

Taakherschikking in het hart van de zorg

Consensusdocument allied professionals binnen de cardiologie



Nederlandse Vereniging voor Cardiologie

Taakherschikking in het hart van de zorg

NVVC, Werkgroep Allied Professionals

Drs. L.M. Konst (voorzitter), cardioloog

Drs. A.L.M. Bakker, aios cardiologie

Drs. A.J.C.M. Bos-Schaap, verpleegkundig specialist

Drs. W.A.J. Bruggeling, cardioloog

Drs. A. van Goor, verpleegkundig specialist

Dr. A.F.M. van den Heuvel, cardioloog

Drs. F.N. Matas, verpleegkundig specialist

Dr. M.C.E.F. Wijffels, cardioloog

Dr. V.A.W.M. Umans, cardioloog, vice-voorzitter NVVC

Inhoud

- 3** Voorwoord
- 4** Inleiding
- 6** Modellen van taakherschikking
- 7** Het werkveld van de verpleegkundig specialist en de physician assistant
- 9** Verschillen en overeenkomsten tussen de verpleegkundig specialist en de physician assistant
- 11** De opleiding van allied professionals
- 18** Herregistratie van de allied professional
- 19** De positie van de allied professional binnen de cardiologie
- 21** Mogelijkheden van taakherschikking en voorwaarden
- 27** De rol van de aios/anios cardiologie
- 29** Juridische aspecten
- 35** Literatuur
- 38** Bijlage 1: Schrijven WIC-bestuur
- 39** Bijlage 2: Standpunt NHRA

Voorwoord

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie heeft de werkgroep allied professionals samengesteld en verzocht een consensusdocument positiebepaling allied professionals op te stellen.

De werkgroep is vervolgens samengesteld uit vijf cardiologen, een aios cardiologie, drie verpleegkundig specialisten en twee physician assistants. Bij de samenstelling is zorgvuldig gelet op een goede vertegenwoordiging van alle (buitengewone) leden van de vereniging.

De werkgroep is onder leiding van drs. Lidwien Konst enkele malen bijeen geweest en heeft een conceptdocument naar het bestuur gestuurd met het verzoek experts te benaderen voor advies inzake het verrichten van invasieve (be)handelingen van allied professionals.

Na terugkeer van het document is het niet mogelijk gebleken om de physician assistants bereid te vinden zich te conformeren aan het advies van de experts. Zij hebben bij de een na laatste vergadering aangegeven uit de werkgroep te stappen en niet meer in het document met name genoemd te willen worden.

Inleiding

De gezondheidszorg krijgt te maken met veranderingen in de vraag naar zorg. De bevolking vergrijsst, de culturele diversiteit neemt toe en steeds meer mensen leven met chronische aandoeningen, ouderen vaak met verschillende tegelijk.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft een rapport uitgebracht waarin veel aandacht aan de nieuw in te richten zorg wordt gegeven ⁽¹⁾. Met name in de 'wake-up call' wordt aandacht gegeven aan de richting waarheen beroepsgroepen gaan verschuiven en welke effecten dat kan hebben voor competenties, opleidingen en samenwerkingsverbanden.

De RVZ voorziet dat de inhoud van bestaande beroepen verschuift, omdat door de veranderde vraag een krachtig beroep wordt gedaan op preventie van hart- en vaatziekten en langdurige begeleiding van patiënten ⁽¹⁾. Verder neemt de druk om doelmatiger te werken toe. Beroepen zullen in elke organisatorische omgeving andere accenten krijgen. Tegelijkertijd maken wetenschappelijke vooruitgang en nieuwe technologie het mogelijk om zonder kwaliteitsverlies taken van hoger opgeleide beroepsbeoefenaren naar lager opgeleiden te verschuiven ⁽¹⁾.

Met die toenemende zorgvraag van meer patiënten met vaak ingewikkeldere ziektebeelden wordt de invulling van het vak verpleegkundigen en verzorgenden binnen de cardiologie anders. De meest in het oog springende verandering is de komst van verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA) ⁽²⁾. In dit document zullen we voor beide beroepsgroepen de term *allied professional* gebruiken. Van de allied professional wordt verwacht dat hij vanuit zijn specifieke kennis de zorgproblemen van een individuele patiënt of patiëntengroep in kaart kan brengen. Vanuit deze filosofie kan hij daarbij een centrale, coördinerende rol spelen in het multidisciplinaire behandelteam van dergelijke patiënten.

De vraag naar specialistisch opgeleide verpleegkundigen heeft er toe geleid dat in 1997 aan de Hanze Hogeschool Groningen de opleiding Advanced

Nursing Practice is gestart. De opleiding wordt nu aan negen hogescholen gegeven. Deze opleiding beoogt verpleegkundig specialisten door middel van een vervolgopleiding en werkervaring in staat te stellen door te groeien tot hulpverleners die een goed ontwikkeld analytisch vermogen bezitten, zodat ze een gelijkwaardige gesprekspartner van artsen kunnen worden⁽³⁾. De VS is opgeleid om een zelfstandige behandelrelatie aan te gaan met de patiënt binnen het eigen medisch en verpleegkundig deskundigheidsgebied. De VS neemt in het kader van onder meer taakherschikking voorbehouden handelingen over van de arts-specialist en biedt daarnaast innovatieve additionele zorg/behandeling aan specifieke patiëntengroepen. De VS kan op deze wijze een andere cultuur en zorgprocessen ontwikkelen en begeleiden, zodat een 'zorg op maat'-principe voor individuele patiënten wordt bereikt. Ervaringen in de Verenigde Staten zijn al jaren positief⁽⁴⁾.

Een physician assistant is een medisch professional die in het kader van taakherschikking verschillende (voorbehouden) taken en handelingen overneemt van de arts-specialist. Hiervoor is in 2002 de NVAO-geaccrediteerde masteropleiding Physician Assistant gestart, die nu aan vijf hogescholen wordt gegeven. De physician assistant is breed opgeleid volgens het geneeskundig curriculum en inzetbaar binnen de volle breedte van een specifiek specialisme.

Met de komst van meerdere opleidingen voor verpleegkundig specialisten en physician assistants en de toename van het aantal projecten voor deze allieerde professionals in de eerste-, tweede- en derdelijnszorg is het onontbeerlijk dat er goed gestructureerd implementatieonderzoek naar deze nieuwe zorgfunctie wordt verricht.

Modellen van taakherschikking

Met de komst van de wet BIG (1997) is het mogelijk geworden om taken van artsen naar allied professionals te verschuiven. Deze taakherschikking speelt dan ook vooral in op de veranderingen die thans in de gezondheidszorg plaatsvinden. Voor de gezondheidswerkers zijn hierin twee aspecten te onderscheiden. Enerzijds richt de specialistische geneeskunde zich op verdere subspecialisatie en nieuwe technologie, terwijl er daarnaast ook een artsen-tekort dreigt^(5,6). Anderzijds leeft binnen de beroepsgroep van de verpleegkundigen en andere gezondheidswerkers (bijvoorbeeld fysiotherapeuten en operatieassistenten) de wens tot verdere professionalisering en een beter carrièreperspectief. Deze twee perspectieven zijn van belang om erkend te worden zodat aan verdere invulling van taakherschikking - en daarmee het laten vervagen van domeinen - inhoud gegeven kan worden.

Taakherschikking binnen het artsendomein vindt al jaren plaats door het aanstellen van arts-assistenten. Een ander model om binnen dit domein tot herschikking te komen is het opleiden en aanstellen van de ziekenhuis-arts. In Groningen zijn daar de eerste Nederlandse ervaringen mee opgedaan^(7,8).

Taakherschikking naar allied professionals is een andere vorm van verdeling van zorg over de diverse groepen zorgverleners. Deze herverdeling kan vervolgens op twee wijzen tot stand komen. Allied professionals worden opgeleid om specifieke, geprotocolleerde medische taken van artsen over te nemen. Dit model vereist de introductie van een nieuwe functie in de zorg, die zich letterlijk tussen beide domeinen plaatst. In Nederland is deze functie nog maar recent is geïntroduceerd, maar in de Angelsaksische landen zijn al vele jaren goede ervaringen met dit model opgedaan. Omdat de allied professionals in dit model voorbehouden medische taken overnemen, staat in eerste instantie de verbetering van zorg en patiënttevredenheid op de voorgrond en wordt pas in een latere fase de nadruk op grote patiëntenstromen gelegd.

Een tweede model van taakherschikking naar verpleegkundigen vereist de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen of niveau-5 verpleegkundigen.

Deze vorm van taakherschikking is echter minder vergaand. De nadruk ligt op een ondersteunende rol van deze verpleegkundigen. De meeste ervaring met dit model is opgedaan in de hartfalenpoliklinieken. Het accent van de werkzaamheden van deze verpleegkundigen ligt op de informatievoorziening naar patiënten, het controleren van leefregels en medicatiegebruik en laagdrempelige toegankelijkheid van zorg. Deze vorm van taakherschikking kan sneller gepaard gaan met meer patiëntencontacten, omdat er geen strikt medische taken van de arts worden overgenomen.

Ten slotte is de beroepsgroep physician assistant in Nederland geïntroduceerd ⁽⁹⁾. Deze opleiding beoogt gezondheidszorgmedewerkers zelfstandig voorbehouden medische handelingen te laten indiceren en verrichten, of hiertoe opdracht te geven. De meerderheid van deze physician assistants heeft als vooropleiding Bachelor verpleegkunde of fysiotherapie, waarna de tweeëneenhalfjarige masteropleiding tot physician assistant wordt gevolgd. De doelstelling van de opleiding is het opleiden van generalisten in de zorg die werken in het geneeskundig domein. Tot op heden zijn er nog geen Nederlandse resultaten van deze vorm van taakherschikking beschreven.

Het werkveld van de verpleegkundig specialist en de physician assistant

In de cardiologie ontstaan meer aandoeningen met een langere behandelgeschiedenis. Vanuit het perspectief van dergelijke chronische patiënten zijn nieuwe ontwikkelingen in de richting van een meer gestructureerde en continue zorg door een herkenbare zorgcoördinator noodzakelijk, waarbij de multidisciplinaire aanpak wordt gewaarborgd.

Implementatie en voortborduren op de huidige prille ervaringen van de allied professional in de cardiologie is gegeven deze ontwikkelingen een logische stap in het verder optimaliseren van de behandeling van de chronische cardiale patiënt. Het opzetten van dit programma zal uiteindelijk richtlijnen geven die behulpzaam zijn bij het invoeren van allied professionals in algemene ziekenhuizen.

De verpleegkundig specialist en de physician assistant zijn inzetbaar binnen de volle breedte van een specifiek specialisme, gezien de breed georiënteerde opleiding die eraan ten grondslag ligt. Zo kan de functie een taakondersteunend karakter hebben waarbij de nadruk ligt op begeleiding, beperkt medisch handelen en informatievoorziening, naast de al aanwezige medische zorg van de behandelaar. Er kan echter ook gekozen worden voor een meer taakverschuivend karakter, waarbij de totale medische zorg voor een complete diagnosegroep wordt overgedragen aan de allied professional.

De allied professional werkt op het grensvlak van verpleegkundig en medisch handelen en draagt op deze wijze zorg voor een goede integratie en communicatie tussen beide disciplines. Dit geldt vooral voor de verpleegkundig specialist

Figuur 1 Taakverschuiving



en in iets mindere mate voor de physician assistant. De allied professional mag, indien adequaat geschoold en ervaren, een diagnose stellen, een behandelplan maken en deze tevens uitvoeren met de bijbehorende medische handelingen. Daarnaast mag de allied professional ook spoedeisende hulp verlenen en verwijzen naar andere artsen en gezondheidsmedewerkers. Door taakverschuiving van arts naar allied professional binnen het artsen-domein dient samenwerking tussen allied professional en de verpleegkundigen aandacht te krijgen. Ook voor de physician assistant geldt dat de eventuele meerwaarde groter wordt indien op dat vlak ook taakverschuiving optreedt. Door te inventariseren welke specifieke artsentaken en verpleegkundige taken er zijn kan het werkterrein van de allied professional worden vastgesteld (figuur1).

Specifieke artsentaken kunnen worden onderverdeeld in hoogcomplexe taken en laagcomplexe taken. De verpleegkundige taken krijgen dezelfde indeling: laagcomplex (bijvoorbeeld verzorging, ploegendienst, medicijnen uitdelen) en hoogcomplex (communicatie met patiënt en familie, overdracht eerste lijn, complexe verpleegkundige handelingen).

Verschillen en overeenkomsten tussen de verpleegkundig specialist en de physician assistant

In Nederland bestaat er zowel een opleiding tot verpleegkundig specialist als een opleiding tot physician assistant. Deze opleidingen staan naast elkaar, waarbij de opleiding tot verpleegkundig specialist uitgaat van verpleegkundigen met HBO-niveau, en de opleiding van de physician assistant gevolgd kan worden door een persoon met een HBO- of academisch opleidingsniveau in de gezondheidszorg.

Uit de praktijk blijkt dat ieder ziekenhuis zijn eigen invulling geeft aan de functie van verpleegkundig specialist en physician assistant. Er zijn bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten die pacemakers implanteren, maar ook physician

assistants die deze verrichting doen. Voor allied professionals geldt dat voorbehouden handelingen mogen worden uitgevoerd indien het routinematige handelingen betreft van een beperkte complexiteit. Hieronder volgt een tabel waarin de verschillen en overeenkomsten tussen beide professionals zijn weergegeven. Aangezien er in de praktijk erg weinig verschil bestaat, worden beide groepen in dit rapport allied professionals genoemd.

Tabel 1 Verschillen en overeenkomsten tussen physician assistants en verpleegkundig specialisten

Verpleegkundig specialist	physician assistant
Verricht voorbehouden medische handelingen (onder supervisie van arts)	Verricht voorbehouden medische handelingen (onder supervisie van arts)
Schrijft medicatie voor	Schrijft medicatie voor
Neemt taken van zaalarts over (bij geselecteerde groep patiënten)	Neemt taken van zaalarts over (binnen specifiek specialisme)
Doet cure (en care)	Doet cure
Werkt binnen medisch (en verpleegkundig) domein	Werkt binnen medisch domein
Werkt protocollair m.b.t. medische taken	Werkt protocollair m.b.t. medische taken
Verricht zowel medische als hoogcomplexere verpleegkundige taken	Verricht alleen medische taken
Richt zich op één of enkele ziektegerelateerde patiëntengroepen	Richt zich op medisch-specialismegebonden patiëntengroepen
Werkt autonoom binnen verpleegkundig domein en indien bevoegd binnen medisch domein	Werkt altijd autonoom binnen het medisch domein onder supervisie
Functioneert binnen de onderlinge afspraken met de medisch specialist. VS mag medische handelingen (waarvoor hij/zij bekwaam en bevoegd is) uitvoeren onafhankelijk van de medische diagnose die gesteld is.	Functioneert binnen de onderlinge afspraken met de medisch specialist. PA mag medische handelingen (waarvoor hij/zij bekwaam en bevoegd is) uitvoeren onafhankelijk van de medische diagnose die gesteld is.

De opleiding van allied professionals

De allied professional is gedurende zijn opleiding één dag per week op school, de andere dagen worden besteed aan klinische scholing in het opleidingsziekenhuis en zelfstudie. Na deze opleiding van tweeëneenhalf tot drie jaar kan de allied professional volledig worden ingezet. De opleiding is gericht op het verwerven van de volgende algemene competenties:

1. Medisch handelen

- De allied professional bezit adequate kennis en vaardigheid naar de stand van het vakgebied
- De allied professional past het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal van het vakgebied goed en waar mogelijk evidence based toe
- De allied professional levert effectieve en ethisch verantwoorde patiëntenzorg
- De allied professional vindt snel de vereiste informatie en past deze goed toe

2. Communicatie

- De allied professional bouwt effectieve behandelrelaties met patiënten op
- De allied professional luistert goed en verkrijgt doelmatig relevante patiënteninformatie
- De allied professional bespreekt medische informatie goed met patiënten en desgewenst met de familie
- De allied professional doet adequaat mondeling en schriftelijk verslag over de patiëntencasus

3. Samenwerking

- De allied professional overlegt doelmatig met collegae en andere zorgverleners
- De allied professional verwijst adequaat
- De allied professional levert effectief intercollegiale consulten
- De allied professional draagt bij aan een effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg

4. Wetenschap

- De allied professional beschouwt medische informatie kritisch
- De allied professional bevordert de verbreding van en ontwikkelt de wetenschappelijke vakkennis
- De allied professional ontwikkelt en onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan

5. Maatschappelijk handelen

- De allied professional kent en herkent de determinanten van ziekte
- De allied professional bevordert de gezondheid van patiënten en de gemeenschap als geheel
- De allied professional handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen
- De allied professional treedt adequaat op bij incidenten in de zorg

6. Organisatie

- De allied professional organiseert het werk naar balans in patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling
- De allied professional werkt effectief en doelmatig binnen een gezondheidszorgorganisatie
- De allied professional besteedt de beschikbare middelen voor de patiëntenzorg verantwoord
- De allied professional gebruikt informatietechnologie voor optimale patiëntenzorg, en voor bij- en nascholing

7. Professionaliteit

- De allied professional levert hoogstaande patiëntenzorg op integere, oprechte en betrokken wijze
- De allied professional vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag
- De allied professional kent de grenzen van de eigen competentie en handelt daar binnen
- De allied professional oefent de geneeskunde uit naar de gebruikelijke ethische normen van het beroep

**Ieder ziekenhuis
geeft zijn eigen
invulling aan de
functie van
verpleegkundig
specialist en
physician
assistant**

De specialismegebonden competenties (ook de specifieke leerdoelen genoemd) zijn de algemene en specifieke eindtermen ten aanzien van de vaardigheden in de opleiding tot allied professional. Tijdens de gehele opleiding wordt de ontwikkeling van de zeven algemene competenties begeleid, geobserveerd en ondersteund. Er wordt daarbij naar gestreefd zo veel mogelijk initiatief en verantwoordelijkheid voor het leerproces te leggen bij de allied professional zelf. Zelfreflectie met de leden van het opleidingsteam als 'coach' is zeer belangrijk.

Voor het begin van eventuele stageblokken worden de leerdoelen en het streefbekwaamheidsniveau tijdens het stage-ingangsgesprek geformuleerd. In het eerste jaar vindt vier maal een voortgangsgesprek plaats, daarna minimaal twee maal per jaar. Bij de voortgangsgesprekken komen het tot dan toe bereikte bekwaamheidsniveau, de eindtermen en de ontwikkeling van de algemene competenties aan bod. Tevens worden concrete afspraken gemaakt voor het verdere opleidingstraject. Deze gesprekken worden gedocumenteerd. De allied professional bewaart dit formulier in zijn portfolio, een kopie blijft bij de opleider.

Aan het eind van een stage voert de opleider of plaatsvervangende opleider een stage-eindgesprek met de allied professional (invullen competentiekaart).

Enmaal per jaar wordt beoordeeld of de allied professional geschikt en in staat is de opleiding voort te zetten. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van het opleidingsvoortgangsformulier. Deze beoordelingsgesprekken vormen belangrijke ijkpunten tijdens de opleiding om het tot dan bereikte bekwaamheidsniveau vast te stellen en het verdere opleidingstraject hierop af te stemmen.

Alle gesprekken worden door de opleider of plaatsvervangend opleider gevoerd. Deze gesprekken worden ruim van tevoren aangekondigd, voorbereid en schriftelijk vastgelegd. Het verslag wordt door de allied professional en (plaatsvervangend) opleider ondertekend. De allied professional bewaart het origineel in zijn portfolio, de opleider de kopie.



Communicatie, samenwerking en professionaliteit zijn drie algemene competenties. Tijdens de stages worden deze competenties niet alleen door KPB's (kortepraktijkbeoordeling), maar ook door 360°-observaties getoetst, bij voorkeur tweemaal per jaar. De resultaten worden met de allieerde professional besproken en in het portfolio bewaard. Een kopie blijft bij de opleider. Eventueel kan een coachingstraject voortvloeien uit een 360°-observatie. Op de polikliniek kan gebruik gemaakt worden van video-opnames (na toestemming van de patiënt). Samen met de supervisor worden de gemaakte opnames dan achteraf bekeken. De supervisor geeft feedback volgens de regels van Pendeleton.

Kritische beroepssituaties (KBS) zijn momenten die zich tijdens de dagelijkse praktijk aandienen. Binnen bepaalde thema's kan de allieerde professional laten zien waar hij staat en wat hij kan. KBS bieden allerlei mogelijkheden om verschillende competenties te toetsen. Hiervan wordt door feedback dan ook ruim gebruik gemaakt.

18

Tijdens de gehele opleiding geven alle leden van de opleidingsgroep feedback op de activiteiten van de allieerde professional om sterke en zwakke onderdelen van de competenties zichtbaar te maken, de ontwikkeling te volgen en de vakuitoefening te beoordelen. Feedback is een continu proces, feitelijk wordt dagelijks beoordeeld en feedback gegeven, vooral tijdens de een-op-een supervisiemomenten.

Daarnaast is het belangrijk bij het geven van feedback toetsmomenten in te bouwen en daarbij gebruik te maken van toetsinstrumenten, zoals de KPB (kortepraktijkbeoordeling) en voor het toetsen van technische vaardigheden bij bijvoorbeeld endoscopieën het *objective structured assessment of technical skills* (OSATS). Per jaar worden minimaal tien KPB's verricht.

Tijdens referaten en bij presentaties, zoals een journalclub, wordt het beoordelen van medische literatuur volgens het principe *critical appraisal topic* (CAT) geoefend en getoetst. Het stellen van de juiste vragen aan literatuur, of tijdens presentaties, kan door middel van de PICO-worksheet (problem-intervention-comparison-outcome) worden getraind.

De allied professional houdt een portfolio bij met documentatie van de opleiding. Naast een schriftelijk verslag van de stage, ingangs-, voortgangs- en beoordelingsgesprekken, KPB's, OSATS, CAT's en 360°-observaties wordt geadviseerd de opgedane ervaring te documenteren met tot de patiënt herleidbare gegevens. Bij het voortgangsgesprek wordt het portfolio als basis gebruikt om het bereiken van leerdoelen en gemaakte ervaringen te bespreken.

De allied professional dient aanwezig te zijn bij alle overdrachten en multidisciplinaire besprekingen, de probleemoplossende bespreking, de interventie- en complicatiebespreking, de pathologie- en necrologiebespreking en bij de wekelijkse klinische conferentie. De deelname dient in het portfolio gedocumenteerd te worden. Tevens stelt de allied professional een eigen onderwijspakket samen en bespreekt dit vroegtijdig met de opleider of waarnemend opleider in verband met de roosterplanning.

De opleidingsgroep streeft ernaar de kwaliteit van de opleiding te bewaken en continu te verbeteren, conform het Plan-Do-Check-Act principe (Demming-cycle). Hiervoor is kwaliteitsmeting op basis van gevalideerde indicatoren noodzakelijk, zoals voorgesteld in de Eindrapportage van de projectgroep kwaliteitsindicatoren van het College voor de beroepen van opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) onder leiding van prof. A.J.J.A. Scherpbier van 2008. Uiteraard is een belangrijk onderdeel van de kwaliteitsmeting de deelname aan de opleidings- en kwaliteitsvisiteatie.

De allied professional wordt actief betrokken bij het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek, waarbij het toetsen van eigen handelen centraal staat. Er wordt naar gestreefd tijdens de opleiding één poster te publiceren op de NVVC-congresdagen. Eigen initiatieven voor wetenschappelijke activiteiten door de allied professional worden door de opleidingsgroep nadrukkelijk ondersteund.

Herregistratie van de allieed professional

Na de opleiding van de allieed professional geldt een herregistratieperiode van vijf jaar. In deze periode moet worden voldaan aan nascholing en het behalen van voldoende accreditatiepunten. Dit geldt zowel voor de verpleegkundig specialist als de physician assistant, echter ook hier zijn kleine verschillen tussen beide beroepsgroepen.

De allieed professional moet in vijf jaar tweehonderd uur nascholing volgen. Hiervan moet minstens honderd uur geaccrediteerd zijn. De NVVC stelt dat de allieed professional cardiologie hiervan ten minste twintig uur per jaar aan NVVC- of CVOI-geaccrediteerde nascholing deelneemt. De andere honderd uur zijn voor overige deskundigheidsbevorderende activiteiten. Zowel de accreditatiepunten als de overige uren moeten worden vastgelegd voor het portfolio en voor de registratiecommissie.

Cursussen, congressen en symposia die zich richten op één of meer van de volgende (gezondheidszorg)onderwerpen komen voor accreditatie in aanmerking:

- Klinisch handelen
- Communicatie
- Samenwerking
- Organisatie
- Maatschappelijk handelen
- Kennis en wetenschap
- Professionaliteit

Elke verpleegkundig specialist dient ten minste acht uur per jaar deel te nemen aan intercollegiale toetsing. Inhoudelijk moet elk overleg vastgelegd worden voor de portfolio en registratiecommissie. Deze intercollegiale toetsing geldt alleen voor de verpleegkundig specialist, niet voor de physician assistant. Uitgebreide informatie met betrekking tot nascholing, het accreditatiereglement en de intercollegiale toetsing zijn te vinden op de websites van de beroepsverenigingen van de verpleegkundig specialist en physician assistant^(14,15,16).



De positie van de allied professional binnen de cardiologie

21

In de Wet BIG wordt het volgende standpunt over de verpleegkundig specialist en physician assistant geformuleerd: De allied professional verricht werkzaamheden binnen een deelgebied van de geneeskunst in de eerste en tweede lijn. De allied professional werkt samen met de arts-specialist door - waar bevoegd - zelfstandig medische taken uit te voeren. Gezien het deskundigheidsgebied van de allied professional is hij werkzaam binnen een samenwerkingsverband waarvan ten minste één cardioloog deel uitmaakt. Voor zover de allied professional werkzaam is in een instelling is onverkort de Kwaliteitswet zorginstellingen van toepassing. Ook zijn de in het Burgerlijk Wetboek, Titel 7, afdeling 5, opgenomen regels inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst) van toepassing. Dat betekent onder meer dat een patiënt alleen met zijn of haar toestemming door hulpverleners behandeld mag worden.

De cardioloog is verantwoordelijk voor de supervisie van de allied professional in alle situaties, waarbij de allied professional zelf in staat is zijn eigen grenzen te bewaken.

Eenzijds zijn de wettelijk vastgelegde bepalingen leidend voor de positionering van de allied professional. Anderzijds is een goede en nauwe samenwerking tussen de allied professional en cardiologen van groot belang. Deze samenwerking vindt plaats onder bepaalde voorwaarden. Afhankelijk van opgebouwde expertise zal de bekwaamheid en bevoegdheid van de allied professional uiteenlopen. Het is een voorwaarde dat op lokaal niveau deze bevoegdheid en bekwaamheid in nauwe samenwerking met de cardioloog wordt vastgesteld. Dit vraagt een actieve rol van zowel de allied professional als de cardioloog. In samenspraak moet consensus bereikt worden met betrekking tot de mate van door beide partijen gewenste consultatie en/of supervisie. Deze afspraken moeten worden vastgelegd en ter inzage te overhandigen zijn. De betrokken partijen dienen ze up-to-date te houden.

22

De werkgroep stelt het maximaal haalbare functioneringsniveau op onderdelen van de uitvoeringstaak van de allied professional gelijk aan het niveau waarop de anios (arts-assistent niet in opleiding) kan functioneren. De medisch specialist dient derhalve op elk gewenst moment beschikbaar te zijn voor overleg met de allied professional.

De allied professional is bevoegd om voorbehouden handelingen te verrichten. De mate waarin de allied professional betrokken wordt bij de indicatie en het uitvoeren van een invasieve behandeling is afhankelijk van de complexiteit van de handeling en van de training, ervaring en voorbereiding van de allied professional^(12,13). Deze deskundigheid wordt door de cardioloog beoordeeld, en is tevens afhankelijk van de adviezen en richtlijnen van de WIC en NHRA.

De taakherschikking dient in specifieke werkprotocollen te worden vastgelegd en geborgd. Daarbij moet worden opgemerkt dat de hoogcomplexere ziektebeelden en behandelingen niet kunnen worden overgedragen aan de allied professional. In de wet BIG stelt men dat de allied professional ten aanzien van

heelkundige handelingen niet bevoegd is complexe heelkundige handelingen zoals intracraniële, intrathoracale, intra-abdominale ingrepen en grote gewrichtsingenrepen te verrichten. Ten aanzien van catheterisaties, puncties en endoscopieën stelt men dat technieken waarbij het risico van een perforatie van een orgaan groot is (hart, nieren, hersenen, lever, pancreas) eveneens buiten de bevoegdheid van de allied professional liggen. Na consultatie van de experts binnen de NVVC (WIC en NHRA) blijkt dat zij geen rol zien voor allied professionals bij invasieve ingrepen die als hoogcomplex geduid zijn. De werkgroep stelt echter toch voor om allied professionals toe te staan om op uitvoeringsonderdelen als tweede behandelaar deel te nemen aan invasieve ingrepen. De cardioloog treedt op als eerste behandelaar. Dit houdt in dat hij, als hoofdbehandelaar, verantwoordelijk is voor de regie van de behandeling door hemzelf en de allied professional, tijdens het gehele behandelingstraject, en dat hij tijdens dit traject aanwezig en het centrale aanspreekpunt is.

Ten aanzien van het competentieniveau van de allied professional geldt dat er met name op het gebied van voorbehouden handelingen minimaal vergelijkbare eisen gesteld dienen te worden als aan de aios cardiologie (bijvoorbeeld qua aantallen, examens en opleiding in een opleidingskliniek/team).

Mogelijkheden van taakherschikking en voorwaarden

Voorwaarden voor taakherschikking naar de allied professional:

Als uitgangspunt voor taakherschikking van de arts naar de allied professional wordt gesteld dat de cardioloog in alle omstandigheden de eindverantwoordelijkheid houdt over de zorg die de allied professional aan de patiënt geeft. Hierbij wordt er voor gezorgd dat de kwaliteit van zorg continu gegarandeerd kan worden⁽¹⁰⁾.

De cardioloog dient op elk gewenst moment beschikbaar te zijn voor overleg met de allied professional. In geval van een ingreep dient lijfelijke supervisie op afroep en tijdig beschikbaar te zijn.

**Taak en functie
van de allied
professional
moeten altijd
duidelijk aan de
patiënt worden
uitgelegd**

De allied professional is bevoegd om voorbehouden handelingen te indiceren, te verrichten en hiertoe opdracht te geven. Deze handelingen moeten voor de verpleegkundig specialist plaatsvinden binnen de erkende specialistentitel, een beperkte complexiteit hebben, routinematig zijn, en uitgevoerd worden volgens de landelijk geldende richtlijnen.

Bij voorbehouden handelingen moet worden voldaan aan de volumennormen van de NVVC; dit geldt zowel voor de cardioloog die als supervisor fungeert als de allied professional. In opleidingsziekenhuizen mag de taakherschikking bovendien niet ten koste gaan van het aantal procedures die de aios (arts-assistent in opleiding tot specialist) moet verrichten in het kader van zijn opleiding. Dit betekent dat per ziekenhuis beoordeeld moet worden of het mogelijk is om invasieve ingrepen door de allied professional te laten verrichten.

Er moet te allen tijde duidelijkheid zijn over de functie van de allied professional. Dit geldt zowel voor de medewerkers in de gezondheidszorg als voor de patiënt. Aan de patiënt zullen altijd duidelijk de taak en functie van de allied professional moeten worden uitgelegd, mede omdat er op dit moment nog veel onbekendheid heerst over deze relatief nieuwe functie binnen de gezondheidszorg.

Mogelijkheden van taakherschikking naar de allied professional binnen de cardiologie

- Polikliniek:
 - a. Zorg voor specifieke patiëntencategorieën, bijvoorbeeld hartfalen, post-infarct, post-CABG, TAVI-patiënten, atriumfibrilleren.
 - b. Nieuwe patiënten met een gespecificeerde klacht, bijvoorbeeld angina pectoris, palpitaties. Er zal dan wel een protocol beschikbaar moeten zijn, zodat de allied professional volgens deze richtlijnen kan werken.
De supervisorend specialist dient elke patiënt na te bespreken én te zien.

- Afdeling:
 - a. Zorg voor specifieke patiëntenpopulatie, bijvoorbeeld op de dagbehandeling de zorg voor patiënten die komen voor hartcatheterisatie, PCI, EFO, ablatie
 - b. Zorg op de afdeling cardiologie (eerste harthulp, CCU, afdeling) voor specifieke patiëntencategorieën, bijvoorbeeld postinfarct-patiënten, patiënten die een pacemaker of ICD krijgen geïmplant. Echter ook de dagelijkse visite onder supervisie van de medisch specialist.
 - c. Elektrische cardioversie ⁽¹¹⁾

- Hoogcomplexere invasieve ingrepen: eventueel in de functie van tweede behandelaar
 - a. Diagnostische rechts/links catheterisatie
 - b. Cardiale implanteerbare elektronische devices
 - c. Betrokkenheid bij elektrofysiologisch onderzoek en behandeling
 - d. Technische ondersteuning bij FFR-metingen, OCT en beeldvorming door middel van CT/MRI

- Wetenschappelijk onderzoek:
 - a. De allied professional is bevoegd wetenschappelijk onderzoek te initiëren en uit te voeren en data te verzamelen
 - b. De allied professional is bevoegd het case record formulier (CRF) zelfstandig te ondertekenen
 - c. De allied professional dient het onderzoek uit te voeren volgens de vigerende regels en codes betreffende wetenschappelijk onderzoek

Implementatie van een allied professional in een cardiologisch centrum

Hieronder volgt een beschrijving van de implementatie van een opgeleide allied professional binnen een ziekenhuis. Deze beschrijving kan als een leidraad dienen binnen een organisatie. Andere methoden van implementatie zijn uiteraard ook mogelijk.

Gestart wordt met een voorbereidende fase van twee maanden, waarin de allied professional protocollen ontwikkelt en aanpast. Tevens wordt in een

projectplan de patiëntendoelgroep omschreven en geïdentificeerd. Vervolgens start aan de hand van deze protocollen de inwerkperiode op de afdeling cardiologie, waarbij de allieerde professional cardiologische visites meeloopt. In deze periode zal de nadruk liggen op het ontwikkelen van talrijke klinische ervaringen en het toetsen van deze ervaringen aan de ontwikkelde protocollen. Uiteindelijk leert de allieerde professional, aan de hand van de opgestelde protocollen, deze visites zelfstandig af te leggen, waarbij de begeleiding door een vast cardiologen-koppel wordt gewaarborgd. Hierbij doet de allieerde professional zelfstandig onderzoeken en past hij het medisch beleid hierop aan.

De derde fase is de implementatiefase, waarin de allieerde professional daadwerkelijk zelfstandig zorgt voor de klinische patiënt. Het nieuw geïmplementeerde zorgplan zal dan geëvalueerd en waar nodig aangepast worden. De vierde fase omvat het implementeren van de poliklinische zorg voor deze



patiënten. Initieel leert de allied professional de geprotocolleerde poliklinische nabehandelingen aan de hand van de cardiologen. Na verkregen kennis en kunde zal de allied professional dan zelfstandig het eerste poliklinisch consult na ontslag verrichten. Hiermee is dan de nieuwe zorgketen voor een omschreven patiëntengroep geformeerd.

Bestuurlijke implicaties

Alvorens over te gaan tot het implementeren van een dergelijke nieuwe functie in een algemeen ziekenhuis dienen een aantal belangrijke bestuurlijke overwegingen gemaakt te zijn, waarbij de gevraagde wijze van taakverschuiving bepaalt voor welke allied professional er gekozen gaat worden. Hieronder staat beschreven aan welke voorwaarden voldaan is, alvorens een allied professional aan te nemen binnen het ziekenhuis.

Indien de keuze gemaakt wordt om op zorggroepniveau de functie te positioneren, dient de discipline enige formatieve ruimte en tijd te krijgen om de nieuwe functie te ontwikkelen en te introduceren in de praktijk. Met nadruk dient er protocolair gewerkt te gaan worden, maar brede ondersteuning vanuit de verpleegkundige en medisch-specialistische hoek is van doorslaggevend belang. Van de allied professional en beide disciplines mag vervolgens verwacht worden dat de implementatie van de nieuwe functie uitgebreid getoetst wordt op basis van een vooraf opgezet implementatieonderzoek.

Op ziekenhuisniveau is actieve participatie van het medisch stafbestuur, de ondernemingsraad en de verpleegkundig adviesraad van belang, evenals het inbedden van de functie in het verpleegkundig functiehuis, met bijbehorende functiewaarderingsystematiek. Het inbedden van deze functie in dit bestaande functiehuis is voor de allied professionals van belang, zodat hun positie en aansturing eenduidig is en niet afhankelijk wordt van de initiator van de functie allied professionals.

Van de allied professionals mag verwacht worden dat zij zich binnen de muren van het ziekenhuis gaan organiseren, zowel om hun (nieuwe) positie te kunnen neerzetten als om er op toe te zien dat een systeem van onderwijs en

kwaliteitscontrole wordt opgezet. Ten slotte moet een goed onderwijssysteem opgezet worden dat geïntegreerd dient te worden in het bestaande curriculum voor artsen en verpleegkundigen. Met nadruk ligt hier ook een verantwoordelijkheid bij de medisch specialist en de allied professionals.

Indien op deze wijze tot taakherschikking gekomen wordt, kan de behandeling voor herkenbare patiëntengroepen op een efficiënte en patiëntvriendelijke wijze verricht worden volgens de methodiek van klinische paden en relevante richtlijnen van de NVVC.

De rol van de aios/anios cardiologie

De allied professional en de arts-assistent in opleiding tot cardioloog zullen op een aantal gebieden nauw samenwerken en dezelfde werkzaamheden uitvoeren. Het opleidingstraject van de aios verschilt uiteraard met de opleiding van een allied professional.

De opleiding cardiologie bestaat uit twee jaar interne geneeskunde en vier jaar cardiologie. Na de opleiding kan men zich nog specialiseren door gedurende één of twee jaar een fellowship te doen.

Een ander belangrijk punt is dat de aanwezigheid van een allied professional nooit de opleidingseisen van de aios in de weg mag staan. Het gaat dan bijvoorbeeld om de mogelijkheid tot het leren implanteren van elektronische devices. Wat betreft onderwijs kan zowel de aios een ondersteunende rol in het opleidingstraject spelen voor de allied professional, als andersom. De supervisor en daarmee de eindverantwoordelijke blijft in beide gevallen de cardioloog.

Nota bene:

1. Voor alle bekwaamheidsniveaus in de tabel geldt dat dit het niveau is dat minimaal behaald dient te worden aan het eind van de opleiding tot cardioloog, dat wil zeggen na zes jaar;

Bekwaamheidsniveaus ³	Aandachtsgebieden					
	Algemeen	Interventie	Elektrofysiologie	Beeldvormend	Congenitaal	ICU
Anamnese	3	3	3	3	3	3
Lichamelijk onderzoek (in het bijzonder auscultatie hart)	3	3	3	3	3	3
ECG	3	3	3	3	3	3
Inspanning ECG	3	3	3	3	3	3
Holter	3	3	3	3	3	3
Transthoracaal echo	2b	2a	2a	2b	2b	2b
Transoesofageaal echo	2b	2a	2a	2b	2b	2b
MRI	2a	2a	2a	2a/2b	2b	2a
Cardiale CT	2a (b)	2a (b)	2a	2a/2b	2a	2a(b)
Nucleaire cardiale beeldvorming	2a	2a	2a	2b	2a	2a
Diagnostische hartcatheterisatie	3	3	2a	2a	2a	2a
Therapeutische hartcatheterisatie	1	2a	1	1	1	1
Tijdelijke pacemaker	2b	2b	3	2a	2a	2b
Permanente pacemaker	2b	1	2b	1	1	1
Programmeren pacemaker	2b	1	2b	1	1	1
Programmeren ICD	2a	1	2a/2b	1	1	1
Elektrofysiologisch onderzoek	1	1	2a	1	1	1
Elektrofysiologisch interventie	1	1	2a	1	1	1

Tabel 2 Vereiste bekwaamheidsniveaus per aandachtsgebied voor de verschillende vaardigheden van de cardioloog. Opleidingsplan Cardiologie, versie april 2010

2. Voor de aandachtsgebieden invasieve cardiologie, electrofysiologie, beeldvormende cardiologie, congenitale cardiologie en ICU cardiologie is in de opleiding tot cardioloog nog een fellowship-periode vereist van één jaar om het superspecialistniveau te behalen. Voor de eindtermen hiervan zie www.nvvc.nl

Bekwaamheidsniveau 1: heeft kennis van en is in staat om zinnig te verwijzen

Bekwaamheidsniveau 2A: heeft kennis van en handelt onder supervisie

Bekwaamheidsniveau 2B: heeft kennis van en handelt zonder supervisie
Bekwaamheidsniveau 3: heeft kennis van, handelt zelfstandig, superviseert en onderwijst bij de handeling.

Juridische aspecten

Op 1 november 2011 heeft de Eerste Kamer ingestemd met de Wet taakherschikking (36a) en de aanpassing van de geneesmiddelenwet. Hiermee worden de bevoegdheden ten aanzien van voorbehouden handelingen en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen voor een periode van vijf jaar wettelijk geregeld. De allied professional mag deze handelingen zelfstandig indiceren en uitvoeren. Voor de physician assistant en de verpleegkundig specialist, indien bekwaam en bevoegd, mag dit op basis van een eigen diagnose. De wijziging van de Wet BIG in het kader van Taakherschikking is van kracht geworden op 1 januari 2012.

Een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) omschrijft de specifieke voorwaarden van de bevoegdheden voor de physician assistant en de verpleegkundig specialist. De AMvB's zijn eveneens op 1 januari 2012 van kracht geworden. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in navolging daarvan in februari 2012 het advies taakherschikking aangepast en stelt dat de bevoegdheden van de PA en de VS nagenoeg gelijk zijn⁽¹⁷⁾.

Niet alle beroepstaken zijn met deze wet geregeld. De Wet BIG kent naast artikel 3 en 36a nog andere regelingen; op basis van artikel 35 en 38 kunnen andere handelingen zelfstandig worden uitgevoerd, na overleg of indicering door een arts-specialist.

Het zelfstandig verrichten van medisch handelen is de afgelopen decennia aan enorme veranderingen onderhevig geweest, van een traditioneel mystieke en persoonsgebonden geneeskunde naar het werken volgens richtlijnen, protocollen gebaseerd op evidence based en best practice. De richtlijnen zijn landelijk geldende, vakinhoudelijke aanbevelingen voor optimale zorg voor

patiënten, veelal gebaseerd op internationale guidelines. Ze bieden beroeps-
oefenaars ondersteuning bij de (klinische) besluitvorming. De richtlijnen zijn
geschikt om kwalitatief goede zorg te verlenen. De allied professional werkt
volgens de bestaande werkwijzen, zoals neergelegd in de huidige richtlijnen.
Er is veel onderzoek gedaan naar de kwaliteiten en mogelijkheden van de
allied professionals en steeds weer wijst onderzoek uit dat de kwaliteit van
zorg bij de inzet van allied professionals hetzelfde blijft en in sommige gevallen
zelfs verbetert. De allied professionals hebben brede, maar ook uiteenlopende
verantwoordelijkheden binnen de gezondheidszorg. Door het zelfstandig
uitvoeren van voorbehouden handelingen functioneren zij zowel als substituten,
als supplementair voor medisch specialisten. Per individu zullen concrete
afspraken gemaakt moeten worden ten aanzien van het zelfstandig uitvoeren
van voorbehouden handelingen binnen de nieuwe (tijdelijke) wetgeving van
de Wet BIG. Daarbij moet worden opgemerkt dat de physician assistant niet
geregistreerd staat in het BIG-register, maar wel in het eigen beroepsregister.

Algemene Maatregel van Bestuur / Physician Assistant

Deskundigheid, Artikel 6

1. Tot het gebied van deskundigheid van de physician assistant wordt
gerekend het verrichten van handelingen op het deelgebied van de
geneeskunst waarbinnen de physician assistant is opgeleid. Deze hande-
lingen omvatten het onderzoeken, behandelen en begeleiden van patiënten
met veel voorkomende aandoeningen binnen dat deelgebied van de
geneeskunst.
2. Tot de handelingen, bedoeld in het eerste lid, behoren het:
 - Onderzoeken en beoordelen van een patiënt en op basis van de verkregen
gegevens het stellen van een diagnose en het opstellen van een behandel-
plan
 - Uitvoeren van het behandelplan en het daartoe verrichten van gangbare
medische handelingen
 - Stellen van indicaties en het herkennen van complicaties van medische
handelingen en verrichtingen en het daarop anticiperen
 - Verrichten van voorbehouden handelingen als bedoeld in artikel 7

- Verlenen van spoedeisende hulp, het bewaken van vitale lichaamsfuncties en het waar nodig treffen van maatregelen ter herstel daarvan
- Verwijzen naar, consulteren van en samenwerken met artsen en met andere gezondheidszorgmedewerkers
- Geven van advies, voorlichting en het verlenen van preventieve zorg

Voorbehouden handelingen, Artikel 7

1. De physician assistant is bevoegd tot:
 - a. het verrichten van heelkundige handelingen
 - b. het verrichten van endoscopieën
 - c. het verrichten van catheterisaties
 - d. het geven van injecties
 - e. het verrichten van puncties
 - f. het verrichten van electieve cardioversie
 - g. het toepassen van defibrillatie
 - h. het voorschrijven van UR-geneesmiddelen

2. De bevoegdheid, genoemd in het eerste lid, geldt uitsluitend voor zover het betreft:
 - a. handelingen die vallen binnen de deskundigheid, bedoeld in artikel 6
 - b. handelingen van een beperkte complexiteit
 - c. routinematige handelingen
 - d. handelingen waarvan de risico's te overzien zijn
 - e. handelingen die worden uitgeoefend volgens landelijke geldende richtlijnen
 - f. standaarden en daarvan afgeleide protocollen

Algemene Maatregel van Bestuur/Verpleegkundig Specialist, Artikel 3

De verpleegkundig specialist, bedoeld in artikel 1, is bevoegd tot de voorbehouden handelingen genoemd in artikel 36 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor zover:

- a. die handelingen plaatsvinden binnen de uitoefening van het deelgebied van het beroep waarvoor zij een erkende specialistentitel, als bedoeld in artikel 1, eerste lid, mogen voeren
- b. het handelingen betreft van een beperkte complexiteit

- c. het routinematige handelingen betreft
- d. het handelingen betreft waarvan de risico's te overzien zijn
- e. die handelingen worden uitgeoefend volgens landelijke geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen; en
- f. het betreft:

- voor de verpleegkundig specialist acute zorg bij somatische aandoeningen:
 - het verrichten van heelkundige handelingen
 - het verrichten van catheterisaties
 - het verrichten van electieve cardioversies
 - het verrichten van endoscopieën
 - het geven van injecties
 - het verrichten van puncties
 - het toepassen van defibrillatie
 - het voorschrijven van UR-geneesmiddelen
- voor de verpleegkundig specialist chronische zorg bij somatische aandoeningen:
 - het verrichten van heelkundige handelingen
 - het verrichten van catheterisaties
 - het geven van injecties
 - het verrichten van puncties
 - het verrichten van endoscopieën
 - het voorschrijven van UR-geneesmiddelen
- voor de verpleegkundig specialist preventieve zorg bij somatische aandoeningen:
 - het geven van injecties
 - het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.
- voor de verpleegkundig specialist intensieve zorg bij somatische aandoeningen:
 - het verrichten van heelkundige handelingen
 - het verrichten van catheterisaties
 - het geven van injecties
 - het verrichten van puncties
 - het verrichten van electieve cardioversie
 - het toepassen van defibrillatie
 - het verrichten van endoscopieën
 - het voorschrijven van UR-geneesmiddelen

- voor de verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg:
 - het geven van injecties
 - het verrichten van puncties
 - het toepassen van defibrillatie
 - het voorschrijven van UR-geneesmiddelen

In artikel 3 zijn beperkingen opgenomen die cumulatief van aard zijn. Dat betekent dat de verpleegkundig specialist in ieder geval geen voorbehouden handelingen mag verrichten die niet binnen zijn deskundigheidsgebied vallen en niet routinematig van aard zijn. De beperking van de voorbehouden handeling is ook gelegen in de eis dat de risico's goed te overzien moeten zijn. De beperking kan voortvloeien uit de complexiteit van de handelingen, maar ook uit de omstandigheid dat de handelingen weliswaar uitvoeringstechnisch niet ingewikkeld zijn, maar dat de gevolgen van de handeling vooraf niet goed in te schatten zijn. Dit houdt bijvoorbeeld in dat de verpleegkundig specialist geen grote risicovolle operaties zelfstandig uitvoert. Een voorbeeld dat voortvloeit uit de beperking dat de handeling moet plaatsvinden binnen het deelgebied waar de verpleegkundig specialist zijn titel voert, brengt mee dat alleen Uitsluitend Recept-geneesmiddelen mogen worden voorgeschreven die binnen het beroepsdeel van het specialisme gebruikelijk zijn.

Tabel 3 Taakherschikking voorbehouden handelingen

	PA	VS somaatich acuut	VS somaatich chronisch	VS somaatich preventief	VS somaatich intensief	VS psych
heelkunde	X	X	X		X	
catheterisatie	X	X	X		X	
injectie	X	X	X	X	X	X
puncties	X	X	X		X	X
cardioversie	X	X			X	
defibrillatie	X	X			X	X
endoscopie	X	X	X		X	
UR-medicatie	X	X	X	X	X	X

Toelichting

De zelfstandige bevoegdheid wordt toegekend voor een periode van vijf jaar. In vijf jaar kan adequaat gemonitord worden of de gewenste effecten met taakherschikking, te weten meer doelmatigheid en effectiviteit, ook worden bereikt. De effectiviteit zal worden gemeten vanuit het perspectief van de patiënt en vanuit het perspectief van de behandelaar. Elementen die daarbij worden betrokken zijn onder andere bereikbaarheid, wachttijden, afname of verdwijnen van klachten, wijze van behandeling, veiligheid en mate van samenwerking tussen beroepsbeoefenaren. Bij het meten van de doelmatigheid wordt de effectiviteit gerelateerd aan de inzet van middelen (bijvoorbeeld contactfrequentie van patiënten met behandelaar, tijdsbesteding per handeling).

De minister is van mening dat de beroepsbeoefenaren, aangewezen op grond van artikel 36a Wet BIG, in samenspraak met de relevante beroepsbeoefenaren bepalen of bepaalde (voorbehouden) handelingen passen binnen het deskundigheidsgebied waarin zij zijn opgeleid. Zij hebben daarin geen ongelimiteerde vrijheid. Ze dienen het wettelijk kader waarbinnen zij zijn opgeleid (physician assistants) of waarvoor zij een erkende specialistentitel mogen voeren (verpleegkundig specialisten) in acht te nemen.



Orthogreep

date	age	diagnosis	sex	race	ethnicity	risk factor
1 Jan 2011	65	hypertension	M	White	Eng	20
1 Jan 2011	65	hypertension	M	White	Eng	20
1 Jan 2011	65	hypertension	M	White	Eng	20
1 Jan 2011	65	hypertension	M	White	Eng	20
1 Jan 2011	65	hypertension	M	White	Eng	20
1 Jan 2011	65	hypertension	M	White	Eng	20
1 Jan 2011	65	hypertension	M	White	Eng	20
1 Jan 2011	65	hypertension	M	White	Eng	20
1 Jan 2011	65	hypertension	M	White	Eng	20
1 Jan 2011	65	hypertension	M	White	Eng	20

1. Name: []
2. Address: []
3. City: []
4. State: []
5. Zip: []

6. Date of Birth: []
7. Sex: []
8. Race: []
9. Ethnicity: []
10. Risk Factor: []

11. []
12. []
13. []
14. []
15. []

Literatuur

1. *Bekwaam is bevoegd; Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg*. ISBN: 978-90-5732-229-7
2. Jaarsma T. et al. *De polikliniek hartfalen in Nederland. Waar zijn we, waar gaan we naar toe?* Cardiologie jaargang 7 januari 2000
3. *Opleidingsbrochure Advanced Nursing Practice*, Hanzehogeschool, Hogeschool van Groningen. Groningen 2001
4. Grunsveld JE. *Het succes van physician assistants en nurse practitioners*, Zorg en Management 2004 nr 12: 36
5. *Medisch-specialistische zorg in de toekomst en Dossier medisch-specialistische zorg in de toekomst*, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer 2000
6. *Advies Taakherschikking in de gezondheidszorg*, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer 2002.
7. Hirschler-Schulte CJW, Blom A, Sandjer TH, Veldhuijsen J, Ploeg van der TJ. *Beschrijving opleiding tot ziekenhuisarts spoedzorg in Wilhelmina-ziekenhuis Assen*. Medisch Contact 1999;54; 767-768.
8. *Opleiding tot ziekenhuisarts aan het Universitair Medisch Centrum Groningen*. www.umcg.nl
9. Bruurs MJH, van den Brink GTWJ, Sprengeling-Schut G, Verboon EM, Holdrinet RSG. *Het ijs is gebroken*. Medisch Contact 2005;11; 443-446.
10. Marshall D, et al. *Performance of adult cardiac catheterization: non physicians should not function as independent operators: a position statement*. Catheter Cardiovasc Interv 1999;48; 167-169.
11. J Han H Deuling RN MANP, Robert P Vermeulen RN, Marcelle D Smit MD, Joost MAA van der Maaten MD, Hans M Boersema RN MANP, Ad FM van den Heuvel MD PhD, Isabelle C Van Gelder MD PhD. *Planning and monitoring of patients for electrical cardioversion for atrial fibrillation*. Neth Heart Journal, 2011 Oct 29 (Epub ahead of print)
12. Nancy M. Albert, Gregg C. Fonarow, Clyde W. Yancy, Anne B. Curtis, Wendy Gattis Stough, Mihai Gheorghiade, J. Thomas Heywood, Mark McBride, Mandeep R. Mehra, Christopher M. O'Connor, Dwight Reynolds, Mary Norine Walsh. *Outpatient Cardiology Practices With Advanced*

Practice Nurses and Physician Assistants Provide Similar Delivery of Recommended Therapies (Findings from IMPROVE HF). AJC 2010;12; 1773-1779.

13. Krasuski RA, et al. *Trained and supervised physician assistants can safely perform diagnostic cardiac catheterization with coronary angiography.* Catheter Cardiovasc Interv 2003;59; 157-160.
14. <http://venvnvs.nl/wp-content/uploads/2011/02/verpleegkundig-specialist.pdf>
15. <http://www.verpleegkundigspecialismen.nl/portals/45/20090213Accreditatiereglement.pdf>
16. <http://napa.artsennet.nl/Opleiding-Registratie-1/Register-uitleg.htm>
17. <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/actueel/NZa-past-advies-taakherschikking-aan/>

Bijlage 1: Schrijven bestuur Werkgroep Interventie Cardiologie (WIC)

NVVC-bestuur
Postbus 19192
3501 DD Utrecht

21 mei 2012

Geachte collega's,

In antwoord op uw verzoek om als experts aan te geven welke (onderdelen) van de invasieve ingrepen door allied professionals verricht kunnen worden bericht ik u het volgende.

Het WIC-bestuur heeft zich gebogen over hartcatheterisaties en pericardpuncties. De wet BIG stelt dat catheterisaties, puncties en endoscopieën waarbij het risico van een perforatie van een orgaan groot is (hart, nieren, hersenen, lever, pancreas) buiten de bevoegdheid van de allied professional liggen. Bovenstaande gaat ons inziens op voor zowel rechter hart- en longslagadercatheterisaties als coronair angiografieën, aortografieën en linkerventrikel angiografieën.

Passage en manipulatie van voerdraden en catheters in de longvasculatuur, de aorta en de coronairostita gaan gepaard met een inherent risico op ernstige pulmonale, cardiale en cerebrale complicaties.

Herkenning en behandeling hiervan ligt ons inziens buiten de competenties van de meer algemeen opgeleide allied professionals.

40

Hartcatheterisaties zijn naar de mening van de WIC géén routinematige en laagcomplexere handelingen. Iedere toegangsroute, anatomie en pathologie is anders en vereist de competenties en ervaring van een specialist om op een veilige en adequate wijze tot diagnostiek te komen.

Er is in Nederland een trend naar concentratie van invasieve diagnostiek door een beperkter aantal (interventie)cardiologen. Een hoger volume per cardioloog leidt tot een lager aantal complicaties. Versnippering van het aantal catheterisaties over een groter aantal operators zal ons inziens de kwaliteit niet ten goede komen.

Daarnaast worden op grotere afdelingen cardiologie vaak ook cardiologen opgeleid die zich moeten bekwamen in de techniek van de hartcatheterisaties. Het consensusdocument stelt dat de allied professional deze opleidingstaak niet in de weg mag zitten. Het WIC-bestuur kan deze stelling volledig onderschrijven.

Het is dan ook de stellige mening van het WIC-bestuur dat er bij het uitvoeren van hartcatheterisaties geen plaats is voor allied professionals.

Met vriendelijke groet,
Namens het WIC-bestuur,
Benno Rensing, secretaris

Bijlage 2: Standpunt Nederlandse Hart Ritme Associatie (NHRA)

Standpunt NHRA betreffende de positie van de Allied Professional

Recent is het wettelijk kader aangepast, waardoor het voor gespecialiseerde niet-artsen mogelijk wordt om medische handelingen te verrichten. Deze zogenaamde Allied Professional (AP) dient daartoe een scholingsprogramma te volgen met certificatie. Daarna kan de AP zich in bepaalde vakgebieden verrichtingen eigen maken. Onlangs is er een position paper gemaakt door een commissie van de NVVC waarin meer concreet de positie van de AP in de Cardiologie wordt beschreven.

De gecertificeerde AP valt onder de BIG wet, d.w.z. dat een handeling of verrichting mag worden gedaan mits de AP zich daartoe bekwaam acht. Anderzijds valt in het NVVC-stuk te lezen dat de AP te allen tijde onder directe (deels fysieke) supervisie van de specialist werkt, en daarbij laagcomplex, routinematige verrichtingen kan doen tot het niveau van de ANIO's, met toestemming van de patiënt.

De NVVC heeft de NHRA verzocht om op het werkterrein van de behandelingen van hartritmestoornissen te inventariseren welke handelingen in deze categorie vallen. Daarover heeft de NHRA de volgende visie:

A) De NHRA ziet ruimte voor het inzetten van de AP:

- Momenteel zijn er een aantal functies zoals Pacemaker- en/of ICD- technicus, en EFO-laborant, die in brede zin al zouden kunnen worden gezien als lijkend op die van een AP. Het volgen van de PA-opleiding biedt een nieuw carrièreperspectief, en zou hun positie kunnen versterken en formaliseren. Er zijn ook andere verrichtingen zoals cardioversies, en het onderhuids inbrengen van een implantable looprecorder, die in deze categorie kunnen vallen. Daarnaast kunnen (poli)klinische behandeling en begeleiding van patiënten hieronder vallen, zoals ICD-verpleegkundige, of gespecialiseerd verpleegkundige.

B) Daarbij is er een “Ja, mits”-standpunt:

- het werk van de AP dient ter ondersteuning van de cardioloog (in opleiding)
- Het werk van de AP mag niet ten koste gaan van de opleiding, en het behoud van voldoende ervaring c.q. aantal verrichtingen van cardioloog (in opleiding)
- de AP moet aan dezelfde eisen voldoen die aan de cardioloog (in opleiding) worden gesteld voor de betreffende verrichting
- de AP verricht deze onder strikte (fysieke) supervisie van de specialist
- de patiënt moet hierover worden geïnformeerd en toestemming geven.

C) Voor wat betreft de meeste invasieve handelingen geldt er een “Nee”-standpunt:

- Dit geldt voor het gebied van (tijdelijke) Pacemaker- en ICD- implantatie, en EFO/Ablatie
- Er liggen duidelijke wettelijke voorschriften die ingrepen van deze aard beperken
- Momenteel is er geen direct capaciteitsprobleem op de meeste terreinen
- Pacemaker-implantatie is strikt genomen niet laagcomplex noch routinematig
- Voor EFO is veel kennis en kunde nodig, en het wordt zelden verricht zonder het oogmerk om uiteindelijk over te gaan tot ablatie
- ICD en Ablatie vallen onder de WBMV en vereisen ook voor cardiologen nog aanvullende langdurige certificatie
- Er is nu al op het gebied van Pacemaker- en ICD-implantatie op veel plaatsen onvoldoende aanbod voor cardiologen (in opleiding) om aan alle richtlijnen voor volume en kwaliteit te voldoen.

Dit consensusdocument is toegestuurd aan alle leden van de NHRA ter reactie en beoordeling.

De definitieve versie is tot stand gekomen na de plenaire NHRA-ledenvergadering op 6 juni 2012 in Oudaen te Utrecht. De NHRA houdt zich ter beschikking voor nadere toelichting.

Namens de NHRA,

Dr. Lucas V.A. Boersma, voorzitter



Colofon

Taakherschikking in het hart van de zorg

is een uitgave van NVVC

Bezoekadres

Catharijnesingel 52
3511 GC Utrecht

Postadres

Postbus 19192
3501 DD Utrecht

Tel.: 030-2345000

Fax: 030-2345002

E-mail: bureau@nvvc.nl

Website: www.nvvc.nl

Productiebegeleiding

MAS-Communicatie Heiloo/Marjolein Voorberg

Fotografie

Fotostudio Wick Natzijs, Alkmaar

Grafisch ontwerp en druk

nr58 / total communication, Alkmaar

