

# Taakherschikking: wat is het en hoe kan het schaarste in de zorg helpen tegengaan?

Mr. J.M.M. Naber & mr. R.P. de Roode\*

## 1. Inleiding

In deze special over schaarste in de gezondheidszorg kan een hoofdstuk over taakherschikking niet ontbreken. De schaarste betreft immers voornamelijk tekorten aan personele en in mindere mate financiële middelen en juist taakherschikking is bedoeld om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Onder taakherschikking verstaan we het structureel herverdelen van taken en bijbehorende verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen in de individuele gezondheidszorg.<sup>1</sup> Dit is te onderscheiden van opdrachtverlening, waarbij de verantwoordelijkheid juist niet wordt overgedragen maar alleen het uitvoeren van de taak zelf.

Binnen elk zorgdomein zijn vormen van taakherschikking te vinden. Het kan gaan om herverdeling binnen een beroepsgroep (bijvoorbeeld van medisch specialist naar huisarts), maar ook tussen beroepsbeoefenaren van verschillende beroepen in de gezondheidszorg (bijvoorbeeld van arts naar verpleegkundige (beide artikel 3-beroepen) of van huisarts naar doktersassistente (van artikel 3-beroep naar een niet BIG-geregistreerd beroep)).<sup>2</sup> Vanuit een streven naar meer doelmatigheid en effectiviteit ontwikkelden zich de afgelopen decennia ook nieuwe beroepen, zoals de verpleegkundig specialist, de physician assistant en de klinisch technoloog. Via taakherschikking werden zij bevoegd tot het onder voorwaarden zelfstandig uitvoeren van bepaalde (per beroepsgroep verschillende) voorbehouden handelingen.

Deze ontwikkeling tekent de dynamiek in de gezondheidszorg als gevolg van innovatie en emancipatie, maar ook van capaciteits- en financiële problemen. De voortdurende veranderingen in de beroepspraktijk van zorgprofessionals hebben steeds aanpassingen in taken en functies tot gevolg. Taakherschikking is daardoor een dynamisch proces.<sup>3</sup>

In dit artikel beschrijven we hoe taakherschikking binnen ons zorgstelsel is ontstaan en vormgegeven. We bespreken of de diverse vormen van taakherschikking

\* Jonneke Naber is juridisch adviseur bij V&VN. Robinetta de Roode is adviseur gezondheidsrecht bij artsenfederatie KNMG en redacteur van dit tijdschrift.

1 Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS), *Taakherschikking in de gezondheidszorg*, 2002, p. 15; *Kamerstukken II 2009/10*, 32261, nr. 3, p. 2 (Wet taakherschikking).

2 J.H.H.M. Dorscheidt, 'Taakherschikking en verantwoordelijkheidsverdeling', *De toekomst van de Wet BIG* (preadvises), Vereniging voor Gezondheidsrecht 2008, p. 31.

3 RVS 2002, p. 20-23.

Mr. J.M.M. Naber & mr. R.P. de Roode

succesvol zijn om schaarste tegen te gaan en doen daarbij enkele aanbevelingen. Eerst beginnen we met een korte terugblik.

## 2. Voorgeschiedenis

De geschiedenis laat een geleidelijk veranderde regelgeving zien, ingegeven door het streven de kwaliteit van zorg zo veel mogelijk te garanderen én om ruimte te bieden aan nieuwe beroepen. In de Wet Uitoefening der Geneeskunst (WUG)<sup>4</sup> van 1865 kreeg alleen de gediplomeerde arts de bevoegdheid tot de 'uitoefening van de geneeskunst in haar volle omvang'. Deze algemene bevoegdheid is in de kring van de artsen lange tijd beschouwd als een beginsel waaraan de wetgever niet meer mocht tornen.<sup>5</sup> Desalniettemin was al onder de WUG sprake van herschikking van taken van de arts naar de verpleegkundige, zoals bijvoorbeeld het katheteriseren van de blaas (in 1894 gezien als medische handeling, in 1908 als verpleegkundige handeling).<sup>6</sup>

In algemene zin kan gesteld worden dat zodra een techniek bij artsen tot een routinehandeling gaat horen, deze veelvuldig wordt toegepast en wanneer voldoende bekend is over de risico's van een handeling, deze verschoven wordt naar andere zorgverleners.<sup>7</sup> Een belangrijke steun daarvoor was de uitspraak van de Hoge Raad in 1952.<sup>8</sup> In die zaak diende een niet-arts in strijd met de WUG injecties toe bij een patiënt. De Hoge Raad oordeelde toen dat onder onmiddellijk toezicht van een bevoegde arts en onder bepaalde omstandigheden aantoonbaar bekwame anderen wél geneeskundige handelingen uit mochten voeren. Deze uitspraak betekende de aanzet tot de zogenoemde 'verlengde-armconstructie'. De rol en de daarbij horende bevoegdheden van de niet-arts (vaak een verpleegkundige) werden daardoor gewijzigd en bestendig.

Taakherschikking kreeg een vervolg met de Wet op de paramedische beroepen in 1963. Beroepsbeoefenaren als fysiotherapeuten, diëtisten, orthoptisten en radiologisch laboranten manifesteerden zich steeds duidelijker. De nieuwe wet reguleerde de opleiding en beroepsuitoefening van de paramedische beroepsgroepen en bood hen een deelbevoegdheid op het terrein van de uitoefening van de geneeskunst, weliswaar uit te voeren in opdracht van een (tand)arts.<sup>9</sup>

Door het gebruik van steeds ingewikkelder medische apparatuur voor diagnostiek en behandeling werd het in de jaren vijftig steeds gebruikelijker om ernstig zieken

4 Wet uitoefening geneeskunst (WUG), Wet van 1 juni 1865, *Stb.* 60.

5 W.B. van der Mijm, *Wetgeving Medische Beroepsuitoefening*, VGR Preadvies 1971, p. 8-10; D. Kortenhoeven, *Verboden Toegang voor Onbevoegden. Een studie over de voorstellen tot verruiming van het wettelijk kader van de medische en paramedische beroepsuitoefening*, Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut 1982.

6 P.F. Roodbol, *Dwaallichtten, struikeltochten, tolwegen en zangsporen. Onderzoek naar taakherschikking tussen verpleging en artsen* (dissertatie RU Groningen), 2005, p. 48.

7 Roodbol 2005, p. 48.

8 HR 4 november 1952, *NJ* 1953, 149.

9 Kortenhoeven 1982, p. 58-87.

Taakherschikking: wat is het en hoe kan het schaarste in de zorg helpen tegengaan?

op te nemen in een ziekenhuis. Daardoor steeg de vraag naar verpleegkundigen en ook verzorgenden explosief. Door de verlengde-armconstructie evolueerde de verpleegkundige enerzijds nog verder tot assistent van de arts, maar anderzijds leidde het tot een streven naar autonomie en zeggenschap.<sup>10</sup>

Meer duidelijkheid over het deskundigheidsgebied en de opleiding van verpleegkundigen en verzorgenden, maar ook van andere zorgverleners, werd breder gewenst. Er was een onoverzichtelijk geheel van wetten ontstaan die beroepen in de gezondheidszorg regelden zonder uniforme systematiek en evenmin een regeling voor nieuwe beroepen.<sup>11</sup> Diverse onderzoeken mondden in 1993 uiteindelijk uit in de goedkeuring van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).<sup>12</sup>

### 3. Huidige regulering in de Wet BIG en taakherschikking

De Wet BIG heeft als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg te bevorderen en te bewaken en het publiek te beschermen tegen onzorgvuldig en ondeskundig handelen. Het in de WUG neergelegde artsenmonopolie is in de Wet BIG opgeheven: in beginsel mag iedereen met voldoende bekwaamheid individuele gezondheidszorg leveren. Uitzondering hierop vormen de zogenoemde voorbehouden handelingen: die blijven in beginsel voorbehouden aan bepaalde, aangewezen beroepsbeoefenaren.<sup>13</sup>

#### 3.1. Beroepen binnen de Wet BIG

De Wet BIG is een raamwet met enige flexibiliteit door de mogelijkheid tot uitbreiding met nieuwe beroepen en nieuwe voorbehouden handelingen en nadere invulling bij AMvB.<sup>14</sup> Zij omvat een stelsel van constitutieve registratie en titelbescherming voor inmiddels elf beroepen, de zogenoemde ‘artikel 3-beroepen’.<sup>15</sup> Het recht om de beroepstitel te voeren, is gekoppeld aan registratie in het BIG-register. Registratie is alleen mogelijk na het behalen van het vereiste diploma, terwijl voor herregistratie een bepaalde mate van werkervaring en/of scholing noodzakelijk is.<sup>16</sup> Alle elf beroepen kennen een eigen in de wet omschreven deskundigheids-

10 Roodbol 2005, p. 43 en 53.

11 Vereniging voor Gezondheidsrecht, *De toekomst van de Wet BIG* (preadvies), Den Haag: Sdu Uitgevers 2008, p. 21.

12 De Wet BIG is vanaf december 1995 gefaseerd in werking getreden, *Stb.* 1995, 559.

13 *Kamerstukken II* 1985/86, 19522, nr. 3 (MvT).

14 H.J.J. Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom juridisch 2020, p. 477.

15 Oorspronkelijk waren het acht beroepen: arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, verloskundige en verpleegkundige. Daar zijn later aan toegevoegd de beroepen physician assistant, orthopedagoog-generalist en klinisch technoloog. Zie art. 3-13 Wet BIG.

16 Art. 8 Wet BIG en Besluit periodieke registratie Wet BIG. Ondanks veler verzoek besloot de minister van VWS onlangs geen wettelijke verplichting tot deskundigheidsbevordering aan de herregistratie te verbinden (*Kamerstukken II* 2021/22, 29282, nr. 461, p. 8-9).

Mr. J.M.M. Naber & mr. R.P. de Roode

gebied<sup>17</sup> en zijn onderworpen aan publiekrechtelijk tuchtrecht.<sup>18</sup> Daarnaast geldt voor alle zorgverleners een aantal strafbepalingen.<sup>19</sup>

De wet voorziet ook in registratie van specialistentitels. Organisaties van de basisberoepen van artikel 3 mogen een specialismeregeling opstellen waarna de minister daaraan het publiekrechtelijke gevolg van titelbescherming kan verbinden.<sup>20</sup> Zo zijn bijvoorbeeld de verpleegkundig specialist, de cardioloog en de psychiater als specialist geregistreerd.

In artikel 34 Wet BIG is een categorie beroepen vastgelegd waarvoor het lichtere stelsel van opleidingstitelbescherming geldt.<sup>21</sup> Hierdoor zijn deze zorgverleners (her)kenbaar voor publiek, zorgaanbieders en verzekeraar. Hun opleiding garandeert ook een grote mate van bekwaamheid om als opdrachtnemer specifieke voorbehouden handelingen uit te voeren, in opdracht van een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar. Daarnaast mogen leden van bij AMvB aangewezen beroepsgroepen functioneel zelfstandig (dat wil zeggen in opdracht van een zelfstandig bevoegde, maar zonder toezicht en tussenkomst) bepaalde voorbehouden handelingen verrichten.<sup>22</sup>

Om taakherschikking te bevorderen is het in 2011 via het toen toegevoegde artikel 36a Wet BIG mogelijk gemaakt om een ‘experimenteerberoep’ te registreren. Deze beroepen krijgen dan vijf jaar lang de zelfstandige bevoegdheid om onder voorwaarden voorbehouden handelingen te indiceren en uit te voeren. In paragraaf 3.3 gaan we hier nader op in.

### 3.2. Bevoegdheid voor voorbehouden handelingen

Al is de uitoefening van de individuele geneeskunst in de Wet BIG voor iedereen vrijgegeven, voor een aantal handelingen geldt dat ze gereserveerd zijn voor artsen en enkele andere beroepsgroepen.<sup>23</sup> Deze veertien voorbehouden handelingen kunnen, wanneer verricht door niet-gekwalificeerden, aanmerkelijk gevaar opleveren voor leven of gezondheid van de patiënt. In artikel 36 zijn deze opgesomd, waarbij per handeling is aangegeven welke beroepsbeoefenaar zelfstandig bevoegd

17 Art. 18-33 Wet BIG.

18 Hoofdstuk VII, art. 47-78 Wet BIG.

19 Art. 96-103 Wet BIG.

20 Art. 14-17 Wet BIG.

21 Vijftien beroepen zijn krachtens art. 34 geregeld: apothekersassistent, diëtist, ergotherapeut, huidtherapeut, klinisch fysicus, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, optometrist, orthoptist, podotherapeut, radiodiagnostisch laborant, radiotherapeutisch laborant, tandprotheticus, verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG'er).

22 Art. 39 Wet BIG en Besluit functionele zelfstandigheid, m.n. art. 4, geldend voor de mondhygiënist; *Kamerstukken II 1991/92, 19522, nr. 20, p. 5.*

23 Zie ook J.C.J. Dute e.a., *Voorbehouden handelingen tegen het licht. De regeling van artikel 35-39 Wet BIG heroverwogen*, Amsterdam: AMC/Universiteit van Amsterdam 2009.

Taakherschikking: wat is het en hoe kan het schaarste in de zorg helpen tegengaan?

is ze te indiceren en uit te voeren.<sup>24</sup> Tenminste, als zij redelijkerwijs mogen aannemen dat zij daar ook toe voldoende bekwaam zijn.<sup>25</sup>

Ter ontlasting van artsen en de andere zelfstandig bevoegden biedt de Wet BIG mogelijkheden om het uitvoeren van voorbehouden handelingen anders te verdeelen. Ten eerste kan dat via de opdrachtregeling: op grond van artikel 35 en 38 Wet BIG mogen anderen in opdracht van een zelfstandig bevoegde, die de voorbehouden handeling indiceert, de handeling zelf verrichten. Daarvoor moet de opdrachtgever de opdrachtnemer voldoende duidelijke aanwijzingen geven en de mogelijkheid van toezicht en tussenkomst verzekeren, voor zover redelijkerwijs nodig. De opdrachtgever dient redelijkerwijs te mogen aannemen dat de opdrachtnemer voldoende bekwaam is om de opdracht behoorlijk te verrichten en andersom moet ook de opdrachtnemer zich voldoende bekwaam weten.

Ten tweede bestaat er de mogelijkheid om voorbehouden handelingen functioneel zelfstandig uit te voeren.<sup>26</sup> Daartoe kunnen op grond van artikel 39 Wet BIG bij nadere AMvB bepaalde categorieën van beroepsbeoefenaren worden aangewezen, die specifieke voorbehouden handelingen die horen tot hun deskundigheidsgebied in opdracht mogen uitvoeren. Zij hebben dus wel de opdracht van een zelfstandig bevoegde zorgverlener nodig, maar mogen deze handelingen uitvoeren zonder toezicht door en tussenkomst van de opdrachtgever. Tot nu toe zijn drie beroepsgroepen voor een beperkt aantal handelingen functioneel zelfstandig bevoegd verklaard: verpleegkundigen, ambulanceverpleegkundigen en mondhygiënist.<sup>27</sup>

Ten derde bestaat er, zoals boven al vermeld, de experimenteerregeling van artikel 36a Wet BIG. Hieronder wordt deze nader beschreven. Ten vierde biedt artikel 36 lid 14 onder d Wet BIG de mogelijkheid om categorieën van verpleegkundigen aan te wijzen die onder nadere voorwaarden bepaalde aangewezen UR-geneesmiddelen zelfstandig mogen voorschrijven. Op die manier zijn tot nu toe diabetes-, long- en oncologieverpleegkundigen tot een dergelijke deelbevoegdheid aangewezen.<sup>28</sup>

### 3.3. Verdere taakherschikking: de experimenteerregeling van artikel 36a Wet BIG

In de jaren negentig van de vorige eeuw begon de Nederlandse gezondheidszorg te kampen met uiteenlopende humanresourceproblemen, die nu nog steeds zeer urgent zijn: capaciteitsproblemen bij medici, het groeien van de wachtlijsten, het streven naar een effectieve inzet van de medisch specialist, de vraag van patiënten

24 De huidige voorbehouden handelingen zijn: heilkundige handelingen; verloskundige handelingen; endoscopieën; katheterisaties; injecties; puncties; onder narcose brengen; het gebruikmaken van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden; electieve cardioversie; defibrillatie; elektroconvulsieve therapie; geneeskundige steenvergruizing; kunstmatige fertilisatie; voorschrijven van geneesmiddelen op recept.

25 Art. 35a Wet BIG.

26 Deze bevoegdheid wordt ook wel 'zelfstandige uitvoeringsbevoegdheid' genoemd.

27 Dit is geregeld in het Besluit functionele zelfstandigheid.

28 Zie de Regeling voorschrijfbevoegdheid verpleegkundigen waarin de voorwaarden staan waaronder specifieke medicatie voorgeschreven mag worden.

Mr. J.M.M. Naber & mr. R.P. de Roode

naar coördinatie en het gebrek aan carrièremogelijkheden bij de verpleging in de directe patiëntenzorg.<sup>29</sup> Men kwam tot een herinrichting van de organisatie van het zorgproces 'waarbij creatief werd omgegaan met de deskundigheid van de schaarse professional'.<sup>30</sup>

Taakherschikking en nieuwe beroepen verschenen aldus hoog op de agenda en er werd geld vrijgemaakt voor de opleiding van de verpleegkundig specialist (VS) en de physician assistant (PA). Binnen de Wet BIG was de uitoefening van deze nieuwe beroepen wel mogelijk, maar tegelijk was deze wet een belemmering: er was altijd een opdrachtrelatie nodig en men mocht geen geneesmiddelen voorschrijven.

Met het oog op doelmatige inzet van kunde en capaciteit en om meer ruimte te geven aan taakherschikking<sup>31</sup> is daarom in 2011 het zogenoemde 'experimenteerartikel' aan de Wet BIG toegevoegd (art. 36a).<sup>32</sup> Dit maakt het mogelijk dat de minister in een AMvB, bij wijze van experiment, aan een categorie beroepsbeoefenaren tijdelijk de bevoegdheid toekent om zelfstandig voorbehouden handelingen te indiceren en uit te voeren. De AMvB vermeldt om welke categorie beroepsbeoefenaren het gaat en aan welke opleidingseisen zij moeten voldoen. Deze beroepen worden tijdelijk opgenomen in het BIG-register en krijgen voor een periode van vijf jaar de experimenteerstatus. Dit wordt gemonitord en geëvalueerd op doelmatigheid en efficiëntie. Bij een positieve evaluatie worden deze beroepen definitief opgenomen in de Wet BIG en worden zij (functioneel) zelfstandig bevoegd. Een en ander had tot gevolg dat aan de 'officiële' doelen van de Wet BIG (bevorderen kwaliteit van zorg en beschermen van de patiënt) ook de doelstelling van taakherschikking toegevoegd werd.

Gebaseerd op dit artikel is tot nu toe experimenteerstatus verleend aan de VS, de klinisch technoloog, de PA, de bachelor medisch hulpverlener (BMH) en de geregistreerd-mondhygiënist. De eerste drie beroepsgroepen kregen inmiddels definitief de zelfstandige bevoegdheid toegewezen.<sup>33</sup> De klinisch technoloog en de PA zijn daartoe artikel 3-beroep geworden. In onderliggende regelingen en besluiten staat het deskundigheidsgebied omschreven waarbinnen deze zorgverleners werkzaam moeten zijn om de betreffende voorbehouden handelingen te mogen verrichten.<sup>34</sup> De zelfstandige bevoegdheid van VS en PA wordt verder beperkt doordat deze al-

29 Roodbol 2005, p. 151.

30 Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking, *De zorg van morgen, flexibiliteit en samenhang*, 2003.

31 Kamerstukken II 2009/10, 32261, nr. 3, p. 2; J.M. Cuperus-Bosma e.a., *Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*, Den Haag: ZonMw 2002, p. 189.

32 Wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg onder andere in verband met de opneming van de mogelijkheid tot taakherschikking (Wet taakherschikking), *Stb.* 2011, 568. Zie ook D.Y.A. van Meersbergen, 'De veranderde positie van de verpleegkundige in de Wet BIG', *TvGR* 2012, p. 203-217.

33 Het experiment met de geregistreerd-mondhygiënist loopt nog tot 2023. Het experiment met de BMH is net afgerond en een wetswijziging is in gang gezet. Zie verder par. 4.1.

34 Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten; Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant; en Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied klinisch technoloog.

leen geldt voor handelingen van beperkte complexiteit, die routinematig worden verricht en waarvan de risico's goed te overzien zijn. Ook moeten deze uitgeoefend worden volgens landelijke richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen.

#### 4. Hoe kan taakherschikking schaarste in de zorg tegengaan?

Door onder andere demografische, maatschappelijke en technologische ontwikkelingen veranderen zorgvraag en -aanbod voortdurend. Maar ook zijn er grote en soms acute tekorten op de arbeidsmarkt in de zorg. Taakherschikking schept niet alleen doorgroeimogelijkheden voor professionals zelf, maar kan er ook toe bijdragen dat tekorten in de zorg worden tegengegaan en dat het zorgaanbod er flexibeler en toegankelijker van wordt, met behoud of zelfs verhoging van kwaliteit. Dat dat mogelijk is, is al uit diverse onderzoeken gebleken.<sup>35</sup> Voor het succes van taakherschikking is evenwel nodig dat de betrokken beroepsgroepen vertrouwen hebben in het concept en met elkaar en de zorgorganisatie gericht beleid op taakherschikking ontwikkelen, waarbij de optimale samenstelling en de verantwoordelijkheidsverdeling worden vastgelegd.<sup>36</sup> Ook dienen de opbrengsten inzichtelijk te zijn en ongewenste neveneffecten zo veel mogelijk te worden tegengegaan.

##### 4.1. Afbakening tussen deskundigheidsgebieden

Een belangrijke voorwaarde is ook dat er voldoende afbakening is tussen de deskundigheidsgebieden van bij taakherschikking betrokken beroepen. Taakherschikking is immers geen doel op zich, maar een middel om de zorg wendbaarder en daarmee toekomstbestendiger te maken. Het kan daartoe helpen de zelfstandige bevoegdheid om voorbehouden handelingen te indiceren en/of te verrichten te verruimen naar andere beroepsgroepen dan voorheen. Tegelijkertijd hanteert de Wet BIG terecht als uitgangspunt dat alleen beroepen en handelingen worden beschermd (tot art. 3-beroep respectievelijk voorbehouden handeling gemaakt) als de uitoefening ervan een te groot risico voor de patiëntveiligheid met zich meebrengt of tuchtrechtelijke bescherming nodig is. Het idee is dus dat zo min mogelijk beroepen beschermd worden. Bovendien kunnen voorbehouden handelingen ook in opdracht worden verricht. Taakherschikking, zijnde het structureel herverdelen van taken en verantwoordelijkheden tussen beroepsgroepen, moet alleen ingezet worden als dat nodig is. Zij kan namelijk ook contraproductief uitpakken. Bijvoorbeeld als een relatief nieuwe beroepsgroep zelfstandige bevoegdheden krijgt die ook in opdracht kunnen worden verricht en feitelijk (door anderen) ook reeds als zodanig worden verricht.

35 Onder andere: D.P. de Bruijn-Geraets, e.a., *VoorBIGhouden: Eindrapportage evaluatieonderzoek art.36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant*, Maastricht: Maastricht University 2016; NIVEL, *Visie op taakherschikking*, 2020.

36 M. Lovink e.a., *Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten*, Nijmegen: Radboudumc, IQ healthcare & Eerstelijngeneeskunde en Hogeschool van Arnhem en Nijmegen 2018.

Mr. J.M.M. Naber & mr. R.P. de Roode

Dit speelde recent bij het experiment met de bachelor medisch hulpverlener die via artikel 36a Wet BIG zelfstandig voorbehouden handelingen mocht verrichten die ambulanceverpleegkundigen al in functionele zelfstandigheid en anesthesiemedewerkers in opdracht verrichten. Een dergelijke taakherschikking werkt nodeloze versnippering in de hand, een verhoogd risico op samenwerkings- en afstemmingsproblemen en onnodige onduidelijkheid voor de patiënt.<sup>37</sup> Weliswaar kan een nieuw beroep aantrekkelijk zijn en aldus mensen de arbeidsmarkt op krijgen, dit lijkt toch vooral een kortetermijnoplossing. Op de lange termijn kan de komst van meer art. 3-beroepen met een beperkt deskundigheidsgebied, dat overlapt met dat van een bestaand (breder georiënteerd) beroep, zelfs negatieve invloed hebben op schaarste. De aantrekkingskracht van andere beroepen kan minder worden, maar ook de doorgroeimogelijkheden binnen het nieuwe beroep kunnen beperkt zijn, waardoor in wezen ‘fukberoepen’ in het leven worden geroepen.<sup>38</sup>

Te veel overlap tussen deskundigheidsgebieden wordt in de hand gewerkt doordat de experimenteerregeling losstaat van de ‘koninklijke route’ voor het worden van artikel 3-beroep. Deze verloopt via een besluit van de minister op een aanvraag uit het veld, na advies van het Zorginstituut. Een beleidslijn uit 2014, opgesteld naar aanleiding van de tweede evaluatie van de Wet BIG, is leidend.<sup>39</sup> Het zijn van breed basisberoep met een voldoende onderscheidend deskundigheidsgebied, maakt deel uit van de toetsingscriteria uit deze beleidslijn. Bij experimenteerberoepen wordt echter niet aan de beleidslijn getoetst. Indien en voor zover een experiment succesvol verloopt in termen van doelmatigheid en effectiviteit, wordt de tijdelijke zelfstandige bevoegdheid omgezet in een permanente. De minister<sup>40</sup> gaf weliswaar recent aan dit te willen veranderen, maar stelde de criteria uit de beleidslijn ook ter discussie. Een tijdelijke adviescommissie gaat zich er nader over uitlaten. Het is te hopen dat de mate waarin een deskundigheidsgebied zich onderscheidt van andere artikel 3-beroepen als criterium overeind blijft.<sup>41</sup>

#### 4.2. Voorwaarden en grenzen aan bevoegdheden

Onduidelijkheid over voorwaarden en grenzen aan bevoegdheden kan succesvolle implementatie van taakherschikking ook in de weg staan. Zo blijkt er nog steeds

- 37 De *Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg* (KNMG e.a., 2022) komt in zoverre tegemoet aan het probleem van onduidelijkheid, dat volgens deze Handreiking voor de patiënt altijd duidelijk moet zijn wie zijn aanspreekpunt is. Wie de vragen van de patiënt het beste kan beantwoorden, kan voor zorgverleners dan overigens nog steeds onduidelijk zijn. Zie ook: G.P.M. Raas, ‘Geschikt en geschoven. Een jurisprudentieonderzoek over taakherschikking in de gezondheidszorg’, *Juridische aspecten van taakherschikking in de gezondheidszorg*, Zoetermeer: RVS 2002, p. 95 e.v.
- 38 Zie ook NIVEL 2020. Voor wat betreft de BMH is de minister overigens in zoverre tegemoetgekomen aan het probleem van overlap van deskundigheidsgebieden, dat hij besloten heeft de BMH wel een artikel 3-status te willen geven, maar slechts een functionele zelfstandigheid en niet voor de anesthesiologie. De overlap met de ambulanceverpleegkundige blijft dus wel bestaan.
- 39 *Kamerstukken II 2014/15*, 29282, nr. 211.
- 40 *Kamerstukken II 2021/22*, 29282, nr. 461 (Bevindingen verkenning toekomstbestendigheid Wet BIG).
- 41 Anders: N.O.M. Woestenburger & H.B. Winter, ‘De regeling voorbehouden handelingen en criteria voor regulering van beroepen in de Wet BIG’, *TvGR 2022*, p. 309-310.



onduidelijkheid te bestaan over de voorwaarden waaronder voorbehouden handelingen kunnen worden opgedragen aan andere zorgverleners.<sup>42</sup> Er is niet steeds een expliciete, op de individuele patiënt gerichte opdracht nodig en generieke en voorwaardelijke opdrachten kunnen ook worden verstrekt. De minister wil dit nader verduidelijken middels voorlichting. Van belang is dat daarbij ook duidelijk wordt aangegeven wanneer generieke en voorwaardelijke opdrachten niet verantwoord zijn. Tegelijk zou ook meer duidelijkheid kunnen worden gegeven hoe de bekwaamheid van opdrachtnemers goed te borgen is. Werkgevers en beroepsorganisaties kunnen daarbij een (nog) grotere rol spelen. Dit om te voorkomen dat professionals worden ingezet die wel ‘het kunstje’ kennen, maar complicaties onvoldoende (tijdig) kunnen signaleren. De opdrachtregeling dient immers wel de patiëntveiligheid te garanderen.

Onduidelijkheid over grenzen van bevoegdheden speelt ook rond de Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten en het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant. Zoals hierboven reeds vermeld, beperken beide de bevoegdheid van de VS respectievelijk PA tot voorbehouden handelingen die:

- a vallen binnen het deskundigheidsgebied waarin men is opgeleid;
- b beperkt complex zijn;
- c routinematig en volgens landelijke protocollen en richtlijnen worden verricht; en
- d waarvan de risico's zijn te overzien.<sup>43</sup>

In de regelingen wordt niet nader verduidelijkt welke handelingen als zodanig zijn te beschouwen. Dat wordt – aldus ook de Handreiking Implementatie Taakherschikking van KNMG, V&VN en NAPA<sup>44</sup> – overgelaten aan het veld en aan op lokaal niveau te maken afspraken. Veel wordt ook ingekaderd in landelijke richtlijnen, handreikingen<sup>45</sup> en dergelijke. Maar als dat niet lukt omdat geen consensus wordt bereikt, zoals onlangs over de nieuwe Richtlijn palliatieve sedatie,<sup>46</sup> lijkt de wettelijke regeling onvoldoende duidelijk. Een mooi aandachtspunt voor genoemde nog in te stellen tijdelijke adviescommissie, zo lijkt ons, die naast het adviseren over meer frequente gebruikmaking van functionele zelfstandigheid en zelfstandige bevoegdheid tot deelhandelingen,<sup>47</sup> ook als opdracht krijgt de criteria voor de lijst van

42 Ecorys, *Onderzoek naar voorbehouden handelingen en toelating beroepen in de Wet BIG*, 2022. Zie ook: Woestenburg & Winter 2022.

43 Art. 6 Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten. De door de minister goedgekeurde opleidingseisen van PA en VS bieden wel duidelijkheid over specifieke competenties en deskundigheidsgebieden. Zie voor de VS de ministeriële goedkeuring in *Stcrt.* 2020, 37025.

44 KNMG, V&VN en NAPA, *Handreiking Implementatie Taakherschikking*, 2010.

45 Zoals de *Handreiking Samenwerking en Taakherschikking Ouderenzorg*, overeengekomen door V&VN, NAPA en Verenso (2022).

46 Zie een bericht op de website van de KNMG en die van V&VN over deze richtlijn.

47 Zoals de functionele bevoegdheid op grond van art. 39 Wet BIG en de zelfstandige bevoegdheid ex art. 36 lid 14 onder d Wet BIG van een (op dit moment) drietal gespecialiseerde verpleegkundigen, om onder voorwaarden bepaalde, aangewezen UR-geneesmiddelen voor te schrijven.

Mr. J.M.M. Naber & mr. R.P. de Roode

voorbehouden van handelingen te heroverwegen en binnen de lijst zo mogelijk te specificeren.<sup>48</sup>

#### 4.3. In andere wetten voorbehouden handelingen

Een derde probleem kan zich voordoen als handelingen in andere wetten worden voorbehouden aan een of meerdere bepaalde beroepen. Opdrachtverlening via artikel 35 en 38 Wet BIG is dan niet mogelijk, terwijl die mogelijk voldoende oplossing zou kunnen bieden bij schaarste. Schaarste doet zich momenteel bijvoorbeeld voor bij de lijkschouw. Dit door de toegenomen werkdruk c.q. een tekort aan specialisten ouderengeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapten en forensisch geneeskundigen en door de toegenomen druk op de huisartsenzorg. Een lijkschouw moet<sup>49</sup> zo spoedig mogelijk na het overlijden verricht worden door de behandelend arts of een gemeentelijk lijkschouwer. Doel is om vast te stellen of de doodsoorzaak natuurlijk was of niet. De arts die de overlijdensverklaring (het A-formulier) invult, moet óók het B-formulier voor de statistiek invullen. Daarop moet hij aangeven welke ziektes – direct of indirect – tot de dood hebben geleid of eraan hebben bijgedragen. Het geheel is dus vooral een medisch-maatschappelijk georiënteerde conclusie, mede bedoeld om mogelijke strafrechtelijke oorzaken niet onopgemerkt te laten. Voor het volledig overnemen hiervan door een andere zorgverlener dan een arts, zou in elk geval wetswijziging nodig zijn. Op dit moment wordt onderzocht of de lijkschouw door de behandelend arts in de langdurige zorg ook door een VS of PA kan worden verricht.<sup>50</sup> Bij meer complexe of onverwachte overlijdens lijkt ons dit overigens uitgesloten. Niet ondenkbaar lijkt ons de lijkschouw op te nemen als voorbehouden handeling in artikel 36 Wet BIG. Dit mede met het oog op het maatschappelijke belang dat met een lijkschouw gemoeid is. Daarmee gaat ook opdrachtverlening tot de mogelijkheden behoren, en wellicht op termijn zelfs (gedeeltelijke) taakherschikking.

#### 4.4. Kosteneffectiviteit

Van belang voor het succes van en het draagvlak voor taakherschikking is ook dat de kosteneffectiviteit ervan inzichtelijk wordt. Dat is nog lang niet altijd het geval.<sup>51</sup> Maar er zijn wel ontwikkelingen. Sinds de invoering van de integrale bekostiging in 2015 kunnen VS en PA bijvoorbeeld op eigen AGB-code een dbc openen en zorgactiviteiten registreren. Sinds 2019 is er ook een vergoeding voor klinische intercollegiale consulten door VS en PA. Om transparantie verder te stimuleren heeft de NZa in 2022 verplicht gesteld om zorgactiviteiten op soort zorgverlener te registreren. Hierdoor wordt het aandeel in de zorg geleverd door de ‘ontvangende’

48 *Kamerstukken II 2021/22, 29282, nr. 461.*

49 Op grond van art. 3 Wet op de lijkbezorging.

50 *Aanhangsel Handelingen II, 2021/22, 1821.*

51 P. Kleven e.a., *De financiële effecten van taakherschikking. Een hermeting gericht op de effecten van de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten in financieel-economisch perspectief*, Nijmegen: Radboudumc 2019; Nederlandse Zorgautoriteit, *Monitor taakherschikking: Physician Assistants & Verpleegkundig Specialisten in de medisch specialistische zorg*, 2019.

Taakherschikking: wat is het en hoe kan het schaarste in de zorg helpen tegengaan?

beroepen – naast dat van de medisch specialist – inzichtelijker.<sup>52</sup> Voor een volledig beeld zouden echter ook afstemmingsactiviteiten in kaart moeten worden gebracht. Deze doen de tijdwinst die taakherschikking kan opleveren voor een deel namelijk weer teniet.

#### 4.5. Ongewenste neveneffecten

Maar er zijn ook ongewenste neveneffecten. Zo gaat taakherschikking vaak gepaard met een toename in afstemmings- en samenwerkingsverplichtingen, doorgaans niet het type taken dat aan werkvreugde en motivatie van professionals bijdraagt.<sup>53</sup> Ook kan taakherschikking, zowel bij de medisch specialisten als bij de ontvangende professionals, leiden tot (super)specialisatie, terwijl de zorg in toenevende mate behoefte heeft aan (breed inzetbare) generalisten. Dat de minister niet wil inzetten op wettelijk verplichte deskundigheidsbevordering in het kader van herregistratie van het basisberoep,<sup>54</sup> is in dat licht overigens ook een gemiste kans. Deskundigheidsbevordering is ook gericht op het onderhouden van de generieke basiskennis en -vaardigheden.

## 5. Conclusie

Taakherschikking bestaat al lang, al veel langer dan de Wet BIG oud is. Zij ontstaat doorgaans ‘bottom-up’, als beroepsontwikkeling en/of schaarste de praktijk er als vanzelf toe brengt. Wanneer taakherschikking min of meer organisch ontstaat, is de uiteindelijke formalisatie ervan doorgaans veel minder problematisch dan wanneer deze ‘top-down’ wordt opgelegd. Inzichtelijk maken van de praktijk kan daarbij zeker helpen. Als taakherschikking wordt gebruikt om meer mensen voor de zorg te interesseren door een nieuw beroep te introduceren met een weinig onderscheidend en relatief smal deskundigheidsgebied, kan dat averechts uitpakken. De aantrekkingskracht van andere beroepen kan minder worden, maar ook de door-groeimogelijkheden binnen het nieuwe beroep kunnen beperkt zijn

Weerstand tegen taakherschikking zal er echter altijd wel blijven, zeker zolang de (kosteneffectiviteits)winst ervan niet duidelijk inzichtelijk wordt gemaakt. In dat opzicht is nog het nodige te winnen. Een aandachtspunt betreft verder de toename van (super)specialisatie die taakherschikking teweeg kan brengen. Dit terwijl er juist behoefte is aan meer ‘generalisten’. Dat de wetgever artikel 3-beroepen niet wettelijk wil verplichten tot het volgen van deskundigheidsbevordering in het kader van herregistratie, valt om meerdere redenen te betreuren, maar ook om deze. Wel zal het wettelijk kader gelukkig worden verduidelijkt, onder meer over de grenzen van bevoegdheden en de criteria voor toelating van beroepen. Op die manier

52 A. van Goor, ‘Wettelijke kaders taakherschikking verpleegkundig specialist en physician-assistant. Historisch, huidig en toekomstig perspectief’, *Dé Verpleegkundig Specialist* 2022(1), p. 6-11.

53 NIVEL 2020, p. 64.

54 *Kamerstukken II* 2021/22, 29282, nr. 461, p. 8-9. De minister gaat wel steun bieden voor het opzetten van Kwaliteitsregisters voor artikel 3-beroepsgroepen die dat nu nog niet hebben. Maar aanmelding bij dergelijke registers is op vrijwillige basis en daarmee geen afdoende borging van deskundigheidsbevordering.

Mr. J.M.M. Naber & mr. R.P. de Roode

kan taakherschikking effectiever worden ingezet, hetgeen kan helpen de huidige problemen rond schaarste in de zorg weg te nemen.