

**Kwadrant**Groep

KwadrantGroep

# Taakherschikking

Medische vakgroep



23-3-2021



## Inhoud

1. Inleiding .....	5
2. Opdracht.....	6
3. Begrippen en uitgangspunten .....	7
3.1 Begrippen .....	8
3.2 Uitgangspunten .....	8
3.3 Visie .....	8
4. Juridische kaders .....	9
4.1 Wet BIG.....	9
4.2 Kwaliteitswet Zorginstellingen .....	9
4.3 Verantwoordelijkheden bij taakherschikking.....	10
5. De regievoerend behandelaar.....	11
6. Succesfactoren en aanbevelingen bij taakherschikking binnen Kwadrantgroep.....	11
6.1 Continu proces .....	13
6.2 Vertrouwen en samenwerking.....	13
6.3 Maatwerk .....	13
6.4 Kader taakverdeling Kwadrantgroep.....	15
6.5 Aanbevelingen .....	16
7. Formatie .....	17
Bijlage 1 Huidige taken en verantwoordelijkheden SO.....	19
Bijlage 2 De multidisciplinaire oordeels- en besluitvorming.....	20
Bijlage 3 Werkformulier taakherschikking .....	22

## 1. Inleiding

KwadrantGroep biedt een totaalpakket aan ouderenzorg. Om dat te kunnen bieden is een goed, professioneel behandelteam van essentieel belang. De specialisten die werken bij het KwadrantGroep behandelteam zijn volledig gespecialiseerd in behandeling en begeleiding van ouderen bij problemen en ziektes op sociaal, psychisch en lichamelijk gebied. Het behandelteam bestaat uit verschillende vakgroepen, waaronder de medische vakgroep, bestaande uit Specialist Ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten/physician assistants (in opleiding) en overige artsen, wel of niet in opleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde. De markt van vraag en aanbod voor specialisten ouderengeneeskunde is een vraagmarkt: het aanbod van SO's is kleiner dan de vraag ernaar gezien het aantal vacatures en behoort met een gemiddelde van ongeveer 10% tot de medische beroepen met de meeste onvervulde vacatures. De prognose binnen KwadrantGroep is ook, gezien de leeftijdsopbouw, dat er de komende jaren uitstroom van SO's zal plaatsvinden. Gezien de tekorten op de arbeidsmarkt is het zeer de vraag of deze formatie opgevuld kan worden door het aantrekken van nieuwe SO's. Daarom is het van belang om te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om de medische vakgroep toekomstbestendig te houden. Het rapport "Toekomstbestendige Medische vakgroep" schetst mogelijke oplossingsrichtingen om een tekort aan SO's te kunnen opvangen in de toekomst. Daarbij is tevens aangegeven welke zaken verder onderzocht moeten worden en aan welke randvoorwaarden er moet worden voldaan voor het succesvol inzetten van de bepaalde koers.

Een van de oplossingsrichtingen, die in het rapport benoemd wordt is verticale functiedifferentiatie. De afgelopen maanden is dit onderwerp met een projectgroep verder uitgewerkt, wat tot het voorstel heeft geleid dat in dit rapport verder beschreven wordt. In de rest van dit rapport zal gesproken worden over "taakherschikking" (i.p.v. functiedifferentiatie).

De projectgroep Verticale functiedifferentiatie heeft zich toegespitst op de taken, die structureel door een andere functionaris kunnen worden overgenomen. Het kan dan gaan om eenvoudige handelingen, die bijvoorbeeld ook door een doktersassistent gedaan kunnen worden (onder verantwoordelijkheid van de SO of VS/PA), maar de projectgroep heeft zich gedurende het traject vooral toegespitst op de taken en verantwoordelijkheden van de SO, die bij de VS/PA belegd kunnen worden (onder eigen verantwoordelijkheid). Door een verruiming van de wettelijke kaders (sinds 2018) liggen hier belangrijke mogelijkheden voor het "ontlasten" van de SO. Ook de rol van de GZ psycholoog is binnen het project onderzocht t.a.v. het herschikken van taken van de SO. Ook hierin lijkt echter niet de grootste winst te behalen. In het beschrijven van de uitkomsten van het project in deze rapportage zal dus de nadruk liggen op de mogelijkheden van taakherschikking van de SO naar de VS/PA en de voorwaarden waar aan voldoen moet worden, om dit succesvol te kunnen doorvoeren.

## 2. Opdracht

In het plan van aanpak zijn de beoogde resultaten van het project en de voorwaarden waar aan voldaan moet worden als volgt omschreven.

### Voorwaarden

Er moet een visie op verticale functiedifferentiatie geformuleerd worden en deze moet uitgewerkt worden in een concreet voorstel/personeelsplan waarbij in elk geval aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- Passend binnen de kaders van wet- en regelgeving;
- Passend binnen afspraken met financiers (registratierechten, declaraties enz);
- Inzet functionarissen passend bij de verschillende cliëntgroepen (daarbij ook verschil intramuraal en 1e lijn);
- Geen uitholling van functies. Behoud van medewerkers is minstens zo belangrijk als instroom van nieuwe medewerkers. Werkplezier is daarom van groot belang.
- Alle behandeluren moeten geleverd kunnen worden + taken die daarnaast moeten gebeuren (overleg, beleidstaken, commissies, opleidingstaken).
- Maximale looptijd project: 1 jaar.

### Resultaten

Het project moet in elk geval de volgende resultaten opleveren:

- Een vastgestelde visie op verticale functiedifferentiatie binnen het behandelteam.
- Een vastgestelde professioneel statuut waarin verantwoordelijkheden en de wijze waarop er door de verschillende functionarissen binnen de medische vakgroep wordt samen gewerkt, is vastgelegd (inclusief regiebehandelaarschap).
- Effecten hiervan op andere beleidsterreinen zijn in kaart gebracht (aantal benodigde opleidingsplaatsen, werving van bijv. Verpleegkundig specialisten)
- Actuele protocollen op basis waarvan behandeling plaatsvindt

Eind 2019 zijn we gestart met de volgende projectgroep:

- Paul van der Wal; Specialist Ouderengeneeskunde
- Martin Cazemier; Specialist Ouderengeneeskunde
- Linda Eimers; GZ psycholoog
- Ciska Boomsma; doktersassistente
- Helga Frauenfelder; Verpleegkundig Specialist
- Doménique Dorremans; HR adviseur
- Janke Boersma; Projectleider

Vanwege het uitbreken van Corona in maart 2020, heeft het project enige tijd stil gelegen. De projectgroepleden hadden op dat moment geen ruimte voor het project vanwege de drukte, die Corona en de maatregelen met zich mee brachten. Vanaf mei hebben we het project weer opgepakt via beeldbellen. We hebben binnen het project steeds de functie van de SO centraal gezet. Niet omdat die belangrijker is dan de andere functies, maar omdat daar het grootste knelpunt zit qua bezetting. We zijn gestart met het in kaart brengen van de huidige taken en verantwoordelijkheden van de SO en welke daarvan mogelijk elders ondergebracht kunnen worden. (zie bijlage 1) Uit deze inventarisatie kwam naar voren, dat er organisatorisch het nodige beter ingeregeld en ondersteund kan worden, waardoor de SO minder tijd kwijt is aan “oneigenlijke taken”, zoals het bijhouden van indicaties en het plannen van afspraken. Deze aspecten zijn voornamelijk opgepakt binnen de projectgroep “Efficiënte praktijkvoering”. Dit project levert binnen de KwadrantGroep een bijdrage aan het oplossen van de (verwachte) krapte door het werk “anders te organiseren” waardoor taken elders of “slimmer” worden georganiseerd en belegd.

Binnen dit project zijn de volgende processen elders belegd of anders ingericht:

#### **Centrale triage**

- a. Eenduidige manier van vragen stellen aan de arts via het dossier, inclusief afstemming over consultatie bij verpleegkundige
- b. Introduceren van de SBAR methodiek ten behoeve van een betere overdracht en triage richting artsen
- c. Centraal telefoonnummer voor de bereikbaarheid bemand door de doktersassistenten
- d. Ondersteuning bij de triage bij aanmelding kortdurende zorg en de verschuiving van deze taken naar de verpleegkundigen
- e. Ondersteuning triage en administratief proces bij eerstelijns consulten (project eerstelijns)

#### **Administratieve ondersteuning**

- a. Eenduidige manier van labaanvragen en verwerken van uitslagen via het ECD
- b. Ondersteuning bij het versturen van brieven bij ontslag en overlijden
- c. Ondersteuning bij het aanvragen van indicaties en opvragen/ verwerken medisch dossier
- d. Plannen en roosteren via ONS

#### **Afstemming/structuur**

- a. KwadrantGroep brede afspraken over de overlegstructuur binnen locaties en de afspraken rondom MDO's en ZPO's
- b. Implementatie van medische domeinen gericht op interne afstemming rondom zorgsoort

De rest van dit rapport richt zich op de uitwerking van het onderzoek naar mogelijkheden voor Taakherschikking binnen de KwadrantGroep.

### **3. Begrippen en uitgangspunten**

Om te kunnen bepalen welke taken van de SO voor herschikking in aanmerking komen is eerst een inventarisatie gemaakt van de belangrijkste taken van de SO (zie bijlage 1). Vervolgens is gekeken naar de begrippen functiedifferentiatie en taakherschikking.

### 3.1 Begrippen

Funciedifferentiatie= herschikken van taken en verantwoordelijkheden in nieuwe of vernieuwde functies.

Er is geen sprake van nieuwe functies binnen de KwadrantGroep, maar van een herschikking van taken binnen bestaande functies. Dit gaat verder dan het delegeren van taken door een SO naar bijvoorbeeld de VS/PA. In dat geval wordt gesproken over Taakdelegatie.

Taakdelegatie (taakverschuiving) = het in opdracht van een arts uitvoeren van werkzaamheden door niet-zelfstandig bevoegde zorgprofessionals, die voorheen alleen door artsen werden verricht. Een voorbeeld hiervan is de POH, die eenvoudige handelingen uitvoert in opdracht van de SO of huisarts. Dit is al langer toegestaan binnen de Wet BIG, mits beide partijen overtuigd zijn van de bekwaamheid van de opdrachtnemer en er mogelijkheid is van toezicht en eventuele tussenkomst van de opdrachtgever.

Taakherschikking: gaat verder en betekent het structureel herverdelen van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden, tussen verschillende beroepen, bijvoorbeeld van een arts naar een VS/PA. Deze is dan zelfstandig bevoegd voor het indiceren, uitvoeren en delegeren van een taak en heeft een eigen verantwoordelijkheid voor het handelen en is tuchtrechtelijk aan te spreken.

We spreken daarom in dit rapport van Taakherschikking. Dit is ook de term, die door de brancheverenigingen wordt gehanteerd. (zoals Verenso en V&VN VS).

### 3.2 Uitgangspunten

Om te kunnen bepalen of taakherschikking wenselijk en/of noodzakelijk is worden afwegingen gemaakt t.a.v. de volgende principes:

1. Zorg: wat is nodig om zorg te kunnen bieden, dat voldoet aan het Kwaliteitskader?
2. Mensen: wat willen en kunnen mensen t.a.v. hun werk?
3. Middelen: wat is de (beperkte) beschikbaarheid van tijd, geld en mensen om de zorg mee te kunnen leveren?

Bij de keuzes voor taakherschikking moeten bovenstaande punten afgewogen worden om tot een besluit te komen. Voor de korte termijn zijn punt 1 en 3 essentieel; door het structurele tekort aan SO's dreigt de zorg niet of onvoldoende geleverd te kunnen worden. Punt 2 kan echter voor de langere termijn belangrijk worden: bij de keuzes voor taakherschikking moet er wel rekening mee gehouden worden dat er voor iedereen aantrekkelijke functies blijven bestaan (Vind een SO zijn werk nog leuk als een belangrijk deel van het werk niet meer door hem gedaan wordt, maar door bijv. een VS/PA?)

### 3.3 Visie

Taakherschikking wordt dus binnen de organisatie doorgevoerd vanuit een visie, namelijk:



*Het creëren van functies, die leiden tot de best mogelijke kwaliteit van de zorg, (passend binnen de wettelijke en organisatorische kaders) en tot doelmatigheid en die tegelijkertijd aantrekkelijk zijn voor medewerkers, omdat ze een beroep doen op hun kennis en competenties en hun betrokkenheid bij het werk vergroten.*

#### 4. Juridische kaders

Naast de hierboven geformuleerde uitgangspunten en visie waar keuzes t.a.v. taakherschikking aan getoetst moeten worden, zijn er ook een aantal (juridische) kaders waar rekening mee gehouden moet worden. Het moet te allen tijde duidelijk zijn wat de bevoegdheden, verantwoordelijkheden en positie van een zorgverlener binnen de organisatie is. Ook hoe de cliëntenzorg vorm wordt gegeven, die vanuit het samenwerkingsverband (multidisciplinair) wordt geleverd. Om dit vast te leggen wordt gebruik gemaakt van het Werkformulier implementatie taakherschikking (zie bijlage 3).

##### 4.1 Wet BIG

De zelfstandige bevoegdheid van Verpleegkundig specialisten en Physician Assistants is vastgelegd in de Wet BIG (art. 3). Voor de VS/PA 's die in het BIG-register vermeld staan, geldt dat ze:

- een wettelijk beschermde beroepstitel hebben;
- zelfstandige bevoegdheid hebben voor het uitvoeren van bepaalde voorbehouden handelingen;
- vallen onder het tuchtrecht.

Op grond van dit artikel hebben VS/PA's zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van de volgende voorbehouden handelingen:

- katheterisaties
- heilkundige handelingen
- injecties
- puncties
- voorschrijven van UR-geneesmiddelen (uitsluitend op recept)

Zelfstandige bevoegdheid betekent dat de VS/PA zelfstandig een diagnose kan stellen en een behandeling kan starten.

##### 4.2 Kwaliteitswet Zorginstellingen

Artikel 2 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen eist van de instelling dat verantwoorde zorg wordt geleverd: "Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt."

In artikel 40 van de Wet BIG is voor de individuele beroepsbeoefenaar een soortgelijke verplichting geformuleerd. Welke afspraken men in de professionele zorgverlening ook maakt ten aanzien van de herschikking van taken, aan de eisen van verantwoorde zorg moet te allen tijde voldaan zijn. Voor instellingen geldt, dat zij de zorg hebben voor een goede infrastructuur waarbinnen taakherschikking plaatsvindt. Zij dienen vanuit hun verantwoordelijkheid op grond

van de Kwaliteitswet Zorginstellingen te bevorderen, eventueel in samenspraak met de beroepsverenigingen, dat de beroepsbeoefenaren goede protocollen en samenwerkingsafspraken maken en deze ook evalueren.

#### 4.3 Verantwoordelijkheden bij taakherschikking

- De organisatie is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg (Kwaliteitswet Zorginstellingen);
- De regievoerend behandelaar is verantwoordelijk voor:
  - Diagnose en/of de behandeling van de zorgvraag van de cliënt.
  - De regie van de behandeling van de cliënt door het totaal aan betrokken zorgverleners
  - Eventuele overdracht van het regiebehandelaarschap bij medische overdracht van de cliënt. (Afspraken over regiebehandelaarschap zijn opgenomen in Hoofdstuk 5).
- De Verpleegkundig specialist/ Physician Assistant is zelfstandig verantwoordelijk voor:
  - Het stellen van een diagnose op het eigen deskundigheidsgebied;
  - Het starten van een behandeling;
  - De indicatie voor een voorbehouden handeling;
  - Het uitvoeren van een voorbehouden handeling;
  - Het bewaken van grenzen van eigen bekwaamheid.
- De Specialist Ouderengeneeskunde is verantwoordelijk voor indicatie, opdracht en uitvoering van overige handelingen (die niet tot zelfstandige bevoegdheid van VS of PA behoren/ waarvoor VS/PA onvoldoende bekwaam is). Hieronder vallen in elk geval complexe meervoudige medische casuïstiek (incl. complexe handelingen) en schouwen;
- De Specialist Ouderengeneeskunde en VS/ PA bepalen samen de reikwijdte van bevoegdheden.

Bij de aangepaste wettelijke regeling van beide functies gaat het uitdrukkelijk om taakherschikking en niet om taakdelegatie<sup>1</sup>. Dat wil zeggen dat bepaalde medische taken structureel worden overgedragen aan de VS of PA. Deze wordt zelfstandig bevoegd tot het stellen van de diagnose, de indicatie en de uitvoering (of de eventuele delegatie) van de behandeling, voor zover dat bij die overgedragen taken hoort. De VS of PA is voor het verrichten van die behandeling zelf verantwoordelijk.<sup>2</sup> De VS is verpleegkundige en als zodanig onderworpen aan het tuchtrecht vanuit de Wet BIG. Voor de PA heeft de NAPA zelf een tuchtrechtregeling opgesteld.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Toelichting: Wanneer een basisarts of AIOS taken overneemt van de SO is er sprake van taakdelegatie. De SO is (eind)verantwoordelijk voor het medische behandelplan van de cliënt en het behaalde resultaat.

<sup>2</sup> <https://zorgmasters.nl/kennis/wetgeving/physician-assistants-en-verpleegkundig-specialisten-ook-wettelijk-op-eigen-benen/>

<sup>3</sup> <https://www.napa.nl/wp-content/uploads/2014/06/Reglement>

## 5. De regievoerend behandelaar

De hoofdbehandelaar is van oudsher de zorgverlener die inhoudelijk verantwoordelijk is voor het zorgproces dat een individuele cliënt doorloopt (binnen de KwadrantGroep was dat in de meeste gevallen de SO). De laatste jaren krijgt de hoofdbehandelaar meer een regisseursrol, omdat zorgverlening steeds meer een collectieve aangelegenheid is geworden en een individuele zorgverlener niet meer in staat is inhoudelijke verantwoordelijkheid te dragen voor het gehele zorgproces. Daarom wordt wel gesproken van regiebehandelaar of regievoerend behandelaar.

Om zo efficiënt mogelijk gebruik te maken van de formatie SO binnen de KwadrantGroep (voor de taken die alleen door de SO kunnen worden uitgevoerd) is het voorstel vanuit de projectgroep om ervoor te kiezen, dat bij multidisciplinaire behandeling de VS/PA in principe optreedt als regievoerend behandelaar<sup>4</sup>. Deze rol kan, als de situatie daarom vraagt (vanwege inhoud van casus of beschikbare formatie) ook door de SO of GZ-psycholoog worden vervuld. De regievoerend behandelaar draagt verantwoordelijkheid voor een integraal behandelproces en is voor de cliënt, het cliëntstelsel en de andere betrokken professionals, het centrale aanspreekpunt als het gaat om de behandeling. De SO (of VS/PA wanneer deze niet de regie voeren) en ook de GZ-psycholoog kunnen door de VS/PA worden ingezet als medebehandelaar. Om de kwaliteit van zorg te garanderen moeten de VS/PA, SO en de GZ-psycholoog elkaar over en weer - zonder belemmeringen van organisatorische aard - kunnen consulteren.

De regievoerend behandelaar is verantwoordelijk voor de regie op de behandeling en ziet daarbij toe op de uitvoering van het medische behandelplan. Daarbij vertrouwt hij op de inhoudelijk bijdrage van de bij de behandeling betrokken professionals, die zelf verantwoordelijk zijn voor die inhoudelijke bijdrage.

De regievoerend behandelaar is verantwoordelijk voor de (individueel afgestemde) informatieverzorging over het verloop van de behandeling aan de cliënt en het cliëntstelsel; hij hoeft echter niet alle informatie persoonlijk te geven.

De inzet van de verschillende professionals aan het diagnostische- en behandelproces wordt in de beschrijving van de uitvoering van het behandelplan in het dossier duidelijk aangegeven met benaming van de betrokkenen. Hiermee wordt de verantwoordelijkheid van die medewerkers/disciplines voor de genoemde inzet schriftelijk vastgelegd. In het Elektronisch Cliëntendossier (ECD) zijn de namen en bereikbaarheid van de regievoerend behandelaar en de betrokken disciplines helder zichtbaar.

## 6. Succesfactoren en aanbevelingen bij taakherschikking binnen Kwadrantgroep

Taakherschikking kan enorm bijdragen aan de oplossing voor het tekort aan SO's. Om het potentieel van de VS/PA volledig te benutten moeten deze wel anders gepositioneerd worden, dan nu het geval is. De rol en bevoegdheden van de VS/PA hebben zich de afgelopen jaren sterk ontwikkeld. Door de inzet

---

<sup>4</sup> Hiermee wijken we enigszins af van het standpunt dat Verenso inneemt in het document "Standpunt Taakherschikking Verenso, 2021, maar blijven we binnen de wettelijke kaders, die hiervoor gelden.

van VS/PA's kan de SO ontlast worden van taken die een VS/PA kan doen, zodat de SO zich kan richten op de complexere zaken en organisatorische zaken, zoals kwaliteitsbeleid. De wijze waarop dit in de praktijk wordt uitgevoerd is wel belangrijk voor de mate waarin de SO uiteindelijk ontlast wordt.

### 6.1 Continu proces

In dit rapport zijn de mogelijkheden en voorwaarden voor taakherschikking binnen de KwadrantGroep in grote lijnen weergegeven. Taakherschikking is een continu proces inherent aan de dynamiek van wetgeving, organisatorische regelgeving, omstandigheden op lokaal niveau, individuele ambitie en competenties waardoor noodzaak en behoeften veranderlijk zijn en het proces regelmatig geëvalueerd en bijgesteld dient te worden. Wanneer de samenstelling van de vakgroep verandert dienen collega's het succes van de taakherschikking opnieuw uit te dragen om de positionering van de disciplines te garanderen.

### 6.2 Vertrouwen en samenwerking

De belangrijkste succesfactor is visievorming en draagvlak voor taakherschikking. Het is een proces waarin wederzijds vertrouwen moet groeien en het pakket aan taken en verantwoordelijkheden zich geleidelijk uitkristalliseert. Daarbij staat, naast vertrouwen, het element teamwork centraal. Een VS of PA moet kennis en kunde in de praktijk laten zien en een persoonlijk contact opbouwen met de SO alvorens meer zelfstandig te kunnen werken. Wanneer de zorg als team wordt gerealiseerd zal de positionering van de disciplines en de onderlinge samenwerking worden bevorderd. De cliënt is gebaat bij zorg waarbij de taken zijn afgestemd op de competenties van de zorgverlener waarbij iedere zorgverlener laagdrempelig te consulteren is. De kwaliteit wordt zodoende gewaarborgd.

### 6.3 Maatwerk

Taakherschikking vraagt om maatwerk. In eerste plaats vereist taakherschikking 'werk', zowel van de VS of PA die een vertrouwensrelatie met de SO moet opbouwen als van SO om tot een werkbaar systeem te komen. Dit kost tijd en vereist veel onderling contact en overleg. Dit maakt het mogelijk om taakherschikking zo in te zetten dat het tegemoetkomt aan de wensen en behoeften op de werkvloer. Afhankelijk van opleiding, persoonlijke kwaliteiten en opgebouwde expertise zal de bekwaamheid van de VS/PA uiteenlopen. De VS/PA is bevoegd om voorbehouden handelingen te indiceren, te verrichten en hiertoe opdracht te geven aan derden. Deze handelingen moeten voor de VS plaatsvinden binnen de erkende specialistentitel, voor de PA binnen de daartoe opgeleide Entrustable Professional Activities (EPA), en voor beide groepen moeten ze passend zijn binnen de competentieniveaus van de betreffende VS/PA, en de handelingen moeten daarnaast uitgevoerd worden volgens de landelijk geldende richtlijnen. Het is een voorwaarde dat binnen de organisatie deze bevoegdheid en bekwaamheid in nauwe samenwerking met de SO, schriftelijk wordt vastgelegd m.b.v. het werkformulier taakherschikking (zie bijlage 3) en periodiek wordt geëvalueerd. Ten aanzien van het voorschrijven van medicatie zijn binnen de organisatie afspraken gemaakt. Naast het jaarlijkse functioneringsgesprek met de direct leidinggevende, dient de VS/PA zich toetsbaar op te stellen in het kader van de vijfjaarlijkse herregistratie.

Samengevat zijn de volgende factoren van belang voor succes:

- visievorming en draagvlak (continue proces, in aansluiting op de dynamiek binnen de zorg)
- vertrouwen en samenwerking VS/PA, SO en GZ-psycholoog
- veel onderling contact en overleg

- schriftelijke vastlegging bevoegd- en bekwaamheden VS/PA in samenwerking met de SO
- maatwerk in taakherschikking op basis van persoonlijke kwaliteiten en expertise
- gegarandeerde terugvalmogelijkheid op SO (en GZ-psycholoog)
- periodieke evaluatie

## 6.4 Kader taakverdeling Kwadrantgroep

<b>Taakverdeling</b>			
	<b>Blijft bij SO</b>	<b>VS/PA</b>	<b>GZP</b>
Regiebehandelaar	In specifieke situaties <sup>5</sup>	Regiebehandelaar	In specifieke situaties
Uitvoering behandeling/zorg	Complexe meervoudige medische casuïstiek (incl. complexe handelingen)	Verpleegkundige en medisch-technische handelingen waartoe bevoegd en bekwaam (zie werkformulier)	Behandelen van cliënten met meer complexe psychische, neurocognitieve, gedrags- en/of psychiatrische problematiek
ANW-diensten	Meedraaien in dienst of achterwacht voor VS/PA (voor overleg en om te schouwen)	Meedraaien in dienst (met SO als achterwacht voor overleg en om te schouwen)	-
Leermeester	Opleiden SO io, VS io en Pa io	Opleiden Vios	Opleiden Psycholoog io tot GZ-psycholoog (Piog)
Supervisie	Supervisie basisarts, AIOS en PA io	Supervisie Vios	Supervisie Piog
Beleid	Medisch beleid organisatie	Beleid op eigen vakgebied	Beleid op eigen vakgebied
Innovatie	Deelname onderzoek, commissies en landelijke werkgroepen	Deelname onderzoek, commissies en landelijke werkgroepen	Deelname onderzoek, commissies en landelijke werkgroepen

<sup>5</sup> Bijvoorbeeld vanwege de complexiteit of beschikbaarheid (capaciteit) VS/PA

## 6.5 Aanbevelingen

Op dit moment wordt er vooral in koppels gewerkt, maar ook al wel in de combinatie SO met 2-3 VS/PA. Vanwege het teruglopende aantal SO's zal een SO sowieso beschikbaar moeten zijn voor meerdere VS/PA's. Aanbeveling vanuit de projectgroep is om deze manier van werken organisatie breed in te voeren en daarmee taakherschikking vorm te geven binnen de KwadrantGroep. Dat betekent dat binnen de klant domeinen (behalve Zorg Thuis) dan 2-3 VS/PA's gekoppeld zijn een SO. De taken worden verdeeld volgens bovenstaand schema. Voor het vastleggen en bijhouden van de taken, die zelfstandig door de VS/PA kunnen worden uitgevoerd wordt gebruik gemaakt van het Werkformulier taakherschikking (bijlage 3). Er worden vaste evaluatie- en overlegmomenten met de SO gepland, waarin casuïstiek besproken kan worden en ontwikkelpunten benoemd en gevolgd worden. Ook de GZ-psycholoog kan hier regelmatig bij aansluiten wanneer deze als medebehandelaar optreedt bij de cliënten die onder de VS/PA vallen. Ondersteuning bij deze implementatie wordt geboden in de vorm van een procesbegeleider, die met de gevormde teams bepaalt wat nodig is om deze manier van werken succesvol te implementeren en mogelijke knelpunten tijdig te signaleren en op te lossen.



Onderdelen van het implementatietraject zijn in elk geval:

1. Toewerken naar het zoveel mogelijk beleggen van het regiebehandelaarschap bij de VS/PA.
2. Werken in “teams” van een SO en 2-3 VS/PA, die gezamenlijk de behandeling verlenen.
3. Verdeling over locaties/afdeling waarbij de VS/PA altijd de mogelijkheid heeft om terug te kunnen vallen op een SO. Pragmatisch verdelen op basis van beschikbaarheid SO/VS/PA.
4. Werkformulier Taakherschikking implementeren.
5. Uniforme werkprocessen en dossiervoering verder optimaliseren<sup>6</sup>.

Communicatie en onderling vertrouwen tussen VS/PA en de SO is van essentieel belang bij het doen slagen van de nieuwe manier van werken. Hier zal dan ook veel aandacht voor moeten zijn tijdens het implementatietraject.

Als onderdeel van het implementatietraject zal ook beoordeeld moeten worden in hoeverre de huidige functiebeschrijvingen en inschalingen nog passend zijn bij de positie, die de VS/PA en SO gaan bekleden.

## 7. Formatie

In onderstaande tabel is weergegeven hoe de verschillende functies nu worden ingezet in de 4 teams.

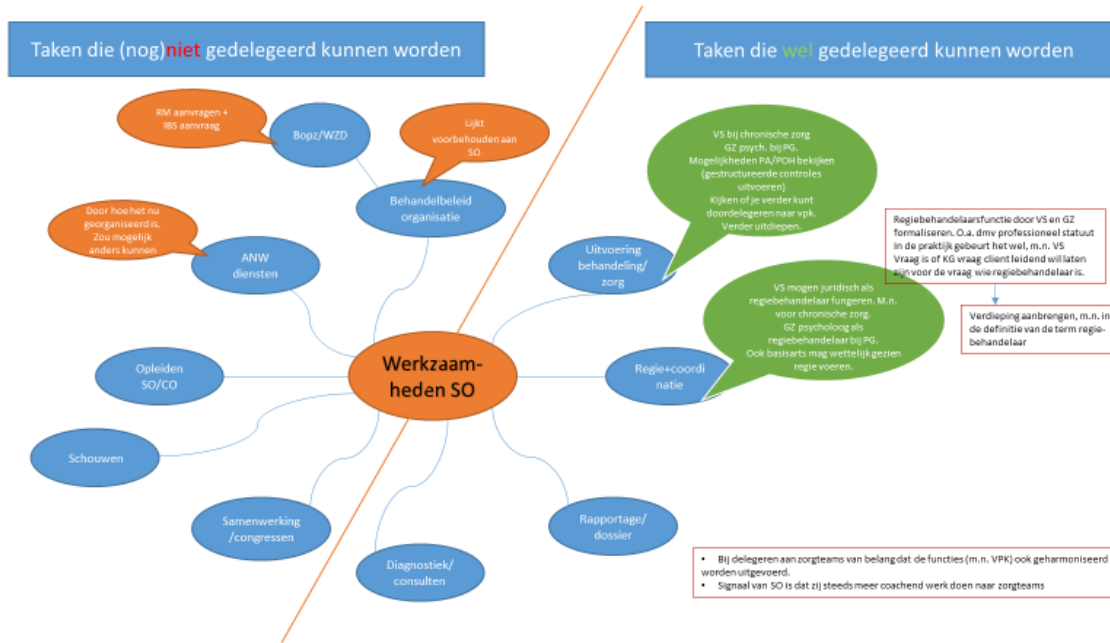
Klantdomein	Functiemix	Aantallen april 2021
Wonen met zorg met behandeling (team oost en team west)	SO en VS SO en VS in opleiding Basisartsen	4 SO, 4 VS 2 VS io, 3 basisartsen
Tijdelijk bij ons	SO en PA SO en PA in opleiding	2 SO, 2 PA
Zorg thuis en verzorgingshuizen	SO Wens: ook VS	3 SO (parttimers)

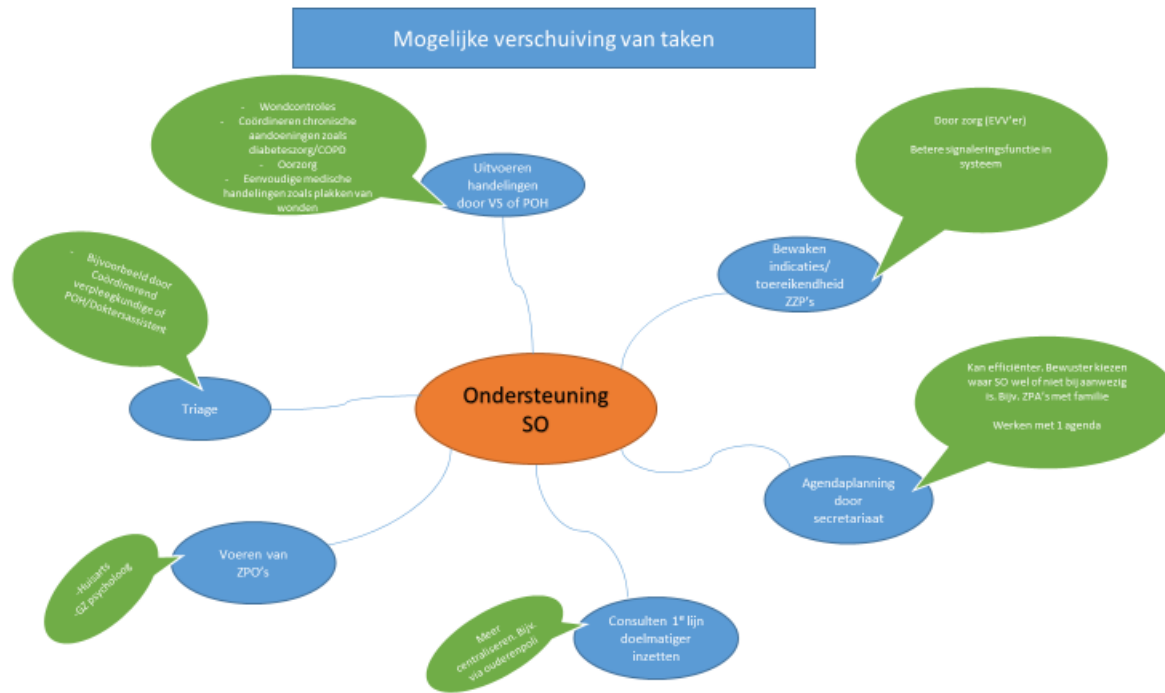
De uitkomsten van de pilot, die voorgesteld is, moet nog meer duidelijkheid verschaffen over de benodigde aantallen (inclusief opleidingsplaatsen), en over het minimum aantal SO wat benodigd is, om de specifieke SO taken uit te kunnen voeren. In het najaar wordt een strategisch personeelsplan van de medische vakgroep opgeleverd. Wat in elk geval duidelijk is, is dat wanneer je taken herschikt naar de VS/PA, er een uitbreiding nodig is binnen deze groep. Bij een collega instelling heeft een VS ongeveer 60% van het aantal cliënten dat een SO onder zijn hoede heeft.

<sup>6</sup> Is onderdeel van het project efficiënte praktijkvoering



Bijlage 1 Huidige taken en verantwoordelijkheden SO





## Bijlage 2 De multidisciplinaire oordeels- en besluitvorming

Binnen het behandelteam is sprake van multidisciplinaire samenwerking rondom de cliënt en het clientsysteem. Een multidisciplinair team bepaalt samen de behandeldoelen van de cliënt en hoe en wanneer hieraan gewerkt wordt. Hierbij staan de belangen van de cliënt voorop. Het zorgplan dat multidisciplinair wordt opgesteld, onder aanvoering van de regievoerend behandelaar, is richtinggevend voor het handelen van alle afzonderlijke disciplines. De betrokken disciplines blijven op de hoogte van de voortgang van de cliënt. De wijze waarop de verschillende disciplines samenwerken en op de hoogte blijven van elkaars handelingen en bevindingen is vastgelegd in werkformulieren, overlegstructuren, protocollen en in het ECD.

Multidisciplinaire oordeels- en besluitvorming betekenen dat op belangrijke beslissingsmomenten in het zorg- en behandelingsproces, meerdere disciplines (= twee of meer) participeren in de oordeels- en besluitvorming. Deze momenten zijn:

- aanmelding;
- (intake-)onderzoek en diagnosestelling;
- vaststellen behandelplan;
- zorgtoewijzing;
- evaluatie van de behandeling;
- beëindiging van de behandeling.

Deze opsomming is niet limitatief en óf de momenten zich voordoen is afhankelijk van de context.

Alle betrokken disciplines hebben bij deze beoordeling vanuit hun eigen professionele achtergrond een inbreng. De meerwaarde van de multidisciplinaire oordeels- en besluitvorming ligt in het interactief tot stand brengen van opvattingen en beslissingen door inzichten vanuit verschillende deskundigheidsgebieden. Multidisciplinaire zorg- en behandeling is het resultaat van goed professioneel samenspel tussen de beide onderdelen van het primair proces: het zorgproces en het behandelproces.

Elke problematiek wordt indien nodig vanuit medisch psychologisch, sociaal-maatschappelijk en verzorgend/verpleegkundig perspectief beoordeeld. Cliënten kunnen afhankelijk van hun problematiek en hulpvraag door disciplines met verschillende professionele deskundigheden behandeld worden. Het is de verantwoordelijkheid van de Manager behandelteam om deze multidisciplinaire werkwijze te faciliteren en ervoor zorg te dragen dat elke professionele deskundigheid goed tot zijn recht komt en hiermee een belangrijk onderdeel vormt van de oordeelsvorming en het uitvoeren van de zorg en behandeling. Daarbij hoort ook een goed scholingsbeleid en het gebruik van kwaliteitstoetsende en -bevorderende instrumenten.

## Bijlage 3 Werkformulier taakherschikking

### **Inleiding**

Taakherschikking is in dit kader het structureel herverdelen van taken en bijbehorende verantwoordelijkheden van de Specialisten Ouderengeneeskunde van de Kwadrantgroep aan Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants<sup>7</sup>.

Een Verpleegkundig Specialist en een Physician Assistant (VS/PA) is bevoegd tot:

- Het zelfstandig indiceren en verrichten van handelingen in het deelgebied waarin de VS/ PA is opgeleid. Deze handelingen omvatten het onderzoeken, behandelen en begeleiden van cliënten en hun systeem bij de in dat domein veel voorkomende aandoeningen.
- Het voeren van regie op de multidisciplinaire behandeling van deze cliënten.
- Het zelfstandig indiceren, uitvoeren en/ of delegeren van een aantal voorbehouden handelingen.

Dit document is bedoeld om de afspraken binnen de Kwadrantgroep over bovengenoemde bevoegdheden en verantwoordelijkheden en de evaluatie van de ontwikkeling daarvan vast te leggen per VS/ PA.

---

<sup>7</sup> Dit formulier kan ook gebruikt worden voor het delegeren van taken door de SO naar Basisartsen en Aios. De SO blijft dan wel verantwoordelijk voor de door hem/haar gedelegeerde taken.

**Betreft:**

Naam VS/ PA :

Naam SO:

**Werkafspraken:**

1. Eerste aanspreekpunt voor medisch inhoudelijke afstemming is de volgende SO:

2. De VS/ PA is werkzaam binnen het domein:  
O wonen met zorg

O tijdelijk bij ons

O zorg thuis

3. De VS/ PA neemt in het kader van de taakherschikking de volgende taken op:
- onderzoeken, behandelen en begeleiden van cliënten en hun systeem bij de in dat domein veel voorkomende aandoeningen
  - regievoeren op de multidisciplinaire behandeling van deze cliënten
  - indiceren, uitvoeren en/ of delegeren van een aantal voorbehouden handelingen
4. De VS/ PA wordt bekwaam gemaakt en gehouden in de volgende voorbehouden handelingen:
- injecties
  - katheterisatie urinewegen
  - hechten
  - voorschrijven van UR-geneesmiddelen
5. De VS/ PA werkt als de gehele medische vakgroep aan de hand van landelijk geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen. Specifiek voor de afbakening van taken en verantwoordelijkheden zijn eigen protocollen ontwikkeld, die ook doorgeleiden naar de landelijke geldende richtlijnen etc.:
- <K:\Behandelteam\vakgroepen\SO\protocollen\protocollen VS & SO>
6. De VS/ PA is bevoegd tot verwijzen naar, consulteren van en samenwerken met specialisten en andere beroepsbeoefenaren in de zorg.
7. De VS/PA heeft op de volgende vaste momenten contact met het eerste aanspreekpunt over de uitvoering van de werkzaamheden:



- Elke <sup>8</sup>week op .... om .... uur

8. Per taak wordt jaarlijks in gesprek met het eerste aanspreekpunt geëvalueerd en het zelfstandigheidsniveau van uitvoering vastgesteld.

**Evaluatie:**

Datum:

**Taak: Onderzoeken, behandelen en begeleiden van cliënten en hun systeem bij de in dat domein veel voorkomende aandoeningen**

*Zelfstandigheidsniveau:*

I = heeft kennis van procedures en pathologie, maar is niet in staat de activiteit uit te voeren

II = kan activiteit onder strenge (proactieve) supervisie uitvoeren

III = kan activiteit onder beperkte (reactieve) supervisie uitvoeren

IV = kan activiteit zonder supervisie uitvoeren

V = kan anderen supervisie en onderwijs geven bij de activiteit

**Taak: Regievoeren op de multidisciplinaire behandeling van deze cliënten**

*Zelfstandigheidsniveau:*

I = heeft kennis van procedures en pathologie, maar is niet in staat de activiteit uit te voeren

II = kan activiteit onder strenge (proactieve) supervisie uitvoeren

III = kan activiteit onder beperkte (reactieve) supervisie uitvoeren

IV = kan activiteit zonder supervisie uitvoeren

---

<sup>8</sup> Afhankelijk van de behoefte en de ervaring van de VS/PA kan dit ook frequenter of minder frequent. Vraagt maatwerk.

V = kan anderen supervisie en onderwijs geven bij de activiteit

**Taak: Zelfstandig indiceren, uitvoeren en/ of delegeren van een aantal voorbehouden handelingen**

Zelfstandigheidsniveau:

I = heeft kennis van procedures en pathologie, maar is niet in staat de activiteit uit te voeren

II = kan activiteit onder strenge (proactieve) supervisie uitvoeren

III = kan activiteit onder beperkte (reactieve) supervisie uitvoeren

IV = kan activiteit zonder supervisie uitvoeren

V = kan anderen supervisie en onderwijs geven bij de activiteit

**Akkoord**

VS/ PA:

SO: