

Waarover gaat deze brochure?

Oude gewoontes

De gezondheidszorg werkt met procedures waaraan wij allemaal gewend zijn. Hebt u een herhalingsrecept nodig, bijvoorbeeld voor een bloedverdunner? Dan belt u met de huisarts, die het recept voor u klaarlegt of het faxt naar de apotheek. Hebt u nekklachten? Dan gaat u naar de huisarts, die u met een pennentrek verwijst naar de fysiotherapeut, dezelfde waar u twee jaar terug ook al eens vijf keer bent geweest, voor hetzelfde probleem.

Als patiënt weet je dus wat je te doen staat. En als hulpverlener ook. Toch kun je je afvragen of de huidige verdeling van taken wel de beste is. Waarom kunt u als patiënt eigenlijk niet direct de praktijk van uw fysiotherapeut bellen? Waarom kan de verpleegkundige bij de trombosedienst waar u wekelijks komt u niet meteen een herhalingsrecept geven?

Nieuwe ideeën

Er gaan steeds meer stemmen op dat de taakverdeling in de gezondheidszorg onder de loep genomen moet worden. Misschien kan die namelijk wel anders. De huidige situatie vraagt daar ook om. Iedereen is bekend met de problemen in de gezondheidszorg; wachtlijsten, werkdruk en kwaliteit die onder druk staan. Het herverdelen van taken kan één van de oplossingen zijn.

Over die herverdeling van taken gaat deze brochure. Wat moet er veranderen in de zorg? En wat levert dat u als patiënt op? De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft daarop zijn visie gegeven in het advies 'Taakherschikking in de gezondheidszorg'. Deze brochure informeert u over de bevindingen van de Raad.

Daarbij zijn de problemen van u als patiënt het uitgangspunt. Die problemen passeren hier de revue in de vorm van een weekoverzicht van een bestaande patiënt. Ernst van der Zeeuw is een achtendertigjarige man die twee maanden geleden bijna overleed aan acuut hartfalen na een virusinfectie. Alleen zijn naam is gefingeerd; verder geeft dit weekoverzicht een reëel beeld van de gang van zaken tijdens zijn revalidatie. Hoewel deze patiënt iets ernstigs is overkomen, zullen zijn ervaringen ook herkenbaar zijn voor mensen die maar af en toe een beroep doen op de gezondheidszorg.

Waarom een andere taakverdeling?

Maandag

De dag begint met een moeilijke keuze: ga ik naar de trombosedienst of naar het revalidatiecentrum? Van beide instellingen heb ik zaterdag een brief ontvangen waarin staat dat ik mij daar maandagochtend om half negen moet vervoegen. Ik kies voor het revalidatiecentrum en zit om 8.30 uur in de wachtkamer, met nog vijftien andere mannen. De gezondheidstoestand van Ajax en PSV wordt besproken en men biedt tegen elkaar op over wie vroeger het meeste rookte. Om 8.45 uur komt er iemand binnen om onze hartslag op te nemen. Na een kwartier is iedereen aan de beurt geweest. Nu komt er iemand anders binnen om onze bloeddruk op te nemen. Hetzelfde ritueel herhaalt zich. Eindelijk kunnen we naar de hometrainers. Dan een kwartier uitwasemen, en met de auto naar huis. Vanaf 11 uur probeer ik mijn huisarts te bereiken voor een aantal herhalingsrecepten. Er wordt niet opgenomen, of ik krijg een antwoordapparaat dat meldt dat de assistente in overleg zit of op dit moment een medische handeling verricht. Om 13.15 uur heb ik de assistente te pakken. Zij belooft het recept naar mijn apotheek te faxen en om 14.45 uur houd ik mijn doosjes medicijnen in handen. Thuis staat de trombosedienst op mijn antwoordapparaat; waarom ik er vanochtend niet was. Ik bel voor een nieuwe afspraak.

Ruilverkaveling in de gezondheidszorg

Ooit was op het platteland een ingrijpende operatie nodig om versnipperde stukken grond opnieuw te verdelen. Boeren kregen aansluitende stukken land, in ruil waarvoor ze dan wel verderop gelegen weilanden en akkers moesten afstaan. Het had heel wat voeten in aarde, maar uiteindelijk was voor iedereen een doelmatigere bedrijfsvoering mogelijk. Een dergelijke ruilverkaveling is ook in de gezondheidszorg nodig. Daar gaat het dan niet om het ruilen van stukken grond, maar om het opnieuw bepalen van takenpakketten voor beroepen.

Net zoals de verdeling van landbouwgrond een lange geschiedenis kende van erven en handelen, zijn de takenpakketten van de hulpverleners in de gezondheidszorg historisch bepaald. Iedereen is gewend aan de ontstane situatie. Zo is de patiënt gewend met iedere gezondheidsvraag eerst naar de huisarts te gaan. En zo is de arts gewend om als enige medicatie te kunnen voorschrijven en daar het honorarium voor te ontvangen.

Voordelen voor hulpverleners

Een nieuwe verdeling van taken kan ervoor zorgen dat de takenpakketten van beroepen zo ingericht worden dat een optimale verdeling van het werk ontstaat. Gespecialiseerde artsen houden zich bijvoorbeeld bezig met hun kerntaken, terwijl begeleiding, voorlichting en nazorg door speciaal opgeleide verpleegkundigen wordt verzorgd. Artsen worden daardoor ontlast, waardoor zij meer patiënten kunnen zien.

Ook kunnen bepaalde beroepen zo aan aantrekkelijkheid winnen, een belangrijk argument bij de huidige schaarste op de arbeidsmarkt. Zo kan het beroepsperspectief van verpleegkundigen verbeteren wanneer zij meer bevoegdheden krijgen, zoals het voorschrijven van medicatie of doorverwijzen. Dit betekent dat zij breder ingezet kunnen worden, bijvoorbeeld in gespecialiseerde poli's voor hartfalen of diabetes.

Voordelen voor patiënten

Voor patiënten kan een andere taakverdeling ook belangrijke voordelen opleveren. Uit onderzoek blijkt dat er bij hen grote steun bestaat voor een herschikking van taken, als dat tenminste betekent dat zij sneller geholpen worden. Zo vindt 96% van respondenten in een onderzoek van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg het acceptabel dat gespecialiseerde verpleegkundigen de opvang bij de EHBO verzorgen en dat zij eenvoudige gevallen behandelen.

Een ander voorbeeld van positieve consumenten; 81% geeft de voorkeur aan een eerste consult door een gespecialiseerde verpleegkundige bij wie men binnen een week terecht kan boven een specialist op wie acht weken moet worden gewacht.

Ook inspraak in het tijdstip scoort hoog; 79% gaat voor een eenvoudige poliklinische nabehandeling liever naar een verpleegkundige dan naar een specialist, als dat betekent dat het tijdstip zelf gekozen kan worden. Natuurlijk is een voorwaarde dat de kwaliteit gewaarborgd is.

Die kwaliteit hoeft geenszins te lijden onder een andere taakverdeling. Uit onderzoek in Ierland blijkt bijvoorbeeld dat patiënten met hartfalen langer en kwalitatief beter leefden door de begeleiding van een verpleegkundige, in vergelijking met de reguliere afspraken met de specialist. Maar helaas zijn zulke cijfers niet altijd beschikbaar, zodat we in veel gevallen ook niet weten wat het effect is op de kwaliteit.

Beleid noodzakelijk

Op veel plaatsen is al lang sprake van informele vormen van taakverschikking. In drukke huisartsenpraktijken bepaalt de doktersassistente nogal eens wie toegang krijgt tot de arts. Ook verricht zij soms eenvoudige medische handelingen. Dat is een ongewenste situatie: de doktersassistente is immers van oorsprong vooral een administratieve kracht.

Het is dan ook van belang dat een andere verdeling van taken een serieus onderdeel van beleid wordt. Maar er zijn nogal wat hindernissen voor het doelmatiger verdelen van taken.

Wat zijn hindernissen voor een andere verdeling van taken?

Dinsdag

Om 8.30 uur zit ik bij de trombosedienst voor mijn uitgestelde consult. Maar tien minuten wachten, bloed aftappen, en weer weg. Morgen ligt er een brief op de mat met de nieuwe dosering van mijn medicatie. Een prima systeem. Alleen jammer dat ze niet vragen wanneer ik kan komen en ook niet weten wanneer ik in het revalidatiecentrum of het academisch ziekenhuis wordt verwacht. Had ik maar een soort impresario die alles voor mij regelde en die ik kan vragen waar alles wat ik doe eigenlijk voor dient. Waar zijn al die medicijnen voor die ik gisteren weer heb opgehaald? Ik heb geen idee. Alleen van de plaspillen is duidelijk wat ze doen. Maar waarom kan ik mij eigenlijk niet verlaten op de wijsheid van mijn nieren? Om 14.30 uur zit ik in het ziekenhuis, bij de hartpoli, voor een echo. Een half uurtje de tijd om wat oude Privé's door te nemen. Ene Wendy en Xander blijken te gaan trouwen. Wat fijn voor ze! Ik ben om half vier thuis.

Aarzelingen bij hulpverleners

Net als bij de ruilverkaveling het geval was, is niet iedereen onmiddellijk enthousiast over het idee van een wat andere verdeling van taken. Artsen geven hun verantwoordelijkheden niet graag uit handen. Zij maken zich zorgen over de kwaliteit van medische zorg, maar zijn ook bang voor een aantasting van hun (financiële) positie. Ook vinden ze dat ze toezicht moeten houden op taken die door anderen worden uitgevoerd, al is dat in de praktijk lang niet altijd te realiseren. Hoewel sinds de wet BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) uit 1995 de arts niet langer automatisch

eindverantwoordelijk is, is het domeindenken bij hen nog erg sterk aanwezig.

Onder verpleegkundigen wordt veel gediscussieerd over het dragen van meer verantwoordelijkheid. Hun competenties zouden beter benut kunnen worden, maar hoe moet de kwaliteit van de zorg gewaarborgd worden? Ook zij hebben dus aarzelingen.

Bescherming van patiënten

Behalve obstakels die voortkomen uit het domeindenken, zijn er ook juridische beletsels voor een andere verdeling van taken. Veel van die regels zijn ervoor bedoeld de patiënt te beschermen. Die moeten uiteraard blijven. Maar de huidige regelgeving laat te veel over aan de invulling door de beroepsgroepen zelf. En die zijn niet altijd enthousiast. Wil taakher-schikking een serieuze kans krijgen, dan zal de overheid dus sturend moeten optreden.

Wat is nodig voor een nieuwe verdeling van taken?

Woensdag

Om half negen weer present in het revalidatiecentrum. De gesprekken gaan over Ajax en PSV en over hoe lekker roken kan zijn. Om kwart voor negen het bekende ritueel. Er wordt flink commentaar gegeven door mijn lotgenoten als mijn bloeddruk 140 over 90 blijkt te zijn. En dat op mijn jeugdige leeftijd! Weer lekker fietsen en uitwasemen. Dan om 10.45 uur een afspraak met de cardioloog van het revalidatiecentrum, om de uitslag van een bloedtest te bespreken. Dit is een andere cardioloog dan de vorige keer en weer een andere dan die in het academisch ziekenhuis. Verder is alles hetzelfde. 'Wat is er gebeurd is de openingsvraag?' Je begint steeds opnieuw. Voor mijn vragen is er daardoor geen tijd. Ik heb een zuster Heidi nodig, die op de hartbewaking in het ziekenhuis wel eens even met mij kwam praten. Ik heb voortdurend het gevoel niet te weten wat er met mij gebeurt en waarom. Ik rijd naar huis, kan even lunchen en ga dan terug naar het revalidatiecentrum voor een intake voor de ontspannings- en ademhalingsoefeningen, waarover ik vorige week tijdens het fietsen bij toeval hoorde. Ik kan wel wat ontspanning gebruiken en ademhalen; ach, baat het niet dan schaadt het niet.

Mentaliteitsverandering

Om takenpakketten anders samen te stellen is vooral een mentaliteitsverandering nodig. De belangrijkste omwenteling is dat niet elke hulpvraag door een arts beantwoord hoeft te worden. Hulpverleners moeten beseffen dat de hulpvragen van patiënten divers zijn en dat die diversiteit ook nog zal toenemen. Die uiteenlopende hulpvragen hoeven niet meer allemaal eerst bij de arts terecht te komen.

Dat is niet nodig; ook bij andere hulpverleners is veel deskundigheid aanwezig, waarmee vaak goed op hulpvragen ingespeeld kan worden. Iedere hulpverlener werkt daarbij vanuit een eigen verantwoordelijkheid, binnen een passende wet- en regelgeving. Die moet het verpleegkundigen bijvoorbeeld toestaan om bepaalde medicatie voor te schrijven.

Kwaliteitswaarborg

Eén uitgangspunt blijft echter. De overheid moet duidelijk maken aan zowel hulpverleners als patiënten dat kwaliteitswaarborgen van groot belang blijven. Taken mogen pas overgenomen worden als de beroepsbeoefenaren deskundig zijn, bijvoorbeeld door een passende opleiding. Een onafhankelijk instituut zou bij een nieuwe taakverdeling de zorgresultaten in kaart moeten brengen, om de kwaliteit en toegankelijkheid te bewaken. Instellingen zouden echter nu al verplicht moeten worden om openheid te geven over de diploma's van medewerkers, zodat patiënten weten door wie zij geholpen worden.

Wetswijzigingen

Bepaalde wetten kunnen op dit moment al aangepast worden om belemmeringen van taakherschikking weg te nemen. Zo moeten de taken van verpleegkundigen niet langer omschreven worden als 'in opdracht' uit te voeren. Voor bijvoorbeeld de fysiotherapeut en andere paramedische beroepen zou geschrapt moeten worden dat deze altijd 'op verwijzing' geraadpleegd worden. Directe toegang wordt dan mogelijk. Over de deskundigheid van doktersassistenten moet ook duidelijkheid komen, in de vorm van een beschermde titel.

Welke initiatieven moet de overheid nemen?

Donderdag

Om 16.00 uur een afspraak met een cardioloog in het academisch ziekenhuis, om de uitslag van mijn echo te bespreken. Ik ben om kwart voor zes aan de beurt en kom in de tussentijd te weten dat Wendy en Xander toch niet getrouwd zijn: hij blijkt net zoveel wisselende contacten te hebben als ik, alleen dan niet in de zorgsector. Nu alleen nog uitzoeken wie Wendy en Xander eigenlijk zijn. De echo is goed. Ik durf niet goed te beginnen over mijn angst 's nachts. Het is al zes uur als ik mijn standaardverhaal heb verteld. Ook deze cardioloog lijkt het een goed idee om nog eens bloed te laten prikken. Het lab is al dicht. Daarvoor kan ik morgen vast wel even langskomen? Maar natuurlijk! Ik ben inmiddels beroepspatiënt en fulltime beschikbaar, ook al ben ik op dit moment maar voor 50% arbeidsongeschikt.

Zorglijnen en zorgcentra

Om tegemoet te komen aan de diversiteit van hulpvragen en deskundigheden, zouden zorgadvieslijnen in het leven geroepen kunnen worden, waar patiënten dag en nacht terecht kunnen met vragen. Uiteraard moet de kwaliteit gewaarborgd en gecontroleerd worden. Overigens blijkt uit onderzoek in het buitenland dat de adviezen die via zo'n advieslijn gegeven werden maar in 1 op de 220.000 gevallen niet klopten.

Ook is het een goed idee om te experimenteren met laagdrempelige zorgcentra in wijken of gebieden waar achterstanden in de zorg het nijpendst zijn. Daar kunnen patiënten dan zonder afspraak terecht. 'Nurse practitioners' (verpleegkundigen die bepaalde medische verrichtingen mogen uitvoeren) zouden daar een belangrijke rol kunnen spelen bij het ontlasten van de huisartsen. De overheid zou dan ook opleidingsbudgetten moeten reserveren voor hulpverleners die taken van (tand)artsen over kunnen nemen.

Gespecialiseerde poli's

De resultaten met gespecialiseerde poli's, bijvoorbeeld voor diabetes, zijn zeer bemoedigend. De overheid zou dan ook moeten bevorderen dat meer initiatieven ontstaan voor integrale benaderingen van complexe gezondheidsproblemen als diabetes, herseninfarcten en hartfalen.

Prestatienormen

Voor zorgadvieslijnen, zorgcentra, huisartsen, huisartsenposten en andere voorzieningen zouden prestatieniveaus geformuleerd moeten worden; bijvoorbeeld binnen 12 uur een afspraak met een verpleegkundige of binnen 24 uur een afspraak met een huisarts.

Takenpakket huisarts

Tenslotte moet het takenpakket van huisartsen onder de loep genomen worden. Is het bijvoorbeeld wel wenselijk dat de begeleiding bij incontinentie of de griepvaccinatie door de huisarts wordt gegeven, of kan een gespecialiseerde verpleegkundige dit overnemen?

Hoe werkt de zorg met nieuwe taken?

Vrijdag

Van 8.30 uur tot 10.15 uur weer in het revalidatiecentrum. Gisteravond vroeg iemand mij waar die fietstesten eigenlijk voor zijn. Ik kon er geen antwoord op geven. Mijn hartslag wordt gecontroleerd, maar wat zeggen die cijfers eigenlijk? Wanneer is het goed en wanneer niet? Waar werken we naartoe? Lijdzaam en beschikbaar; dat is wat ik ben geworden. Een assertiever iemand dan ik ben, zou het steeds vragen, waarom moet ik dit doen, waar zijn deze pillen voor, kan ik niet morgen komen in plaats van vandaag? Maar een persoonlijkheidsverandering zit er op dit moment niet in; dat kan ik er niet nog bij hebben. Ik rijd naar het academisch ziekenhuis. De eerste zeven verdiepingen van de parkeergarage staan vol, en het duurt lang voordat ik bij de balie van de hartpoli sta. Ik trek een nummertje, en sta na een half uur weer buiten, weer wat bloed armer. Ik rijd mijn auto acht rondjes naar beneden. Thuis tref ik twee brieven aan. Een bevat het trainingsschema van het revalidatiecentrum voor komende week. Het andere mijn afspraak bij de trombosediens. Ik word dinsdag om 8.30 uur bij beide verwacht. Je gezondheid is het grootste goed en iedereen heeft het beste met mij voor: dat is heel erg duidelijk. Maar ik voel mij alsof ik tbs met dwangverpleging heb. Ik ben ter beschikking gesteld aan mijn eigen gezondheid.

Nieuw perspectief

Wat kan een nieuwe verdeling van taken betekenen voor mensen als Ernst van der Zeeuw? Niet al zijn problemen zullen erdoor worden opgelost. Maar belangrijke verbeteringen zijn wel mogelijk. Zo kunnen vrijwel alle contacten lopen via

een nurse practitioner die verbonden is aan het ziekenhuis, maar die ook spreekuur houdt in het revalidatiecentrum waar Ernst van der Zeeuw drie keer per week komt. Zij kan daar de benodigde controles uitvoeren, waaronder bloeddruk en pols, en wekelijks bloed afnemen voor de trombosedienst. Later op de dag stuurt ze dan per e-mail de dosering voor de bloedverdunners. Ook schrijft de nurse practitioner de herhaalrecepten voor. Die gaan per e-mail naar de apotheek, zodat Ernst de medicijnen op de terugweg meteen kan ophalen.

Het spreekuur in het revalidatiecentrum geeft ruimte om vragen te stellen en uitleg te krijgen, bijvoorbeeld bij de artikelen die Ernst op internet heeft opgezocht. De nurse practitioner kan eventueel de cardioloog in het ziekenhuis snel telefonisch raadplegen, of een ECG maken. Samen met Ernst stelt ze ook alvast de voortgangsrapportage op voor de afspraak die ze voor Ernst heeft gemaakt bij de cardioloog in het ziekenhuis. Na afloop kan hij bij haar terecht om de bevindingen van de cardioloog met haar door te spreken en een nieuw programma op te stellen voor de komende weken.

Op deze manier zou Ernst van der Zeeuw voornamelijk op één plek terecht kunnen voor de zorg die hij nodig heeft. Hij zou één centraal persoon als aanspreekpunt hebben, die zijn afspraken en zorg coördineert. En hij weet hoe de komende weken eruit zullen zien, omdat hij die samen met de nurse practitioner heeft ingevuld. Dat betekent dat hij weer werkafspraken kan maken en daadwerkelijk voor 50% aan de slag kan gaan.

Goede, toegankelijke zorg als leidraad

Het zijn dergelijke voordelen voor patiënten die de doorslag moeten geven bij het herverdelen van taken. Toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg; daar moet het om gaan. Tradities mogen dan ook niet bepalend zijn bij beslissingen over welke hulpverlener welke handelingen mag verrichten. Ook de hiërarchie van de oude beroepenstructuur mag niet de doorslag geven. Er moet gekeken worden wie de patiënt op welk moment het beste kan helpen.

Het gevolg van ruilverkaveling was een landschap dat doelmatiger bewerkt kon worden, maar dat er ook iets rechtlijneriger en saaier uitzag. Voor saaiheid hoeft bij taakherschikking in de zorg niet gevreesd te worden. Het landschap van de gezondheidszorg zal er niet alleen slagvaardiger, maar ook geva-

rieerder op worden, met nieuwe beroepen en met nieuwe invullingen van oude beroepen.