Specialist
   Antwoord 2: Physician Asssistant
   Antwoord 3: Anders, nl.: …….

2. Voor welk specialisme bent u werkzaam?
   Antwoord 1: Anesthesiologie
   Antwoord 2: Cardiologie
   Antwoord 3: Dermatologie
   Antwoord 4: Geriatrie
   Antwoord 5: Heelkunde
   Antwoord 6: Hematologie
   Antwoord 7: Intensive Care
   Antwoord 8: Interne Geneeskunde
   Antwoord 9: Keel-, Neus- en Oorgeneeskunde
   Antwoord 10: Longgeneeskunde
   Antwoord 11: Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgie
   Antwoord 12: Neurochirurgie
   Antwoord 13: Neurologie
   Antwoord 14: Revalidatie
   Antwoord 15: Spoedeisende Hulp
   Antwoord 16: Urologie
   Antwoord 17: Anders, nl.: ……..

3. Wat is uw telefoonnummer?
   Open

4. Voor welke patiëntengroep(en) bent u werkzaam?
   Open

5. In welke setting bent u werkzaam?
   Antwoord 1. Kliniek
   Antwoord 2. Polikliniek
   Antwoord 3. Zowel op polikliniek als kliniek
   Antwoord 4. Anders, nl.: …….

6. Kunt u kort benoemen welke activiteiten/taken u voornamelijk verricht in uw dagelijkse (zorg-)praktijk? (Bijv. werk als zaalarts of herhaalconsulten op de polikliniek.)
   Open

Cat 2. Effecten wetswijzigingen en gebruikte interventies (deel 1)

7. Zijn er bij de uitvoering van uw dagelijkse werkzaamheden veranderingen doorgevoerd in 2015 of erna, naar aanleiding van de aanpassing in de beleidsregels voor wat betreft het *face to face* contact? (*Het face to face (F2F) contact tussen patiënt en medisch specialist of arts-assistent bij polikliniekbezoeken is op 1 januari 2015 ook van toepassing verklaard op VS en PA. De VS/PA mag sindsdien zelfstandig consulten uitvoeren en registreren.*)
   Antwoord 1: Ja
   Antwoord 2: Nee
   Antwoord 3: Onbekend

8. Zo ja, kunt u aangeven welke veranderingen dit zijn?
   Open

9. Welke overwegingen hebben een rol gespeeld bij het doorvoeren van deze veranderingen?
   Open

10. Voert u eerste consulten en/of vervolgconsulten uit?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee

11. Registreert u de zorgactiviteiten (bijvoorbeeld eerste consulten en vervolgconsulten) die u zelfstandig uitvoert, op uw eigen naam?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee
    Antwoord 3: Onbekend
    Opmerkingen: Open

12. Zijn er in het registreren van zorgactiviteiten vanaf 2015 wijzigingen aangebracht?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee
    Antwoord 3: Onbekend

13. Welke wijzigingen?
    Open

14. In welke mate voert u deze consulten zelfstandig uit?
    Antwoord 1: Geheel zelfstandig
    Antwoord 2: Gedeeltelijk zelfstandig (met andere beroepsbeoefenaren)
    Antwoord 3: Onder begeleiding van de Medisch Specialist
    Antwoord 4: Anders, nl.: …….

15. Is het aantal consulten dat u mede of zelfstandig uitvoert sinds 2015 veranderd?
    Antwoord 1: Meer consulten
    Antwoord 2: Minder consulten
    Antwoord 3: Geen veranderingen

16. Bij meer of minder consulten, wat is hiervan de reden?
    Antwoord 1: Verandering in het aantal patiënten
    Antwoord 2: Veranderingen van werkwijze afdeling of beleid
    Antwoord 3: Anders, nl.: …….

17. Indien geen veranderingen, is daar een reden voor?
    Open

Cat 2. Effecten aanpassing beleidsregels en gebruikte interventies (deel 2)

18. Opent u zelfstandig DBC-zorgproducten op uw eigen naam?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee

19. Zijn er bij de uitvoering van uw dagelijkse werkzaamheden veranderingen doorgevoerd in 2015 of erna, naar aanleiding van de aanpassing in de beleidsregels voor wat betreft het zelfstandig kunnen openen van DBC-zorgproducten? (Sinds 1 januari 2015 mag de PA/VS zelfstandig DBC-zorgproducten openen en sluiten)
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee

20. Kunt u aangeven welke veranderingen dit zijn?
    Open

21. Hebben er bij de uitvoering van uw dagelijkse werkzaamheden veranderingen plaatsgevonden vanwege de vorming van de Medisch Specialistisch bedrijven?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee
    Antwoord 3: Onbekend
    Antwoord 4: N.v.t.

22. Kunt u aangeven welke veranderingen dit zijn?
    Open

23. Hebben er bij de uitvoering van uw dagelijkse werkzaamheden veranderingen plaatsgevonden vanwege de integrale prijsvorming in 2015? (Per 2015 worden integrale tarieven ingevoerd. Kostprijzen worden gebaseerd op integrale tarieven; er wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen het honorarium van de medisch specialist en het ziekenhuisdeel)
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee
    Antwoord 3: Onbekend

24. Kunt u aangeven welke veranderingen dit zijn?
    Open

25. Hebben er bij de uitvoering van uw dagelijkse werkzaamheden veranderingen plaatsgevonden die een andere achtergrond hebben dan taakherschikking? (Denk hierbij aan meer consulten of activiteiten in het zorgproces die u voorheen niet deed.)
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee

26. Kunt u aangeven welke veranderingen dit zijn?
    Open

27. Zijn er bij de uitvoering van uw dagelijkse werkzaamheden veranderingen doorgevoerd in 2015 of erna, naar aanleiding van de aanpassing in de beleidsregels voor wat betreft de registratie van verrichtingen?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee

28. Kunt u aangeven welke veranderingen dit zijn?
    Open

29. Vindt u dat de genoemde wijzigingen in de beleidsregels (F2F- criterium, zelfstandig openen dbc, etc.) een positief effect hebben gehad?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee

30. Kunt u aangeven waarom u vindt dat dit wel of geen positief effect heeft gehad?
    Open

31. Vindt u dat uw eigen activiteiten transparant zijn voor iedereen?
    Antwoord 1: Ja
    Antwoord 2: Nee

32. Kunt u aangeven waarom niet?

33. Kunt u aangeven in welke mate u onderstaande taken uitvoert? (totaal niet meer dan 100%)
    Antwoord 1: ..% Herschikte taken: patiëntenzorgtaken, van Medisch specialist naar u overgeheveld
    Antwoord 2: ..% Additionele taken: patiëntenzorgtaken, maar niet overgenomen van Medisch Specialist (aanvullend vanuit bijvoorbeeld verpleegkundig domein).
    Antwoord 3: ..% Overige taken: Onderwijstaken.
    Antwoord 4: ..% Overige taken: Onderzoekstaken
    Antwoord 5: ..% Overige taken: Namelijk ……. (toelichting in onderstaande opmerkingenvak invullen)
    Opmerkingen: Open

Cat 3. Meerwaarde inzet op Kwaliteit, Toegankelijkheid van zorg, Patiëntervaring en Kosten

34. Welke motivatie(s) ziet u om de VS en/of PA in te zetten in uw organisatie of afdeling? (Zo mogelijk: welke voor- en nadelen ziet u.)
    Open

35. Met welk cijfer zou u uw bijdrage op de as van kwaliteit waarderen?

    1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

36. Kunt u kort aangeven welke bijdrage aan de kwaliteit dit volgens u is?
    Open

37. Waar blijkt deze bijdrage volgens u uit? (Bij voorkeur concreet benoemen welke indicatoren mogelijk een rol spelen.)
    Open

38. Met welk cijfer zou u uw eigen bijdrage op de as van toegankelijkheid van zorg waarderen?

    1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

39. Kunt u kort aangeven welke bijdrage in toegankelijkheid dit volgens u is?
    Open

40. Waar blijkt deze bijdrage volgens u uit? (Bij voorkeur concreet benoemen welke indicatoren mogelijk een rol spelen.)
    Open

41. Met welk cijfer zou u uw eigen bijdrage op de as van patiënttevredenheid waarderen?

    1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

42. Kunt u kort aangeven welke bijdrage in patiënttevredenheid dit volgens u is?
    Open

43. Waar blijkt deze bijdrage volgens u uit ? (Bij voorkeur concreet benoemen welke indicatoren mogelijk een rol spelen.)
    Open

44. Met welk cijfer zou u uw eigen bijdrage op de as van doelmatige zorg waarderen?

    1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

45. Kunt u kort aangeven welke bijdrage in doelmatigheid dit volgens u is?
    Open

46. Waar blijkt deze bijdrage volgens u uit? (Bij voorkeur concreet benoemen welke indicatoren mogelijk een rol spelen.)
    Open

Cat 4. Belemmeringen

47. Welke belemmeringen ervaart u bij de uitoefening van uw taken voor wat betreft de taakherschikking in de dagelijkse praktijk?
    Open

48. Welke belemmeringen zijn volgens u sinds 1 januari 2015 weggenomen?
    Open

49. Welke belemmeringen zijn vanaf 2015 aan de orde gekomen?
    Open

50. Welke belemmeringen zijn volgens u hetzelfde gebleven?
    Open

Colofon

Deze uitgave is uitgevoerd door de
Adviesgroep Procesverbetering
en Innovatie van het Radboudumc
in opdracht van het Ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Nijmegen, 14 juli 2016

Radboud universitair medisch centrum