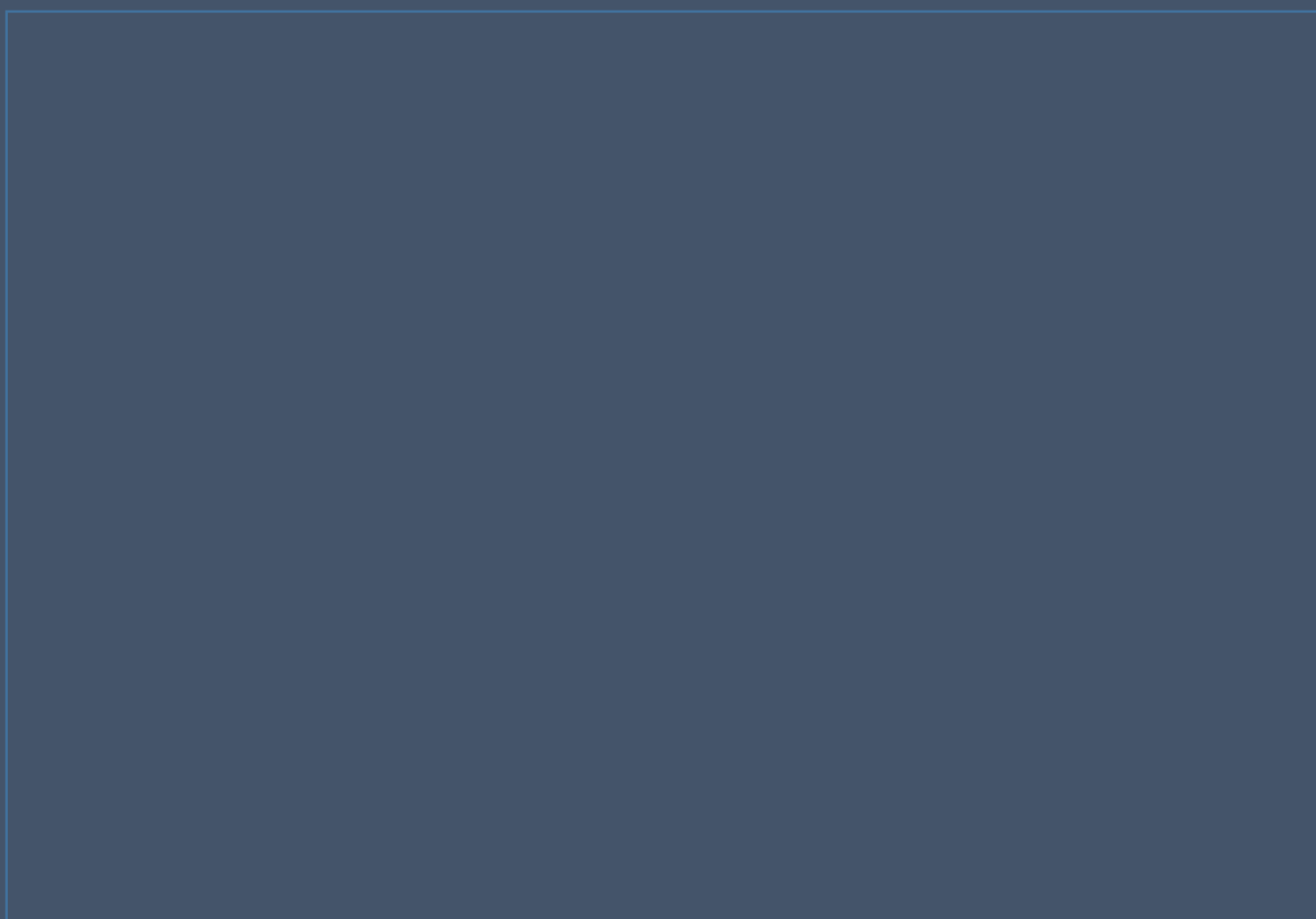


RUIMTE VOOR
PHYSICIAN ASSISTANTS EN
VERPLEEGKUNDIG SPECIALISTEN
IN ANDERHALVELIJNSZORG



Colofon

Uitgevoerd door

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening

Opdrachtgever

Platform VS en PA

Auteurs

Mevr. dr. A.J.A.H. (Anneke) van Vught

Mevr. dr. R.M.A. (Reni) van Erp

Mevr. dr. M.G.H. (Miranda) Laurant

Dhr. drs. G. (Geert) van den Brink

Contact

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Anneke van Vught: a.vanvught@han.nl

Copyright

Alle rechten voorbehouden. Uit deze uitgave kan vrijelijk worden geciteerd, mits met bronvermelding. Dit rapport als volgt citeren: van Vught, A., van Erp, R., Laurant, M. en van den Brink, G. (2020). Ruimte voor Physician Assistants en Verpleegkundig Specialisten in anderhalvelijnszorg. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

December 2019

Disclaimer

De opdracht voor dit onderzoek is door het Platform VS en PA gegeven aan het lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. De inhoud van dit rapport representeert daarmee niet noodzakelijkwijs de standpunten van de afzonderlijke deelnemers van de klankbordgroep. De rechten op de inhoud ligt bij de auteurs en de experts die in het kader van deze opdracht zijn bevraagd over de inzet van de physician assistants en verpleegkundig specialisten in anderhalvelijnszorg.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	3
Voorwoord	4
Leeswijzer	6
Samenvatting.....	7
Achtergrond	9
Conclusies met aanbevelingen.....	14
Bijlage 1: Literatuurstudie.....	21
Bijlage 2: Verdieping	34
Bijlage 3: Vier praktijkvoorbeelden.....	44
Wondzorg/dermatologie vanuit een mobiele service.....	44
Acute ouderenzorg in de Wijkkliniek.....	51
Acute zorg vanuit soloambulance.....	55
Gynaecologie in de Regiopoli.....	61

Voorwoord

Zorgen dat mensen de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek krijgen, vraagt om durf, inzet en de wil om nieuwe werkwijzen uit te denken en door te voeren. Hierbij wordt gestreefd naar zorg dichtbij als het kan en verder weg als het moet. In de afgelopen jaren zijn we samen met medisch specialisten, huisartsen, beleidsmakers, physician assistants, verpleegkundig specialisten, andere zorgprofessionals en patiënten op zoek gegaan naar de ruimte voor physician assistants en verpleegkundig specialisten in het verschuiven van beperkt complexe medisch-specialistische zorg van het ziekenhuis naar de patiënt thuis of in een gezondheidscentrum/(wijk)kliniek/huisartsenpraktijk. Deze verschuiving wordt in dit rapport aangeduid als anderhalvelijnszorg. In dit rapport worden de bevindingen over de rol van de physician assistant en de verpleegkundig specialist in anderhalvelijnszorg beschreven. Het rapport beschrijft daarmee een mogelijkheid om met de inzet van de physician assistant en de verpleegkundig specialist de gezondheidszorg toegankelijk te houden en de kosten te beheersen, tegen het licht van een stijgende zorgvraag.

In dit onderzoek hebben we veel medisch specialisten, huisartsen, beleidsmakers, physician assistants, verpleegkundig specialisten, andere zorgprofessionals en patiënten gesproken. Dit waren enorm interessante gesprekken waarin vanuit verschillende perspectieven gereflecteerd werd op ontwikkelingen in de gezondheidszorg, de verschuivingen van medisch-specialistische zorg van het ziekenhuis naar dichtbij de patiënt en de rol van physician assistants en verpleegkundig specialisten daarin. Veel professionals hebben gepassioneerd gesproken over deze ontwikkeling, waaronder veel physician assistants en verpleegkundige professionals. Veelal hebben deze professionals vanuit hun dagelijkse ervaring mogelijkheden gezien waarbij de zorg kan worden verbeterd door vanuit het perspectief van de patiënt de zorg te organiseren.

We willen de deelnemers aan de (focusgroep)interviews én de initiatiefnemers van de vier praktijkvoorbeelden hartelijk bedanken. De verdieping van de vier praktijkvoorbeelden heeft ons waardevolle informatie gebracht door het delen van hun ervaringen met de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten in anderhalvelijnszorg. Hierdoor kregen we dieper en gedetailleerder inzicht in de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten, door welke factoren de inzet wordt beïnvloed en hoe deze inzet ervaren wordt in anderhalvelijnszorg. Ook de klankbordgroep, met vertegenwoordigers uit de beroepsgroepen, (onderzoeks)projecten naar 'juiste zorg op de juiste plek', zorgverzekeraars en de opleidingen, heeft veel informatie opgeleverd en was daarmee bijzonder belangrijk voor dit onderzoek. Met de klankbordgroep hebben wij kritisch gereflecteerd op de bevindingen en de conclusies. Daarmee hebben zij een actieve bijdrage geleverd aan de formulering van de aanbevelingen.

Tot slot bedanken we iedereen die betrokken is geweest bij de totstandkoming van dit rapport. Door deze bijdrage hebben we een volledig beeld verkregen van de (mogelijkheden voor) physician assistants en verpleegkundig specialisten in het verschuiven van medisch-specialistische zorg van ziekenhuis naar de patiënt thuis of een gezondheidscentrum/(wijk)kliniek/huisartsenpraktijk. Ook het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport danken wij hartelijk voor het in ons gestelde vertrouwen.

Wij wensen u veel leesplezier!

Namens de projectgroep,

Geert van den Brink

Projectleider

Anneke van Vught

Onderzoeksleider

Leeswijzer

De verschillende methoden van gegevensverzameling en resultaten zijn beschreven in de bijlagen.

Bijlage 1: literatuurstudie

Bijlage 2: weergaven van interviews

Bijlage 3: beschrijving van praktijkvoorbeelden

De resultaten betreffen empirische gegevens zoals verzameld bij en weergegeven door de deelnemers aan de deelstudies. Deze resultaten zijn met input van de klankbordgroep vertaald naar conclusies en aanbevelingen die u direct na de achtergrond van dit rapport kunt lezen.

Samenvatting

Achtergrond

De juiste zorg op de juiste plek is een ontwikkeling in het anders organiseren van de zorg met als doel (duurdere) zorg voorkomen, zorg vervangen en zorg verplaatsen. Het verplaatsen van zorg die voorheen door een medisch specialist in het ziekenhuis verleend werd, naar de patiënt thuis of in een gezondheidscentrum/ (wijk)kliniek/huisartsenpraktijk wordt in dit rapport aangeduid als anderhalvelijnszorg.

In de afgelopen jaren zijn verschillende initiatieven gestart om anderhalvelijnszorg vorm te geven en te evalueren. Deze beperkt complexe medisch-specialistische zorg wordt momenteel vooral verleend door medisch specialiteiten en/of huisartsen. Hoewel de eerste ervaringen van anderhalvelijnszorg positief zijn, is de vraag of medisch specialisten en huisartsen wel de juiste professionals zijn om deze beperkt complexe medische zorg buiten het ziekenhuis te verlenen. De introductie van physician assistants en verpleegkundig specialisten voor anderhalvelijnszorg is een mogelijk alternatief.

Doelstelling

Voorliggend onderzoek heeft tot doel om inzicht te krijgen in het potentieel van anderhalvelijnszorg waarbij physician assistants en verpleegkundig specialisten betrokken zijn. Onderzocht is op welke wijze physician assistants en verpleegkundig specialisten werkzaam zijn in anderhalvelijnszorg, wat de haalbaarheid is (inclusief belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie) en wat de (ervaren) effecten zijn.

Methode

De bevindingen uit de systematische literatuurstudie (bijlage 1), verdiepende interviews en raadpleging van relevante (beleids)documenten (bijlage 2 en 3) zijn uitgebreid bediscussieerd binnen de projectgroep en de klankbordgroep. Deze combinatie van methoden, inclusief discussie en reflecties op een bezoek aan een nurse-led clinic en primary-care centrum in Birmingham, heeft geleid tot onderstaande conclusies.

Conclusies

Positieve ervaringen

Door de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten worden medisch specialisten en huisartsen ontlast. Medisch specialisten kunnen zich dan blijven focussen op de complexere medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis en huisartsen op de generalistische zorg in de huisartsenpraktijk. Medisch specialisten en huisartsen hebben vertrouwen in de deskundigheid van physician assistants en verpleegkundig specialisten in anderhalvelijnszorg. Patiënten waarderen de zorg dichtbij, de korte wachttijd, persoonsgerichte benadering en het gelijkwaardig contact door de physician assistant of verpleegkundig specialist.

Aan het begin van de ontwikkeling

Het aantal initiatieven (nationaal en internationaal) waarbij een physician assistant of verpleegkundig specialist werkzaam is in anderhalvelijnszorg is beperkt. Veel initiatieven staan aan het begin van hun ontwikkeling en hebben het voor elkaar gekregen om over bestaande structuren en tradities heen nieuwe zorgconcepten te organiseren. Physician assistants of verpleegkundig specialisten zijn vaak initiators van deze initiatieven.

Volop kansen

Door de ontwikkelingen in én de druk op de gezondheidszorg zijn er volop kansen voor physician assistants en verpleegkundig specialisten in anderhalvelijnszorg. De inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten draagt bij aan een betaalbare, kwalitatief hoogwaardige en toegankelijke gezondheidszorg. Anderhalvelijnszorg biedt physician assistants en verpleegkundig specialisten mogelijkheden om zich te ontwikkelen en hun expertise in te zetten.

Belemmeringen

Om doorontwikkeling en opschaling van de initiatieven mogelijk te maken en te versnellen is het nodig om belemmerende factoren weg te nemen. Deze belemmeringen hebben betrekking op:

- de organisatie van anderhalvelijnszorg, zoals structurele financiering en (veilige) gegevensuitwisseling, en
- de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten in anderhalvelijnszorg, zoals onbekendheid met deze zorgprofessionals en het ontbreken van samenwerkingsovereenkomsten.

Aanbevelingen

Een aanbeveling die voor alle partijen geldt, betreft het ondersteunen van physician assistants en verpleegkundig specialisten in het initiëren, opzetten en uitvoeren van anderhalvelijnszorg.

Daarnaast zorgdragen voor de bekendheid met de mogelijkheden van physician assistants en verpleegkundig specialisten in anderhalvelijnszorg en het evalueren van initiatieven.

Achtergrond

De gezondheidszorg in de Westerse landen ondergaat grote veranderingen als gevolg van de vergrijzing en de toename van het aantal mensen met multimorbiditeit. Om hoge kwaliteit en toegankelijkheid van zorg voor nu en in de toekomst te garanderen, tegen beheersbare kosten, zijn nieuwe zorgvormen nodig. De juiste zorg op de juiste plek (JZoJP) is een ontwikkeling in het anders organiseren van de zorg. Doelen zijn het voorkomen van (duurdere) zorg, het vervangen van zorg (door andere zorg zoals bijvoorbeeld e-health) en het verplaatsen van zorg (dichterbij mensen thuis als het kan en verder weg als het nodig is)¹. Het verplaatsen van zorg die voorheen door een medisch specialist in het ziekenhuis verleend werd naar de patiënt thuis of in een gezondheidscentrum/ (wijk)kliniek/huisartsenpraktijk, wordt in dit rapport aangeduid als anderhalvelijnszorg.

In de afgelopen jaren zijn verschillende initiatieven gestart om anderhalvelijnszorg vorm te geven en te evalueren. Bij deze initiatieven, alsook bij internationale initiatieven, worden veelal medisch specialisten ingezet om de beperkt complexe medisch-specialistische zorg buiten het ziekenhuis te verlenen, al dan niet in samenwerking met huisartsen². Enkele van deze initiatieven zijn al geëvalueerd en tonen positieve effecten aan van anderhalvelijnszorg. Patiënten waarderen de verbeterde toegankelijkheid van medische zorg (kortere wachttijden, kleinschalige setting en goede uitleg) en het besparingspotentieel lijkt gunstig¹. Hoewel de eerste ervaringen met anderhalvelijnszorg door medisch specialisten (samen met huisartsen) positief zijn, is de vraag of zij de juiste professionals zijn om deze beperkt complexe medische zorg buiten het ziekenhuis te verlenen. De introductie van physician assistants en verpleegkundig specialisten voor anderhalvelijnszorg is een mogelijk alternatief voor medisch specialisten en huisartsen in anderhalvelijnszorg. Hierdoor kunnen medisch specialisten de hoog-complexe zorg verlenen in het ziekenhuis en huisartsen de (generalistische) zorg in de huisartsenpraktijk.

Doelstelling

Voorliggend onderzoek heeft tot doel om inzicht te krijgen in het potentieel van anderhalvelijnszorg waarbij physician assistants en verpleegkundig specialisten betrokken zijn. Hiervoor werd onderzocht op welke wijze physician assistants en verpleegkundig specialisten werkzaam zijn in anderhalvelijnszorg, wat de haalbaarheid is (inclusief belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie) en wat de (ervaren) effecten zijn.

¹ RIVM. (2018). Regio's in beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem Landelijke Monitor Proeftuinen – reflectie op 5 jaar proeftuinen. RIVM Rapport 2018-0140.

² Van Hoof et al. (2019). Substitution of outpatient hospital care with specialist care in the primary care setting: A systematic review on quality of care, health and costs. PLoS One. 2019 Aug 1;14(8):e0219957. doi: 10.1371/journal.pone.0219957. eCollection 2019.

Afbakening

Er is gekozen om af te bakenen naar medische zorg die voorheen door een arts, physician assistant of verpleegkundig specialist in het ziekenhuis verleend werd en nu door een physician assistant of verpleegkundig specialist bij de patiënt thuis of in een gezondheidscentrum/(wijk)kliniek/huisartsenpraktijk verleend wordt. Anderhalvelijnszorg kan georganiseerd zijn vanuit het ziekenhuis, maar ook vanuit de huisartsenpraktijk/gezondheidscentrum, wijkorganisatie of ambulancevoorziening. Geëxcludeerd werden physician assistants en verpleegkundig specialisten werkzaam in zelfstandige behandelcentra of in een buitenpoli. Ook werd zorg die voorheen plaatsvond in een verpleeghuis³ of ggz-instelling⁴ en nu thuis wordt verleend, niet meegenomen in het onderzoek.

Vraagstellingen

1. Op welke wijze kunnen physician assistants en verpleegkundig specialisten werkzaam zijn in anderhalvelijnszorg en wat zijn de beoogde en gerealiseerde (ervaren) effecten hiervan?
2. Welke factoren beïnvloeden de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten in anderhalvelijnszorg (bevorderend en belemmerend)?
3. Wat zijn de kansen voor physician assistants en verpleegkundig specialisten in anderhalvelijnszorg?
4. Wat zijn de conclusies van nationale stakeholders en ambassadeurs⁵ over de ruimte voor physician assistants en verpleegkundig specialisten binnen anderhalvelijnszorg?

Begrippen in dit rapport

Hieronder volgen een aantal begrippen zoals deze zijn gehanteerd in dit rapport.

Anderhalvelijnszorg: zorg die voorheen werd verleend door de medisch specialist in het ziekenhuis en nu wordt verleend bij de patiënt thuis of in een gezondheidscentrum/(wijk)kliniek/huisartsenpraktijk door een team van deskundige professionals. Belangrijk hierbij is dat anderhalvelijnszorg dynamisch is. Wat in het ene geval anderhalvelijnszorg is, uitgevoerd door een medisch specialist in een huisartsenpraktijk, kan in een ander geval eerstelijnszorg zijn, uitgevoerd door een huisarts met bepaalde expertise, en in een derde geval tweedelijnszorg uitgevoerd door een medisch specialist in het ziekenhuis. De specifieke inhoud van anderhalvelijnszorg kan dus variëren.

Anderhalvelijnszorg is een onderdeel van *transmurale zorg*, waarin er samenwerkingsverbanden zijn tussen ziekenhuizen, huisartspraktijken en wijkzorgorganisaties om samen de zorg tussen de verschillende lijnen goed af te stemmen en te organiseren. Binnen transmurale zorg wordt de zorg

³ Meer informatie over de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten specifiek gericht op ouderen vindt u op www.zorgmasters.nl/taakherschikking-ouderenzorg.

⁴ Meer informatie over de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten specifiek gericht op ggz vindt u op <https://zorgmasters.nl/kennis/geestelijke-gezondheidszorg/>

⁵ De nationale stakeholders en ambassadeurs betreffen de leden van de klankbordgroep van het project, zie pag 11.

zoveel mogelijk lokaal verleend door gespecialiseerde professionals en indien noodzakelijk in het ziekenhuis.

Physician Assistant (PA): een ervaren (minimaal 2 jaar) hbo-zorgprofessional die aanvullend de 2,5 jarige Master Physician Assistant (MPA) heeft afgerond. Physician assistants zijn zelfstandig bevoegd (art. 3 Wet Big) in het stellen van diagnoses, het starten van behandelingen en het verrichten van meerdere voorbehouden handelingen. Over de invulling hiervan maken physician assistants samenwerkingsafspraken met geneeskundig specialisten. De physician assistant wordt gekenmerkt als een medische functionaris in het medisch domein, binnen een deelgebied van de geneeskunde. De focus ligt op medische zorg, met de nadruk op het medisch model (orgaansystemen/pathologie/medische behandelingen), maar rekening houdend met het biopsychosociaal model. Physician assistants zijn breed inzetbaar binnen een medisch specialisme, waar verschillende ziektebeelden samenkomen. De vooropleiding en de werkervaring zijn minder relevant omdat het omscholing betreft⁶.

Verpleegkundig Specialist (VS): een ervaren (minimaal 2 jaar) hbo-verpleegkundige die aanvullend de 2-jarige Master Advanced Nursing Practice (MANP) heeft afgerond en is geregistreerd in een van de verpleegkundig specialismen in het kwaliteitsregister van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Verpleegkundig specialisten zijn zelfstandig bevoegd in het stellen van diagnoses, het starten van behandelingen en het verrichten van meerdere voorbehouden handelingen. Over de invulling maken verpleegkundig specialisten samenwerkingsafspraken met geneeskundig specialisten. De verpleegkundig specialist wordt gekenmerkt als een brugfunctionaris daar waar het gaat om verpleegkundige en medische zorg. De focus ligt op het verbeteren van de verpleegkundige zorg en deze te integreren met medische zorg. De nadruk ligt op het biopsychosociaal model. De verpleegkundig specialist is inzetbaar binnen een of enkele patiëntengroepen (expert) en komt het beste tot zijn/haar recht bij (verpleegkundige) innovaties en als aanspreekpunt wanneer veel medisch specialismen betrokken zijn bij de behandeling van een individuele patiënt. Daarbij heeft de VS als verpleegkundig expert een belangrijke opdracht in het verbinden van de verpleegkundige beroepskolom en deskundigheidsbevordering van verpleegkundigen. De vooropleiding en de werkervaring zijn relevant, omdat het een vervolgberoep betreft⁶.

⁶ <https://zorgmasters.nl/uitgelicht/profielen-pa-en-vs-convergeren-of-divergeren/>

Projectgroep en klankbordgroep

Projectgroep

Geert van den Brink	Projectleider
Anneke van Vught	Onderzoeksleider
Miranda Laurant	Adviseur/expert
Trees van Bohemen	Onderzoeker
Reni van Erp	Onderzoeker
Brigitta Lemmens	Notulist

Klankbordgroep

Belinda van de Lagemaat	Federatie Medisch Specialisten
Emmy Derckx	Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg
Quinten van den Driesschen	Nederlandse Associatie Physician Assistants
Nathalie van Elck	V&VN-Verpleegkundig Specialisten
Wouter Hobbelink	Nederlandse Zorg Autoriteit
Jeroen Peters	Landelijk Opleidings Overleg MANP
Dirk Ruwaard	Maastricht Universitair Medisch Centrum +
Sandra de Loos/ Riky de Veth	Ros Robuust
Karin Timm	Allerzorg
Selina van der Vliet	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
Bianca Buurman- van Es	Academisch Medisch Centrum
Jeanette de Graauw	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Tom Hoogeveen (<i>waarnemer</i>)	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

En met dank aan de input van Marieke Schuurmans, Chief Nursing Officer van VWS

Conclusies met aanbevelingen

De bevindingen uit de systematische literatuurstudie (bijlage 1), verdiepende interviews en raadpleging van relevante rapporten (bijlage 2 en 3) zijn uitgebreid bediscussieerd binnen de projectgroep en de klankbordgroep. Deze combinatie van methoden, inclusief discussie en reflecties op een bezoek aan een nurse-led clinic en primary-care centrum in Birmingham, heeft geleid tot onderstaande conclusies en aanbevelingen.

Positieve ervaringen

De eerste ervaringen met de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten in anderhalvelijnszorg zijn positief. Zij verlenen zorg die eerder door een arts, physician assistant of verpleegkundig specialist in het ziekenhuis verleend werd en nu door een physician assistant of verpleegkundig specialist bij de patiënt thuis of in een gezondheidscentrum/(wijk)kliniek/huisartsenpraktijk.

- Door de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten worden medisch specialisten en huisartsen ontlast. Medisch specialisten kunnen zich dan blijven focussen op de complexere medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis en huisartsen op de generalistische zorg in de huisartsenpraktijk.
- De huisartsen en medisch specialisten waren positief verrast door de competenties van de physician assistant of verpleegkundig specialist en hadden vertrouwen in de deskundigheid van deze professionals in anderhalvelijnszorg.
- Patiënten zijn in hoge mate tevreden met de kwaliteit van de zorg die zij van een physician assistant of verpleegkundig specialist ontvangen. Zij waardeerden de zorg in of dichtbij huis, de korte wachttijd, de deskundigheid van de physician assistant of verpleegkundig specialist, de persoonsgerichte benadering en het gelijkwaardig contact door de physician assistant of verpleegkundig specialist.

Aan het begin van de ontwikkeling

Hoewel de ervaringen positief zijn, is het aantal initiatieven (nationaal en internationaal) waarbij een physician assistant of verpleegkundig specialist werkzaam is in anderhalvelijnszorg beperkt. Veel initiatieven staan aan het begin van de ontwikkeling en hebben het voor elkaar gekregen om over bestaande structuren en tradities heen nieuwe zorgconcepten te organiseren.

Opvallend aan deze initiatieven is dat:

- het merendeel van de praktijkvoorbeelden is gestart met een innovatief idee van een physician assistant of verpleegkundig specialist,
- de betreffende physician assistants en verpleegkundig specialisten in samenwerking met huisartsen of medisch specialisten expliciet vanuit het patiëntperspectief een initiatief starten: 'dit is beter voor de patiënt',
- de ontwikkeling van de onderzochte praktijkvoorbeelden zich kenmerken als incrementele innovaties; ze zijn gestart zonder een duidelijke visie en gaandeweg is er een visie ontwikkeld op de rol van de physician assistant of verpleegkundig specialist binnen de anderhalvelijnszorg,
- het merendeel van de initiatieven moeite heeft met het verder ontwikkelen omdat er geen goede (structurele) financiering is en er geen structurele effectevaluaties worden gedaan,
- physician assistants en verpleegkundig specialisten minder hinder ervaren van bestaande kaders en structuren in vergelijking met huisartsen en medisch specialisten. Huisartsen en medisch specialisten zijn werkzaam in een werkomgeving met een vaste structuur (huisartsen zijn bijvoorbeeld niet werkzaam in ziekenhuizen). Physician assistants en verpleegkundig specialisten zijn over structuren heen inzetbaar, waardoor zij de ruimte tussen huisartsen en medisch specialisten kunnen verkleinen. Dit komt deels doordat deze nieuwe professionals zowel in de eerste als in de tweede/derde lijn zijn gepositioneerd,
- een gecombineerde benadering, zowel vanuit de innovatieve ideeën van professionals (bottom-up) als aansluitend beleid hierop ontwikkelen (top-down), succesvol is in het vormgeven van anderhalvelijnszorg met physician assistants en verpleegkundig specialisten,
- stevige samenwerkingsverbanden tussen organisaties om anderhalvelijnszorg met physician assistants en verpleegkundig specialisten te organiseren een belangrijke katalysator is,
- in het merendeel van de initiatieven verpleegkundig specialisten werkzaam zijn in de anderhalvelijnszorg. Welke professional het best passend is staat nog ter discussie.

Volop kansen

Door de ontwikkelingen in én de druk op de gezondheidszorg zijn er volop kansen voor physician assistants en verpleegkundig specialisten in anderhalvelijnszorg. De inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten draagt bij aan een betaalbare, kwalitatief hoogwaardige en toegankelijke gezondheidszorg. Anderhalvelijnszorg biedt physician assistants en verpleegkundig specialisten mogelijkheden om zich te ontwikkelen en hun expertise in te zetten.

Belemmeringen

Om doorontwikkeling en opschaling van de initiatieven mogelijk te maken en te versnellen, is het nodig om belemmerende factoren weg te nemen. Deze belemmeringen hebben betrekking op:

- de organisatie van anderhalvelijnszorg, zoals structurele financiering en (veilige) gegevensuitwisseling, en
- de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten in anderhalvelijnszorg, zoals onbekendheid met deze zorgprofessionals en het ontbreken van samenwerkingsovereenkomsten.

Uit deze conclusies, inclusief belemmeringen, zijn aanbevelingen gedestilleerd voor het organiseren van anderhalvelijnszorg met physician assistants en verpleegkundig specialisten.⁷ Deze aanbevelingen zijn hieronder beschreven.

Aanbevelingen

Hieronder worden de aanbevelingen beschreven voor de verschillende belanghebbenden in het ontwikkelen van praktijk en beleid ten behoeve van anderhalvelijnszorg in het algemeen en de rol van de physician assistants en verpleegkundig specialisten in het bijzonder. Hierbij is het belangrijk om aan te geven dat anderhalvelijnszorg een intensieve samenwerking betreft tussen het ziekenhuis en de huisarts/wijkzorg. Een aantal aanbevelingen geldt daarom ook voor de brede ontwikkeling van anderhalvelijnszorg en alle betrokken professionals die hierin een rol (kunnen) spelen.

Een aanbeveling voor alle partijen is bijdragen aan de bekendheid met de mogelijkheden van physician assistants en verpleegkundig specialisten in anderhalvelijnszorg. Denk hierbij ook aan heldere uitleg over bevoegdheden en aan juridische kaders bij het werken met een physician assistant of verpleegkundig specialist in anderhalvelijnszorg.

Physician assistants en verpleegkundig specialisten

Neem het initiatief om anderhalvelijnszorg op te zetten en te ontwikkelen⁸ of haak aan bij al lopende initiatieven. Belangrijk hierbij is:

⁷ Voor algemene aanbevelingen voor het organiseren van anderhalvelijnszorg 'an sich' verwijzen wij naar het verschenen evaluatierapport van het RIVM (2018)⁷ waarin de negen landelijke proeftuinen toekomstgerichte zorg geëvalueerd zijn.

⁸ Een implementatiestappenplan kan helpen om de innovatie gestructureerd en stapsgewijs aan te pakken, zie

<https://publicaties.zonmw.nl/maak-zelf-een-implementatieplan/>.

- Investeer in het creëren van een netwerk van zorgprofessionals en maak samen concrete samenwerkingsafspraken. Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS) kunnen hierin ondersteunen⁹.
- Evalueer het initiatief gedurende het eerste jaar op het zorgproces (belemmerende en bevorderende factoren, hoe kan het initiatief geoptimaliseerd worden), verbeter daarna het initiatief en evalueer vervolgens de effecten op de *quadruple aim* (verbeteren van de gezondheid van de patiënt, kwaliteit van zorg, kosteneffectiviteit en duurzame inzetbaarheid van de zorgprofessional).
- Draag de ideeën en initiatieven uit door te publiceren op sociale media en in vaktijdschriften. Geef praktijkvoorbeelden bekendheid door te publiceren op de website van de Federatie Medisch Specialisten, Juiste Zorg op de Juiste Plek¹⁰ en op de website van het platform zorgmasters (www.zorgmasters.nl).

Beroepsvereniging physician assistants (NAPA) en verpleegkundig specialisten (V&VN-VS)

- Organiseer nascholing op het gebied van rollen in een toekomstbestendige gezondheidszorg en competenties als leiderschap, ondernemerschap en interprofessioneel samenwerken.
- Haal op en deel goede praktijkvoorbeelden, verbind deze met zichtbare toegevoegde waarde van physician assistants en verpleegkundig specialisten.
- Trek samen op als verenigingen om te leren van elkaar en uit te kristalliseren wie de juiste professional is op juiste plek. Denk hierbij ook aan het ontwikkelen van een implementatiewijzer die physician assistants en verpleegkundig specialisten ondersteunt bij het ontwikkelen van anderhalvelijnszorg. Zorg voor aansluiting op de handreiking implementatie 'Juiste Zorg op de Juiste Plek'¹¹.
- Verwerk de mogelijke rol van physician assistants en verpleegkundig specialisten binnen anderhalvelijnszorg in consensusdocumenten tussen NAPA, V&VN-VS en wetenschappelijke verenigingen.

⁹ <https://www.ros-netwerk.nl/>

¹⁰ <https://www.demedischspecialist.nl/voorbeeldenjzopj>

¹¹ <https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/juiste-zorg-op-de-juiste-plek-0>

Landelijke Huisartsen Vereniging en Federatie Medisch Specialisten

Ondersteun en verbind professionals, waaronder physician assistants en verpleegkundig specialisten, bij het ontwikkelen van anderhalvelijnszorg-initiatieven. Bijvoorbeeld door de toegevoegde waarde van physician assistants en verpleegkundig specialisten te beschrijven in de handreiking implementatie 'Juiste Zorg op de Juiste Plek'¹¹ of door het verbinden van initiatieven.

Patiëntenverenigingen

Zorg voor goed informatiemateriaal over de rol van physician assistants en verpleegkundig specialisten in de gezondheidszorg in zijn algemeen en de anderhalvelijnszorg in het bijzonder. Informatie over de inzet van een physician assistant of verpleegkundig specialist in de anderhalvelijnszorg kan bijvoorbeeld verspreid worden via websites van patiëntenverenigingen, folders en sociale media.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

- Stimuleer de juiste zorg op de juiste plek met de juiste professionals, waaronder physician assistants en verpleegkundig specialisten. Dit kan door het onderschrijven en ondersteunen van praktijkvoorbeelden door werkbezoeken, en door de veelbelovende praktijkvoorbeelden waarbij een physician assistant en/of een verpleegkundig specialist werkzaam is te bespreken in de diverse bestuurlijke gremia.
- Creëer incentives ter ondersteuning van de implementatie en evaluatie van initiatieven met physician assistants en verpleegkundig specialisten in de anderhalvelijnszorg. Evaluaties van de toegevoegde waarde van physician assistants en verpleegkundig specialisten in anderhalvelijnszorg ontbreken vaak door werkdruk, onvoldoende expertise op gebied van monitoring en evaluatie en tenslotte het ontbreken van financiële middelen. Om de doelmatigheid van een initiatief aan te kunnen tonen, is een proces- én effectevaluatie juist noodzakelijk.
- Houd gegevensuitwisseling tussen zorgprofessionals hoog op de agenda, zodat het op korte termijn mogelijk wordt om tussen lijnen de juiste zorg op de juiste plek door de juiste professionals te kunnen garanderen. Het uitwisselen van gegevens tussen zorgaanbieders/professionals (bijvoorbeeld inzage in ziekenhuisgegevens) wordt door professionals, waaronder physician assistants en verpleegkundig specialisten, in anderhalvelijnszorg als een grote belemmering ervaren. Het Informatieberaad Zorg (samenwerking tussen zorgveld en VWS) zet hoog in op het beschikbaar maken van gegevens tussen de lijnen.

Deelnemers aan hoofdlijnenakkoorden

Zorg ervoor dat er aandacht is en blijft voor de inzet van ‘de juiste professional’ binnen ‘de juiste zorg op de juiste plek’, zoals afgesproken in de hoofdlijnenakkoorden. Denk hierbij naast medisch specialisten en huisartsen ook aan physician assistants en verpleegkundig specialisten in het verlenen van verschuivende medisch-specialistische zorg. Zij kunnen over de grenzen van bestaande structuren heen ingezet worden om medisch-specialistische zorg zelfstandig te verlenen (zie conclusies).

Nederlandse Zorgautoriteit/ Zorgverzekeraars Nederland/ Zorgverzekeraars

- Maak in gezamenlijkheid meer expliciet en duidelijk waar physician assistants en verpleegkundig specialisten onderdeel kunnen zijn van een traject binnen anderhalvelijnszorg. Waar op dit moment het ene initiatief vergoedingen vanuit het derde segment huisartsenzorg ontvangt, ontvangt het andere initiatief vergoedingen vanuit een Innovatiefonds of is er helemaal geen vergoeding beschikbaar. Een structurelere financiering waarbij physician assistants en verpleegkundig specialisten onderdeel zijn of ‘in the lead’ zijn van anderhalvelijnszorg-trajecten is noodzakelijk om de juiste zorg op de juiste plek door de juiste professionals te faciliteren.
- Denk bij de inkoop van multidisciplinaire zorg ook aan de rol van de physician assistants en verpleegkundig specialisten in anderhalvelijnszorg, zowel binnen als buiten de huisartsenpraktijk.

Zorgorganisaties (inclusief brancheorganisaties)

- Ontwikkel een goede toekomstgerichte visie, samen met professionals, over de inzet van professionals in relatie tot verschuivingen in de zorg, waaronder anderhalvelijnszorg. Het is duidelijk dat aanpassingen in de organisatie van zorg nodig zijn om de zorg toekomstbestendig te maken. Het verschuiven van medisch-specialistische zorg heeft consequenties voor de organisatie van zorg en voor de inzet van professionals binnen en tussen instellingen, ofwel in de keten tussen derde/tweede lijn en eerste lijn. Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS) kunnen ondersteunen in het initiëren en organiseren van anderhalvelijnszorg ¹².
- Ondersteun physician assistants en verpleegkundig specialisten bij het oppakken, ontwikkelen en implementeren van initiatieven in anderhalvelijnszorg.

¹² <https://www.ros-netwerk.nl/>

Opleidingen MPA en MANP

Zorg voor specifieke aandacht in het curriculum voor leiderschap/ ondernemerschap en interprofessioneel samenwerken om het pionieren en initiëren van praktijkvoorbeelden door physician assistants en verpleegkundig specialisten extra te ondersteunen.

Platform Zorgmasters

Geef extra aandacht op de website zorgmasters.nl aan anderhalvelijnszorg als zorgvorm en de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten hierin. Dit kan bijvoorbeeld door het toevoegen van een extra 'knop' anderhalvelijnszorg naast de 'knoppen' eerste lijn en tweede lijn. Lopende initiatieven kunnen op de website vermeld worden zodat zorgprofessionals die een nieuw initiatief willen starten deze als voorbeeld kunnen nemen of eventueel bij een lopend initiatief kunnen aanhaken.

Bijlage 1: Literatuurstudie

Inleiding

Als gevolg van de vergrijzing en de toename van het aantal mensen met multimorbiditeit is er een toenemende vraag naar medisch-specialistische zorg¹³. Dit type zorg wordt veelal in ziekenhuizen verleend door medisch specialisten, artsen, physician assistants (PA) en verpleegkundig specialisten (VS). Om hoge kwaliteit en toegankelijke zorg te behouden tegen beheersbare kosten verschuift medisch-specialistische zorg steeds meer naar de huisartsenpraktijk, eerstelijnspraktijk, ambulance, wijkzorg of nieuw ontstane tussenvormen zoals de anderhalvelijnskliniek. Deze verschoven medisch specialistische zorg noemen we anderhalvelijnszorg. We hanteren in dit onderzoek hiervoor de volgende definitie:

Medisch specialistische zorg die voorheen plaatsvond in het ziekenhuis en nu wordt verleend in de huisartsenpraktijk, eerstelijnspraktijk, ambulance, anderhalvelijnskliniek of de wijkzorg door een team van deskundige professionals.

Met deze definitie beperken wij ons tot medisch specialistische zorg die voorheen door een team van artsen, PA of VS in ziekenhuizen verleend werd en nu verleend wordt door deskundige professionals in de huisartsenpraktijk, eerstelijnspraktijk, ambulance, wijkzorg of anderhalvelijnskliniek. Dit type zorg is een onderdeel van transmurale zorg, waarin er samenwerkingsverbanden zijn tussen ziekenhuizen, huisartsenpraktijken en wijkzorgorganisaties om samen de zorg tussen de verschillende lijnen goed af te stemmen en te organiseren. Binnen transmurale zorg wordt de zorg zoveel mogelijk lokaal verleend door gespecialiseerde professionals en indien noodzakelijk in het ziekenhuis.

In de afgelopen jaren zijn er in Nederland diverse initiatieven (proeftuinen) aangewezen waarbij anderhalvelijnszorg voornamelijk uitgevoerd wordt door medisch specialisten in samenwerking met huisartsen¹⁴. In deze proeftuinen zijn geen PA's en VS'en ingezet om (een deel van de) medische zorg uit te voeren. Op grond van deze studie kunnen geen conclusies worden getrokken in hoeverre PA's en VS'en een rol kunnen spelen in de anderhalvelijnszorg.

¹³ Taskforce. (2018). De juiste zorg op de juiste plek. Verkregen via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>.

¹⁴ RIVM. (2018). Regio's in beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem Landelijke Monitor Proeftuinen – reflectie op 5 jaar proeftuinen. RIVM Rapport 2018-0140.

Op dit moment wordt in opdracht van het ministerie van VWS onderzoek uitgevoerd naar het potentieel van PA's en VS'en binnen de anderhalvelijnszorg in Nederland¹⁵. Dit onderzoek levert daarmee inzichten in de bijdrage van de PA en VS aan een betaalbare, betere en efficiënte gezondheidszorg. De systematische literatuurstudie zoals in voorliggend rapport beschreven is het eerste onderdeel van het onderzoek. Het doel van de literatuurstudie is het verkrijgen van inzicht in praktijkvoorbeelden met PA's en VS'en in de anderhalvelijnszorg, wat de haalbaarheid is (inclusief belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie) én wat de (ervaren) effecten (veiligheid, kwaliteit en doelmatigheid) zijn. Hiertoe is de (inter)nationale wetenschappelijke literatuur bestudeerd.

De volgende onderzoeksvragen werden met deze systematische literatuurstudie beantwoord:

1. Welke (inter)nationale praktijkvoorbeelden in de anderhalvelijnszorg met de inzet van een PA of VS zijn bekend?
2. Wat zijn de effecten van het inzetten van de PA en VS in de anderhalvelijnszorg op veiligheid, kwaliteit en doelmatigheid van zorg?
3. Welke factoren beïnvloeden de inzet van de PA en VS in de anderhalvelijnszorg en wat zijn voorwaarden?

¹⁵ <https://zorgmasters.nl/lopende-onderzoeken-en-projecten/de-pa-en-de-vs-in-de-anderhalvelijnszorg/>

Onderzoeksmethode

Type studies

Voor deze kwantitatieve systematische literatuurstudie is gebruik gemaakt van de methode van Cochrane¹⁶. Hiervoor zijn originele, nationale en internationale studies gebruikt, met diverse typen onderzoeksdesign, geschreven in het Engels of Nederlands en gepubliceerd tussen 1990 en 2018.

Bij het zoeken naar literatuur is breed gezocht. Dit betekent dat verschillende zoektermen zijn opgenomen om relevante studies te identificeren (sensitiviteit hoger ten opzichte van specificiteit). Voor anderhalvelijnszorg is geen eenduidige term gevonden. In de zoekstring zijn onder andere de volgende termen meegenomen: (Integrated) health care delivery, health care reform, consultation, liaison, hospital based home care. De volledige zoekstring en geraadpleegde databases zijn te vinden in de bijlage (Bijlage 1).

Selectie

Drie reviewers (RvE, AvD en AvV) hebben de screening gedaan van de 'hits', de artikelen geselecteerd en de data-extractie gedaan. Allereerst werd gescreend op relevante artikelen op basis van titel en *abstract*. Vervolgens zijn de volledige artikelen opgevraagd en is vastgesteld welke artikelen voldeden aan onderstaande in- en exclusiecriteria.

Het screenen werd deels dubbel gedaan en deels door één reviewer, waarbij tussentijds veelvuldig overleg was met elkaar. Alle artikelen waarover getwijfeld werd of deze voldeden aan de inclusiecriteria, werden door minimaal twee reviewers besproken. Het selecteren van artikelen vond altijd plaats in overleg tussen twee reviewers.

De volgende in-en exclusiecriteria werden toegepast:

Inclusie:

- Medisch-specialistische zorg die verschoven is van het ziekenhuis naar de huisartsenpraktijk, eerstelijnspraktijk, anderhalvelijnskliniek, wijkzorg of ambulance en uitgevoerd wordt door een PA (in het Engels: physician assistant en physician associate) of VS (in het Engels: nurse specialist, nurse practitioner, clinical nurse specialist, advanced practice nurse en advanced nurse practitioner).

¹⁶ Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. (2011). Version 5.1.0 [updated March 2011] Editors: Julian PT Higgins and Sally Green

Exclusie:

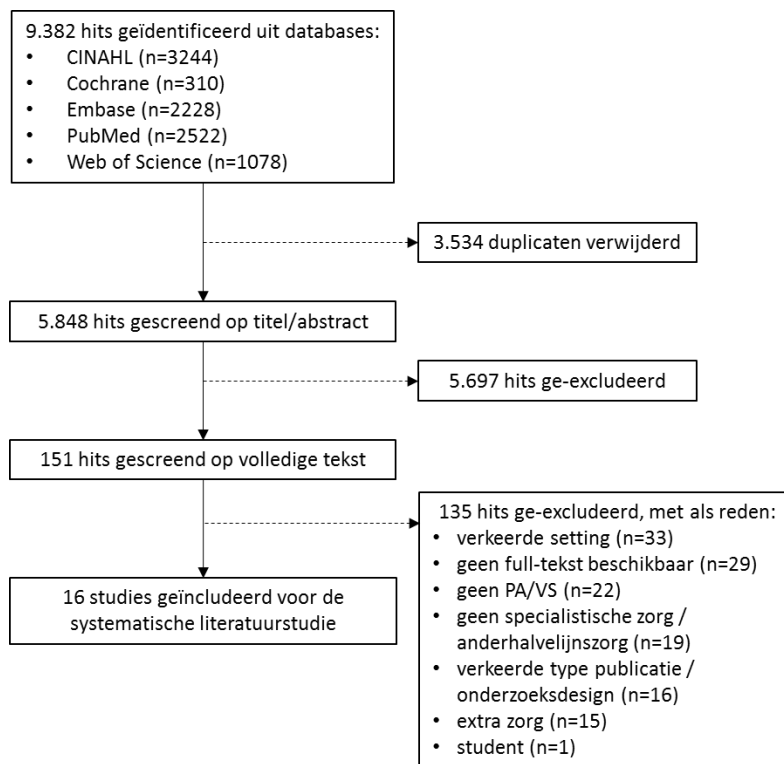
- Alleen gericht op het bieden van additionele zorg. Hieronder wordt extra zorg verstaan die door de PA of VS verleend wordt in de eerste lijn om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Deze zorg werd eerder niet verleend in het ziekenhuis en/of de huisartsenzorg. Bijvoorbeeld screening op hartfalen of op kwetsbare ouderen, maar ook nazorg en extra follow-up na een ziekenhuisopname. Ook worden hieronder nieuw ontwikkelde educatieprogramma's verstaan, die als doel hebben om zelfmanagement te bevorderen, zodat de patiënt niet meer naar het ziekenhuis hoeft te komen voor bijvoorbeeld een injectie, maar deze zelf kan zetten. Artikelen gericht op additionele zorg gecombineerd met verplaatste zorg werden wel geïncludeerd.
- PA of VS die taken van de huisarts overnamen in huisartspraktijken, zonder dat hierbij sprake is van substitutie van medisch-specialistische zorg uit het ziekenhuis.
- Substitutie van zorg van ggz-instellingen, verpleeghuizen, hospice, revalidatiecentra naar de huisartsenpraktijk, eerstelijnspraktijk, ambulance, wijkzorg of anderhalvelijnskliniek, uitgevoerd door een PA of VS.
- Nurse-led clinics in ziekenhuizen.
- Teleconsulten door een PA of VS werkzaam in het ziekenhuis.
- Zorg die in Nederland door de praktijkondersteuner huisartsen (POH) in huisartsenpraktijken wordt verleend of eerstelijns verloskundige zorg door verloskundigen.
- Zorg verleend door studenten in opleiding tot PA of VS.
- Brieven, editorials, conferentie-abstracts waarvan geen *full text* beschikbaar was.

Een vooraf ontwikkeld data-extractieformulier werd gebruikt om relevante data te verkrijgen zoals auteur, jaartal, onderzoeksdesign, participanten, beschrijving anderhalvelijnszorg, uitkomstmaten, resultaten en mate van *bias* (selectiebias, informatiebias en confounding).

Resultaten

Zoekproces

Het zoekproces binnen de wetenschappelijke databases resulteerde in 9.382 hits (Figuur 1). Na ontdebelling bleven er in totaal 5.848 hits over die gescreend werden op titel/abstract. Een totaal van 151 hits werd meegenomen voor de screening op volledige tekst. Uiteindelijk voldeden 16 studies aan de in- en exclusiecriteria en deze werden geïnccludeerd in de systematische literatuurstudie. Er werden geen aanvullende hits geïdentificeerd uit referentielijsten van de geïnccludeerde artikelen of reviews.



Figuur 1. Stroomdiagram zoekproces

Algemene kenmerken van de geïnccludeerde studies

De studies zijn uitgevoerd in de Verenigde Staten, Canada, Nieuw-Zeeland of het Verenigd Koninkrijk. Tussen 2000 en 2016 zijn de studies gepubliceerd. De studies waren met name beschrijvend en explorierend van aard, waardoor de bewijslast op effectiviteit laag is. In een aantal studies ontbrak een gedetailleerde beschrijving van de anderhalvelijnszorg en is alleen de informatie die voorhanden was meegenomen. Er werden drie *randomized controlled trials* (RCT) geïnccludeerd. Van de 16 geïnccludeerde studies was één studie van goede kwaliteit, vijf studies van voldoende kwaliteit en zeven van matige kwaliteit. Bij drie studies was een oordeel op kwaliteit niet mogelijk door een te beperkte beschrijving van de methode. In de meeste studies ging het om een methodologische

beperking waarin niet gecorrigeerd werd voor potentiële *confounding* tussen verschillende onderzoeksgroepen. Daarnaast was in meerdere studies het risico op informatiebias aanwezig, doordat niet geblindeerd werd of de dataverzameling niet objectief was (tabel 2).

In alle geïnccludeerde studies waren VS'en betrokken. In geen van de studies waren PA's betrokken. In de meeste studies ontbrak informatie over de kenmerken van de VS, zoals werkervaring en de mate van autonoom handelen. In de studies waarin hier wel informatie over beschreven werd, varieerde de mate van autonomie en ervaring, alsmede de breedte van de inzet van de VS (tabel 1).

Praktijkvoorbeelden van VS'en in anderhalvelijnszorg

De geïnccludeerde studies zijn geclusterd in 2 groepen, namelijk;

1. Anderhalvelijnszorg met als primaire doel het *voorkomen van consult of opname in het ziekenhuis* en;
2. Anderhalvelijnszorg gericht op het *vroegtijdig ontslaan van patiënten uit het ziekenhuis*.

Belangrijk om op te merken is dat de zorg zoals beschreven in onderstaande voorbeelden vaak bestaande zorg was die eerder in het ziekenhuis verleend werd (verplaatste zorg), gecombineerd met additionele zorg, zoals extra consulten of assessments in de thuissituatie.

1. Voorkomen van consult of opname in het ziekenhuis

In verschillende deelgebieden van de geneeskunde werd medisch-specialistische ziekenhuiszorg verleend door VS'en buiten de muren van het ziekenhuis. Deze zijn onder te verdelen in smal-specialistisch met de focus op een patiëntengroep met één specifieke aandoening of algemene zorg/acute zorg voor meerdere patiëntengroepen. Hieronder worden de verschillende praktijkvoorbeelden kort beschreven. Een uitgebreidere beschrijving staat in tabel 1.

1.1 Zorg voor specifieke aandoeningen (patiëntengroep)

- VS'en in een Urgent Care Team (UCT) verlenen 'hospital-at-home'-zorg aan patiënten met een acute exacerbatie van COPD bij de patiënten thuis¹⁷.
- Gespecialiseerde palliatieve zorg door een VS bij de patiënt thuis. De service wordt georganiseerd vanuit een eerstelijnspraktijk en verleend door een VS die in dienst is van het ziekenhuis. Tevens is een maatschappelijk werker als zorgverlener betrokken. Zij krijgen

¹⁷ Ansari, Shamssain M, Farrow M, Keaney NP. Hospital-at-home care for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: an observational cohort study of patients managed in hospital or by nurse practitioners in the community. *Chron Respir Dis.* 2009;6(2):69-74

back-up van verpleging, maatschappelijk werk en artsen uit het ziekenhuis. De VS'en wonen wekelijks bijeenkomsten bij over palliatieve zorg op de afdeling. Zorg bestaat uit herhaalde huisbezoeken en follow-up telefooncontact voor aanhoudende problemen¹⁸.

- VS'en werkzaam in een nurse-led urodynamische kliniek. Patiënten met urodynamische klachten uit afgelegen gebieden krijgen in een wijkcentrum een uitgebreid assessment en eventuele diagnose wat betreft blaas, darm en bekken disfunctie en incontinentieproblemen. Dit voorkomt een bezoek aan het ziekenhuis voor urodynamische klachten¹⁹.
- VS met expertise in hepatitis in dienst van het ziekenhuis verricht consulten in eerstelijnspraktijken samen met huisarts en 'drug workers'. Consulten bestaan uit intake voor diagnostiek en behandeling van het Hepatitis C-virus²⁰.
- Palliatieve zorg door de VS bij patiënten thuis. Deze zorg is met name bedoeld voor ouderen met complexe en meervoudige ziekten, geïnitieerd vanuit het ziekenhuis. De VS werkt samen met een arts (wekelijkse teambespreking) en een verpleegkundig coördinator (voor triage en afspraken)²¹.
- VS'en in de rol van regiebehandelaar bij patiënten met nierziekten en diabetes in een eerstelijnscentrum. De VS doet de controles van patiënten (klinisch onderzoek en aanpassingen in medicatiebeleid) en is verantwoordelijk voor communicatie tussen teamleden (telefoonafspraken, follow-up van beveiligde berichten) over het teamplan, veranderingen in het behandelplan en een samenvatting van de zorg naar de eerstelijns zorgverlener²².
- Sigmoidoscopie service door een VS in dienst van het ziekenhuis, uitgevoerd in een eerstelijnscentrum bij patiënten met lagere gastro-intestinale klachten. Er is nauwe samenwerking met colorectale chirurgen en gastro-enterologen²³.
- Een nurse-led clinic waarbij postoperatieve zorg wordt verleend aan patiënten die een hartklepvervanging hebben ondergaan om poliklinische follow-up in het ziekenhuis te voorkomen. Patiënten worden jaarlijks of tweejaarlijks gevolgd in de kliniek (community-

¹⁸ Bookbinder, Glajchen, McHugh, Higgins, Budis et al. Nurse practitioner-based models of specialist palliative care at home: sustainability and evaluation of feasibility. *J Pain Symptom Manage.* 2011 Jan;41(1):25-34.

¹⁹ Ferrier A. The challenges of a rural continence service: A personal story. *Australian and New Zealand Continence Journal, The,* 2016 Spring; 22(3): 74.

²⁰ Jack K, Willott S, Manners J, Varnam MA, Thomson BJ. Clinical trial: a primary-care-based model for the delivery of anti-viral treatment to injecting drug users infected with hepatitis C. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009 Jan;29(1):38-45.

²¹ Lukas L, Foltz C, Paxton H. Hospital outcomes for a home-based palliative medicine consulting service. *J Palliat Med.* 2013 Feb;16(2):179-84.

²² Lucatorto MA, Watts SA, Kresevic D, Burant CJ, Carney KJ. Impacting the Trajectory of Chronic Kidney Disease With ARPN-Led Renal Teams. *Nurs Adm Q.* 2016 Jan-Mar;40(1):76-86.

²³ Maruthachalam K, Stoker E, Nicholson G, Horgan AF. Nurse led flexible sigmoidoscopy in primary care—the first thousand patients. *Colorectal Dis.* 2006 Sep;8(7):557-62.

based ambulatory care setting) door een VS. In geval van complicaties worden deze besproken met de verwijzend cardioloog²⁴.

- Zorgpad voor congestief hartfalen, ontwikkeld en deels uitgevoerd door een VS. De VS doet het initiële assessment in de thuissituatie en geeft verder vanuit het ziekenhuis supervisie aan de verpleegkundige in de wijk of bij de huisartsenpraktijk²⁵.
- Screening op familiair risico op kanker door een VS in de thuissituatie. Dit werd voorheen uitgevoerd door de genetische service van het ziekenhuis. Er is speciale software ontwikkeld om deze thuisdienst door een VS mogelijk te maken²⁶.
- Consulten met botox-injecties bij patiënten met spasme in de thuissituatie door de VS. De VS kan op elk moment advies inwinnen bij artsen in het ziekenhuis en kan de patiënt terugsturen naar de kliniek²⁷.

1.2 Algemene zorg of acute zorg

- VS'en die zorg verlenen binnen een 'hospital in the home' service voor patiënten die in aanmerking komen voor een ziekenhuisopname op de afdeling 'family medicine'. De VS komt dagelijks op huisbezoek en houdt nauw contact met de patiënt via de telefoon. Er is een sterke samenwerking met de huisarts en de specialisten in het ziekenhuis²⁸.
- Een VS in een eerste hulp-team bij grote evenementen. Wanneer het ambulancepersoneel de patiënt naar het ziekenhuis wil verwijzen, wordt de patiënt door de komst van de VS ter plekke behandeld, voor zover mogelijk²⁹.

2. Opnameduur van patiënten in het ziekenhuis verkorten

Anderhalvelijnszorg kan ook als doel hebben de duur van de ziekenhuisopname te verkorten. Dit doel kan bereikt worden door de toegang tot de medisch-specialistische zorg in de thuissituatie te bevorderen en te optimaliseren.

²⁴ McLachlan A, Sutton T, Ding P, Kerr A. A Nurse Practitioner Clinic: A Novel Approach to Supporting Patients Following Heart Valve Surgery. *Heart Lung Circ.* 2015 Nov;24(11):1126-33.

²⁵ Moore JA. Evaluation of the efficacy of a nurse practitioner-led home-based congestive heart failure clinical pathway. *Home Health Care Serv Q.* 2016 Jan-Mar;35(1):39-51.

²⁶ Tozer D, Lugton C. Cancer genetics in rural primary care: a pilot nurse-led service using a new mobile IT system. *Fam Cancer.* 2007;6(2):221-9.

²⁷ Whitaker J, Butler A, Semlyen JK, Barnes MP. Botulinum toxin for people with dystonia treated by an outreach nurse practitioner: a comparative study between a home and a clinic treatment service. *Arch Phys Med Rehabil.* 2001 Apr;82(4):480-4.

²⁸ Lemelin J, Hogg WE, Dahrouge S, Armstrong CD, Martin CM, et al. Patient, informal caregiver and care provider acceptance of a hospital in the home program in Ontario, Canada. *BMC Health Serv Res.* 2007 Aug 17;7:130.

²⁹ Kemp AE. Mass-gathering Events: The Role of Advanced Nurse Practitioners in Reducing Referrals to Local Health Care Agencies. *Prehosp Disaster Med.* 2016 Feb;31(1):58-63.

Praktijkvoorbeelden van de inzet van een VS om de duur van de ziekenhuisopname te beperken zijn:

- Een VS die ervoor zorgt dat premature pasgeborenen zo snel mogelijk ontslagen kunnen worden uit het ziekenhuis, terwijl medisch-specialistische zorg nog wel nodig is. Deze specialistische zorg wordt in de thuissituatie geboden door een VS die dagelijks (7-10 dagen) de pasgeborene thuis bezoekt. Ook is er een 24-uurs bereikbaarheidsdienst door de VS³⁰.
- Gespecialiseerde postoperatieve thuiszorg door een VS voor kankerpatiënten, bestaande uit drie huisbezoeken en vijf telefoongesprekken. In geval van complicaties benadert de VS de medisch specialist om te overleggen over het beleid³¹. Deze zorg heeft naast het verkorten van de opnameduur ook tot doel het voorkomen van een consult in het ziekenhuis.
- Intraveneuze antibiotica in de thuissituatie, waardoor eerder ontslag uit het ziekenhuis mogelijk wordt voor mensen met verschillende aandoeningen (doorgaans een chronische infectie). De VS heeft in deze interventie een coördinerende rol richting de verpleegkundigen die de infusen plaatsen. Ook voert de VS het initiële assessment in de thuissituatie uit zodra een patiënt naar deze service verwezen wordt³².

Effecten van de inzet van VS'en in anderhalvelijnszorg

Hieronder worden de effecten beschreven van de inzet van VS'en in de anderhalvelijnszorg op de kwaliteit van zorg, het zorgproces en de kosten. De resultaten van de twee type praktijkvoorbeelden zoals hierboven beschreven verschillen niet van elkaar. Daarom zijn de effecten integraal beschreven.

Tien studies hebben uitkomsten op de kwaliteit van zorg op patiëntniveau beschreven. Het gaat hierbij om uitkomsten als mortaliteit, gezondheidsparameters en patiënttevredenheid. De meeste studies die anderhalvelijnszorg vergeleken met ziekenhuiszorg, lieten geen verschil in kwaliteit van zorg zien als het gaat om klinische maten zoals mortaliteit of gezondheidsparameters, specifiek passend bij bepaalde ziektebeelden^{17,27,30}. Een uitzondering was het artikel van McCorkle en collega's³¹ die een significant hogere tweejaars overlevingskans rapporteerden bij een specifieke subgroep van patiënten (laat stadium kankerpatiënten) na het aanbieden van anderhalvelijnszorg. In de totale groep of op het gebied van andere uitkomstmaten zoals psychosociale factoren

³⁰ Gunn TR, Thompson JM, Jackson H, McKnight S, Buckthought G, Gunn AJ. Does early hospital discharge with home support of families with preterm infants affect breastfeeding success? A randomized trial. *Acta Paediatr.* 2000 Nov;89(11):1358-63.

³¹ McCorkle R, Strumpf NE, Nuamah IF, Adler DC, Cooley ME, et al. A specialized home care intervention improves survival among older post-surgical cancer patients. *J Am Geriatr Soc.* 2000 Dec;48(12):1707-13.

³² Regan K, Morgan J. Implementing a nurse-led community intravenous antibiotic service. *Primary Health Care.* 2014 June;25(7):18-24.

(depressiviteit, distress en gedwongen sociale afhankelijkheid), werd geen significant verschil gevonden.

Studies waarbij geen vergelijking werd gemaakt tussen anderhalvelijnszorg en ziekenhuiszorg en enkel het beloop van anderhalvelijnszorg werd geëvalueerd, rapporteerden o.a. dat de gezondheidsstatus van de patiënt stabiel bleef²², maar dat medicatiegebruik (behalve NSAID) toenam^{22,24}. De reden voor deze toename werd niet genoemd.

Wat betreft patiënttevredenheid blijken de meeste patiënten blij te zijn met de kortere wachttijd en betere toegankelijkheid van de anderhalvelijnszorg²³, vroegtijdig ontslag^{30,32} of het voorkomen van een ziekenhuisbezoek²⁷. Eén studie rapporteerde dat patiënten het effect van de behandeling hoger scoorden in de groep met anderhalvelijnszorg ten opzichte van de groep met zorg in het ziekenhuis²⁷. Maar een andere studie toonde aan dat sommige patiënten zich zorgen maakten over de veiligheid van de anderhalvelijnszorg²⁸.

De kwaliteit van het zorgproces is gemeten in vier studies. Het gaat hierbij om uitkomsten als verwijzingen naar het ziekenhuis, heropnames en wachttijden. Eén van de studies beschrijft dat door de aanwezigheid van een VS op een openluchtevenement ongeveer 75% van het aantal verwijzingen naar de eerste hulp van het ziekenhuis werd voorkomen. Dit komt omdat de VS bijvoorbeeld ter plaatse wonden kon hechten en ook medicatie kon voorschrijven²⁹. Ook de studie over de specialistische-palliatieve zorg door de VS voor ouderen met gevorderde complexe aandoeningen rapporteerde een significante reductie in het aantal ziekenhuisopnames, in het aantal dagen ziekenhuisopnames en in het aantal 30-dagen heropnames na invoering van de anderhalvelijnszorg. Er bleek geen significante reductie in het aantal SEH-bezoeken²¹. In een andere studie werd een daling gezien in het percentage heropnames van patiënten met hartfalen van 28% naar 9% na invoering van een nieuw zorgpad dat met thuiszorg ontwikkeld was (bestaande zorg gecombineerd met additionele zorg) en deels uitgevoerd wordt door de VS²⁵. Ook de sigmoïdservice (voor lagere gastro-intestinale klachten) kon doorverwijzing naar het ziekenhuis in 28% van de patiënten voorkomen. Daarnaast bleek de wachttijd tot sigmoïdscopie in de anderhalvelijnszorg kliniek meer dan de helft korter vergeleken met het ziekenhuis (35 versus 87 dagen)²³. Deze studie²³ en de studie van Regan en collega's³² rapporteerden het voordeel dat na invoering van de anderhalvelijnszorg meer ruimte vrijkwam in het ziekenhuis en de wachttijden ook hier uiteindelijk korter werden. Whitaker en collega's²⁷ rapporteerden dat door de inzet van anderhalvelijnszorg patiënten sneller een nieuwe injectie kregen. Zij interpreteerden dit als een gevolg van de grotere flexibiliteit van de VS ten opzichte van het afsprakensysteem in het ziekenhuis. Ook rapporteerden Whitaker en

collega's²⁷ meer verwijzingen naar externe partijen voor medische aandoeningen die niet direct te maken hadden of het gevolg waren van het zetten van de injecties. Ze gaven aan dat dit zou kunnen komen door de relatief langere tijd die de VS heeft, waardoor er meer gedetailleerd naar de behoeften van de patiënt gekeken werd. Mogelijk kan hiermee ook eerder en dus preventief ingegrepen worden, wat extra zorg kan besparen.

Kosten werden meegenomen in vijf studies^{18,21,23,27,29}. Vier studies concludeerden dat de kosten van anderhalvelijnszorg lager uitvielen dan de kosten van ziekenhuiszorg^{21,23,27,29}. Eén studie werd gestopt (palliatieve home-care) omdat het financieel niet haalbaar bleek¹⁸. In veel studies bleken niet alle kosten en baten meegenomen te zijn om een goede berekening te kunnen maken. De kosteneffectiviteit is in geen van de geïncludeerde studies gemeten.

Beïnvloedende factoren voor de inzet van VS'en in anderhalvelijnszorg

Uit verschillende studies bleek dat allerlei factoren een rol spelen bij de implementatie van een VS in de anderhalvelijnszorg. Deze hebben te maken met anderhalvelijnszorg in zijn algemeenheid of specifiek met de inzet van de VS.

Belangrijke factoren bij het implementeren van anderhalvelijnszorg in zijn algemeenheid zijn:

- structurele financiering;
- veiligheid van zorg;
- werklust in huisartsenpraktijken of wijkzorg;
- samenwerking tussen disciplines;
- goede kennis en expertise in het zorgteam^{18,22,26,28}.

Een belemmering bij anderhalvelijnszorg is het overbruggen van grote afstanden tussen patiënten. Dit kost veel tijd bij het verlenen van zorg bij de patiënt thuis²⁶. Lemelin en collega's²⁸ ervoeren eerder politieke dan praktische problemen tijdens het herinrichten van het zorgsysteem. Managers in de ziekenhuizen bijvoorbeeld zagen een grotere noodzaak om het zorgsysteem te veranderen of nieuwe anderhalvelijnszorg te implementeren dan managers in de eerstelijnssetting. Dit uitte zich in faciliteitproblemen, zoals bijvoorbeeld geen of minder beschikbare ruimte in de eerstelijnsomgeving om anderhalvelijnszorg te leveren²². Verder beschreef Tozer en collega's²⁶ dat de softwareondersteuning in administratie en registratie tussen de verschillende organisaties en de kosteneffectiviteit van een lokale service (inclusief aan huis) van invloed waren op de verdere implementatie.

Beïnvloedende factoren, specifiek voor de inzet van de VS in anderhalvelijnszorg, betroffen acceptatie van de VS door patiënten en zorgverleners²⁸, inbedding van de VS in een netwerk voor professionalisering/coaching²² en optimale inzet van de competenties van de VS²⁸. De inzet van een VS in anderhalvelijnszorg werd door patiënten positief gewaardeerd door de lange consulttijd²⁸. Een enkele keer maakten patiënten zich echter zorgen over de veiligheid van zorg verleend door de VS^{26,28}. Enkele VS'en twijfelden of zij wel de best passende professionals zijn voor het verlenen van 'hospital in the home' en vonden dat ze hun volledige expertise (m.n. advanced nurse skills) niet konden inzetten binnen deze service²⁸. Een uitgebreid overzicht van de kenmerken en uitkomsten van de geïncorporeerde studies is te vinden in tabel 1 en 2.

Discussie

In deze systematische literatuurstudie is de (inter)nationale literatuur bestudeerd om via praktijkvoorbeelden waarin PA's en VS'en werkzaam zijn in de anderhalvelijnszorg, inzicht te krijgen in de effectiviteit van hun inzet en in de factoren die deze inzet beïnvloeden.

Samengevat heeft de literatuurstudie geresulteerd in het beschrijven van een beperkt aantal relatief recent gepubliceerde praktijkvoorbeelden (n=16) waarbij VS'en zorg verlenen in de anderhalvelijnszorg. Er werden geen praktijkvoorbeelden met PA's gevonden. De anderhalvelijnszorg door VS'en onderscheidt twee doelen: 1) het voorkomen van een ziekenhuisconsult of opname; en 2) het verkorten van de opnameduur in het ziekenhuis. De meeste praktijkvoorbeelden richten zich op het eerste doel. De studies die effecten hebben gemeten lieten zien dat er weinig tot geen verschil is in kwaliteit van zorg op patiëntniveau door de VS (in een team van professionals) in de anderhalvelijnszorg, in vergelijking met de kwaliteit door een team van professionals in het ziekenhuis. Deze effecten komen overeen met eerder onderzoek naar de inzet van PA's en VS'en bij het verlenen van medisch-specialistische zorg in de Nederlandse gezondheidszorg^{33 34 35}. Er zijn aanwijzingen uit verschillende studies dat het aantal verwijzingen naar en (her)opnames in het ziekenhuis lijken te verminderen bij de inzet van VS'en in anderhalvelijnszorg, waardoor de wachtlijsten in ziekenhuizen verkorten. Er is weinig onderzoek gedaan naar de effecten op de kosten van de gezondheidszorg. De studies die naar kosten hebben gekeken, wijzen uit dat de kosten lager zijn voor anderhalvelijnszorg met VS'en dan voor ziekenhuiszorg. Echter, in geen van de

³³ D.P. De Bruijn-Geraets, M.C.M. Bessems-Beks, Dr. Y.J.L. van Eijk-Hustings, Prof. Dr. H.J.M. Vrijhoef. voorBIGhouden. (2018). Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant. Maastricht: MUMC+.

³⁴ Timmermans MJC, van Vught AJAH, Peters YAS, Meermans G, Peute JGM, Postma CT, Smit PC, Verdaasdonk E, de Vries Reilingh TS, Wensing M, Laurant MGH. (2017). The impact of the implementation of physician assistants in inpatient care: A multicenter matched-controlled study. PLoS One. 2017 Aug 9;12(8):e0178212.

³⁵ Kouwen AJ, Brink GTWJ van der, Kleven P, Leferink N, van Vugt Y, Grijzen Y, Heijden M van der, Acker B van. (2016). Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk. Nijmegen: Radboudumc.

geïnccludeerde studies zijn de kosten en baten tegen elkaar afgezet. Wat betreft de beïnvloedende factoren en voorwaarden voor het inzetten van een VS in anderhalvelijnszorg komen factoren naar voren als financiering, visie, expertise, acceptatie en samenwerking tussen zorgverleners. Ook is het belangrijk aandacht te hebben voor de extra werkbelasting in de huisartsenpraktijk, eerstelijnspraktijk, ambulance, wijkzorg of anderhalvelijnskliniek. Daarnaast is ondersteuning door software in de administratie en registratie tussen de verschillende organisaties die betrokken zijn bij de anderhalvelijnszorg een punt van aandacht.

De bevindingen van de geïnccludeerde studies zijn niet één op één te vertalen naar de Nederlandse context. Dat komt enerzijds door de specifieke Nederlandse situatie (eerste lijn/ tweede lijn is in veel landen niet zo sterk gescheiden als in Nederland en de afstanden zijn in Nederland relatief kort). Anderzijds door de geringe methodologische kwaliteit van de geïnccludeerde artikelen. Daarnaast weten we niet met zekerheid of de VS'en in de geïnccludeerde artikelen volledig te vergelijken zijn met de VS'en werkzaam in Nederland. Gedetailleerde informatie over het opleidingsniveau en de mate van autonoom handelen van de VS ontbrak in de artikelen. Hierbij werd ook regelmatig bediscussieerd of de taken die de VS uitvoerde zoals beschreven in de artikelen wel taken waren die in Nederland het best paste bij een VS of misschien beter bij een (gespecialiseerd) verpleegkundige. Desondanks geven de resultaten wel een indicatie over het type medisch-specialistische zorg dat verleend kan worden door een VS buiten het ziekenhuis.

In deze literatuurstudie zijn geen studies gevonden waarin de PA anderhalvelijnszorg verleent. Enkele voorbeelden waarin VS'en werkzaam zijn in de anderhalvelijnszorg zouden in de Nederlandse context mogelijk ook passend zijn bij het profiel van de PA, in lijn met recent onderzoek onder stakeholders³⁶. Het gaat dan om anderhalvelijnszorg waarbij generalistische kennis in het medisch domein belangrijk is om de zorg veilig te kunnen bieden.

Methodologische kanttekeningen

Gedurende het zoekproces en de data-extractie kwamen enkele beperkingen van deze studie naar voren. Een eerste beperking is dat het begrip 'anderhalvelijnszorg' een heel moeilijk te definiëren begrip is. Er is een sensitieve zoekstring ontwikkeld, maar het is desondanks mogelijk dat artikelen gemist zijn. Dit kan ook komen doordat een gedetailleerde omschrijving van de anderhalvelijnszorg in artikelen vaak ontbrak, waardoor het niet altijd duidelijk was of het al dan niet anderhalvelijnszorg

³⁶ Laurant, M. en van Vught, A. (2018). Profielen Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist in de praktijk. Convergeren of divergeren? Nijmegen: Radboudumc IQ healthcare/ HA.

betrof. Regelmatig hadden de onderzoekers van deze literatuurstudie discussie of het anderhalvelijnszorg betrof volgens de gehanteerde definitie. De onderzoekers gebruikten in deze discussie telkens de vraag: 'Waar en door wie zou deze zorg, zonder anderhalvelijnszorg met PA of VS, verleend worden?'. Als het antwoord was: 'door professionals in het ziekenhuis', dan werd de studie geïnccludeerd.

Gedurende de screening werd een groot aantal artikelen geëxcludeerd waarbij de nurse-led clinic een afdeling in een ziekenhuis betrof. Een aantal van deze nurse-led clinics zouden mogelijk ook in een wijkkliniek of gezondheidscentrum georganiseerd kunnen worden en dus als anderhalvelijnszorg georganiseerd en gepositioneerd kunnen worden.

Daarnaast werd veelal bestaande zorg die verplaatst werd gecombineerd met additionele zorg, zoals extra consulten in de thuissituatie. Dit verklaart mogelijk deels de positieve effecten van anderhalvelijnszorg. Volledig 'additionele zorg' werd geëxcludeerd.

Als laatste is het mogelijk dat relevante praktijkvoorbeelden wel beschreven staan, maar dan niet in wetenschappelijke tijdschriften. We noemen dit de 'grijze literatuur'. Deze literatuur is niet meegenomen in dit onderzoek.

Bijlage 2: Verdieping

Uit de literatuurstudie (bijlage 1) kwam naar voren dat er weinig onderzoek is gedaan naar PA's en VS'en in anderhalvelijnszorg, noch internationaal, noch nationaal. Om inzicht te krijgen in de huidige stand van zaken zijn interviews gehouden met bestuurders, managers, medisch specialisten, huisartsen, PA's, VS'en en patiënten. Daarnaast zijn vier praktijkvoorbeelden waarbij een PA/VS werkzaam is in anderhalvelijnszorg beschreven (bijlage 3). Met de bevindingen uit de literatuurstudie, interviews en praktijkvoorbeelden worden de gespreksrondes gestart om tot conclusies en aanbevelingen over de inzet van de PA en VS in anderhalvelijnszorg.

Doel

Het doel van de verdieping was om inzicht te krijgen in:

1. de huidige inzet van PA's en VS'en in anderhalvelijnszorg,
2. de beoogde en gerealiseerde effecten,
3. de factoren die het implementatieproces beïnvloeden, en
4. de kansen voor PA's en VS'en in anderhalvelijnszorg in Nederland.

Onderzoeksmethode

Design

Beschrijvend onderzoek door middel van een schriftelijke vragenlijst, interviews, aangevuld met informatie beschikbaar uit nationale en aan organisaties gebonden documenten zoals notities of rapporten over (de inzet van de PA's en VS'en) in anderhalvelijnszorg.

Onderzoekspopulatie

De schriftelijke vragenlijst werd nationaal uitgezet onder PA's en VS'en die werkzaam waren in anderhalvelijnszorg of hiertoe concrete plannen hadden. Aan het einde van de schriftelijke vragenlijst konden de respondenten aangeven of ze benaderd wilden worden voor een interview. De respondenten die toestemming gaven zijn benaderd voor een interview, met als doel de antwoorden op de vragen in de schriftelijke vragenlijst aan te scherpen en te verdiepen.

Daarnaast zijn beleidsmakers (bestuurders, managers en projectleiders), huisartsen, medisch specialisten en enkele onderzoekers geïnterviewd die betrokken waren bij anderhalvelijnszorg, ongeacht of zij ervaring hadden met de inzet van PA's of VS'en in anderhalvelijnszorg. Deze

professionals zijn benaderd via het netwerk van de klankbordgroep en/of waren deelnemers aan de landelijke proeftuinen Toekomstbestendige Zorg³⁷.

Dataverzameling

De vragenlijst werd online verspreid via de netwerken van de onderzoekers, de beroepsverenigingen en de leden van de klankbordgroep van het project. Ook werden social media (twitter en LinkedIn) gebruikt om respondenten te benaderen. Via twitter en LinkedIn werden twee herinneringen gestuurd.

Er zijn losse interviews en één focusgroep gehouden om zoveel mogelijk informatie boven tafel te krijgen. De focusgroep bestond uit VS'en die werkzaam waren in anderhalvelijnszorg of concrete plannen daartoe hadden.

Bij alle geïnterviewden is een interviewleidraad gebruikt. De leidraad omvatte de volgende onderwerpen:

- type anderhalvelijnszorg;
- taken en verantwoordelijkheden;
- effecten;
- beïnvloedende factoren en
- toekomstige mogelijkheden.

Alle interviews zijn afgenomen door ervaren onderzoekers. Bij het focusgroep interview waren twee onderzoekers aanwezig om de validiteit en betrouwbaarheid van de dataverzameling te waarborgen. De data zijn verzameld in de periode september 2018 tot en met mei 2019.

Data-analyse

Alle interviews werden opgenomen op geluidsband. Een onderzoeker maakte samenvattingen van de interviews waarna de resultaten werden bediscussieerd tussen twee onderzoekers. De resultaten van deze discussie zijn vervolgens voorgelegd en bediscussieerd met het volledige onderzoeksteam (i.e. auteurs van deze notitie).

Bevindingen

In totaal zijn de schriftelijke vragenlijsten 53 keer ingevuld, waarvan 14 respondenten daadwerkelijk werkzaam waren in anderhalvelijnszorg als PA/VS. Daarnaast werden 64 personen geïnterviewd: 12 beleidsmakers, 10 medisch specialisten, 5 huisartsen, 21 VS'en, 9 PA's en 7 patiënten. Naast deze

³⁷ <https://www.rivm.nl/proeftuinen-toekomstbestendige-zorg/negen-proeftuinen-toekomstbestendige-zorg>

interviews is ervoor gekozen om vier praktijkvoorbeelden nader te beschrijven op basis van de interviews met de betreffende stakeholders, i.e. acute ouderenzorg (Wijkkliniek AMC/Cordaan), acute zorg (RAV Midden, Noord, West-Brabant), gynaecologie (Regiopoli Sunenz Drachten) en dermatologie/wondzorg (Allerzorg). Deze vier praktijkvoorbeelden zijn nader uitgewerkt vanwege de variatie en de hogere mate waarin deze praktijkvoorbeelden in uitvoering zijn. De praktijkvoorbeelden zijn gepresenteerd in Bijlage 3.

De resultaten uit de schriftelijke vragenlijst en interviews zijn geïntegreerd geanalyseerd en in deze paragraaf beschreven (datatriangulatie). De bevindingen zijn ingedeeld in de vier doelstellingen van het project zoals voorgaand is beschreven.

1. De huidige inzet van PA's en VS'en in anderhalvelijnszorg

In totaal zijn 14 Nederlandse praktijkvoorbeelden – of concrete plannen daartoe – opgehaald waarbij een PA of VS wordt ingezet in anderhalvelijnszorg. In deze praktijkvoorbeelden verlenen PA's of VS'en medisch-specialistische zorg die eerder verleend werd in het ziekenhuis en nu verleend wordt in de thuissituatie, in de huisartsenpraktijk/ gezondheidscentrum, wijkkliniek of op de ambulance. De praktijkvoorbeelden zijn verspreid gelokaliseerd over Nederland. De praktijkvoorbeelden betreffen medisch-specialistische zorg binnen uiteenlopende zorggebieden, te weten (acute) ouderenzorg, hartfalen, oncologie, gynaecologie, acute zorg, dermatologie/ wondzorg, ernstige spasticiteit, neurorevalidatie en palliatieve zorg. VS'en zijn werkzaam binnen alle genoemde zorggebieden, exclusief gynaecologie. PA's zijn werkzaam binnen de acute zorg en gynaecologie.

PA's en VS'en verlenen medisch-specialistische zorg. VS'en verlenen daarnaast ook (complexe) verpleegkundige zorg. Complexe verpleegkundige zorg betreft bijvoorbeeld de begeleiding van een patiënt in een palliatief traject of coaching van verpleegkundigen. Ook specialistische medische technische handelingen worden door een PA of VS verricht bij de patiënt thuis, bijvoorbeeld het verrichten van ascitespunctie: een onderzoek waarbij vocht uit de buikholte wordt afgenomen of intrathecale toediening van baclofen bij patiënten met ernstige spasticiteit. Huisartsen hebben deze vaardigheid vaak niet en een ziekenhuisbezoek is te belastend voor de patiënt. Ook hechten, echografie, het zetten van spiraaltjes, procedurele sedatie en analgesie enz. worden buiten het ziekenhuis uitgevoerd door PA's en VS'en. Naast hun werkzaamheden binnen het medisch en verpleegkundig domein zijn vooral VS'en betrokken bij innovatieprojecten, deskundigheidsbevordering, coaching en begeleiding van andere zorgmedewerkers, bv. in de wijkzorg. De PA's en VS'en zien voor zichzelf een belangrijke rol in voorlichting, advies en

deskundigheidbevordering in de wijkzorg en huisartsenpraktijk. Zij bezitten specifieke deskundigheid en zijn laagdrempelig in het contact naar professionals in verschillende settingen.

De praktijkvoorbeelden waarin een PA of VS anderhalvelijnszorg verleent verkeren in diverse stadia van ontwikkeling, variërend van concrete ideeën en plannen om lokale problemen op te lossen tot een pilot waarin PA's en VS'en ingezet worden in de anderhalvelijnszorg. In de meeste voorbeelden is de inzet van de PA's of VS'en in anderhalvelijnszorg nog geen structureel bedrijfs onderdeel in organisaties. De praktijkvoorbeelden bestaan sinds enkele maanden tot enkele jaren en bevinden zich in de pilotfase, dat wil zeggen dat het voortbestaan én structurele inbedding afhankelijk is van prestaties en resultaten. Resultaten van evaluaties en effectonderzoeken zijn nog niet bekend, gezien de korte looptijd van de praktijken of gebrek aan middelen om effectonderzoek te doen.

De meeste praktijkvoorbeelden werden door de PA of VS zelf geïnitieerd en opgezet, vaak samen met een beleidsmaker/ beleidsmedewerker, om de kwaliteit van zorg te verhogen (bottom-up initiatief; N= 12)). Twee praktijkvoorbeelden met PA's en VS'en in anderhalvelijnszorg werden gestart op initiatief van beleidsmakers in samenwerking met medisch specialisten, huisartsen, VS of PA (top-down initiatief). In enkele praktijkvoorbeelden (n=3) wordt effectonderzoek uitgevoerd in samenwerking met een universiteit of hogeschool.

2. De beoogde en gerealiseerde effecten

Alle betrokkenen bij de praktijkvoorbeelden gaven aan te werken vanuit de visie: de juiste zorg, op de juiste plaats, op het juiste moment, door de juiste professional. Ook werden de *quadruple aim*³⁸ doelstellingen (verbeteren van de gezondheid van de patiënt, kwaliteit van zorg, kosteneffectiviteit en duurzame inzetbaarheid van de zorgprofessional) veel gebruikt als gesproken werd over de beoogde effecten. Het vertalen van deze abstracte begrippen naar concrete indicatoren ontbrak bij de meeste praktijken. De gerealiseerde effecten waren meestal geen objectieve metingen aan de hand van indicatoren, maar eigen waarnemingen.

Een aantal praktijken heeft wel een aantal concrete indicatoren geformuleerd om de effecten te meten, zoals bezoek aan het ziekenhuis/ SEH, heropnames, wachtlijsten, medicatiefouten, functioneren etc. Of de beoogde effecten ook werden gerealiseerd was nog niet bekend.

Uit een studentrapport en de gesprekken over de ervaringen van professionals en patiënten over de anderhalvelijnszorg kwam naar voren dat patiënten in hoge mate tevreden zijn met de kwaliteit van de zorg die zij van een PA of VS ontvangen. Zij waardeerden de zorg in of dichtbij huis, de korte wachtlijst, de deskundigheid van de PA of VS, de persoonsgerichte benadering en het gelijkwaardige

³⁸ Bodenheimer et al, 2014. <http://www.annfamned.org/content/12/6/573.full>

contact met de PA of VS. De huisartsen en medisch specialisten waren positief verrast door de competenties van de PA of VS en hadden vertrouwen in hun deskundigheid in anderhalvelijnszorg.

3. Factoren die het implementatieproces beïnvloeden

Uit de schriftelijke vragenlijst en interviews kwamen beïnvloedende factoren naar boven die te maken hebben met de organisatie en ontwikkeling van anderhalvelijnszorg in zijn algemeenheid. Deze factoren hebben indirect ook invloed op de inzet van de PA en VS in anderhalvelijnszorg. Daarnaast zijn er factoren die specifiek van invloed zijn op de implementatie van de PA of VS in anderhalvelijnszorg. Deze verdeling wordt hieronder gebruikt om de beïnvloedende factoren te beschrijven.

Factoren implementatie anderhalvelijnszorg

Financiering

Anderhalvelijnszorg kent nog geen passende bekostiging. Hierdoor ontbreekt structurele financiering van anderhalvelijnszorg. Bekostiging wordt op verschillende manieren vormgegeven. Een aantal praktijken, zoals de Regiopoli Sunenz en de WijkKliniek, maakt gebruik van tijdelijke financiering uit Innovatiefondsen van zorgverzekeraars. Ook wordt een enkele keer gebruik gemaakt van projectgelden, bijvoorbeeld voor palliatieve zorg. Andere praktijken worden bekostigd vanuit de reguliere bekostiging. De zorg die als anderhalvelijnszorg wordt beschouwd en uitgevoerd in de huisartsenpraktijk (meekijkconsult) wordt gefinancierd uit de eerste lijn. Voor patiënten die in behandeling zijn van het ziekenhuis wordt de zorg gefinancierd vanuit de lopende DBC. In een aantal gevallen staan er geen inkomsten tegenover de activiteiten. Bijvoorbeeld consulten door een VS uit het ziekenhuis in een huisartsenpraktijk, worden niet in rekening gebracht. Ook voor de inzet van de PA of VS op de ambulance, ter voorkoming van vervoer naar de SEH, is in de pilotfase geen aanvullende financiering. De inzet van de VS op straat wordt bekostigd uit de bestaande financiering. De effecten zullen in de keten van acute zorg tot uiting moeten komen, waarna het systeem van financiering onder de loep wordt genomen om tot structurele financiële inbedding te kunnen komen.

Financiële prikkel in de tweede lijn

De meeste huisartsen en medisch specialisten gaven aan dat er in de tweede lijn nog te veel een prikkel ligt om met een bepaalde omzet/productie te werken. Minder patiënten leidt tot minder inkomsten van het ziekenhuizen/medisch specialisten. Er waren ook medisch specialisten die de toenemende zorgvraag benadrukten in relatie tot inkomsten en dus geen probleem voorzagen in het verschuiven van medisch-specialistische zorg naar anderhalvelijnszorg.

Twijfel aan het nut van anderhalvelijnszorg

Een aantal professionals en beleidsmakers uitten hun twijfel over het nut van anderhalvelijnszorg. Er is nog weinig/geen onderzoek gedaan naar het effect van anderhalvelijnszorg op kosten, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Anderhalvelijnszorg bevindt zich nog aan het begin van de ontwikkeling. Daarna volgt pas de discussie over wie deze zorg zou moeten verlenen.

Enkele huisartsen benoemden dat eerst kritisch bekeken moet worden of de zorg die in het ziekenhuis verleend wordt wel noodzakelijke zorg is. Daarna kan discussie plaatsvinden over welke zorg verschoven kan worden. Ook benoemden huisartsen dat rekening gehouden moet worden met de frequentie van bepaalde zorg in relatie tot veiligheid. Als er te weinig ervaring kan worden opgedaan met bepaalde zorg omdat het niet vaak plaatsvindt, is het niet efficiënt en veilig om deze zorg te verplaatsen naar buiten het ziekenhuis.

Dossiervoering/ gegevens uitwisselen

In de bestaande zorgorganisatie zijn de patiëntinformatiesystemen niet ingericht op het werken 'over de lijnen' heen. Transmurale dossiervoering is niet of slechts beperkt beschikbaar.

Informatiesystemen van wijkzorg, ambulancevoorzieningen, huisarts en ziekenhuis zijn niet verbonden met elkaar. Professionals zijn hierdoor veelal onvoldoende op de hoogte van het dossier van de patiënt. Bovendien kost overdracht veel tijd en administratie.

Netwerk of losse initiatieven

Het succes van anderhalvelijnszorg is in belangrijke mate afhankelijk van het aantal verwijzingen. Naarmate de anderhalvelijnszorg beter is ingebed in een bestaand netwerk of bestaande samenwerkingsrelaties tussen ziekenhuis en huisartspraktijken, heeft de anderhalvelijnszorg meer kans van slagen. Een goede samenwerkingsrelatie tussen verschillende zorgaanbieders is volgens het merendeel van de respondenten een voorwaarde voor anderhalvelijnszorg. In verschillende praktijkvoorbeelden werd daarom expliciet geïnvesteerd in een goede samenwerking en vertrouwen in elkaar. In de praktijkvoorbeelden waarin de samenwerkingsrelaties moeizaam verliepen, waren problemen met de continuïteit of werden te weinig patiënten verwezen naar anderhalvelijnszorg.

Werkdruk van huisartsen

Met name huisartsen gaven aan een grote werkdruk te ervaren. Hierdoor geven zij minder prioriteit aan het verschuiven van medisch-specialistische zorg. Huisartsen hebben de indruk dat de werkdruk hoger wordt als medisch-specialistische zorg verschuift naar de huisartsenpraktijk. Zij voelen zich eindverantwoordelijk voor de medische zorg die verleend wordt in de eerstelijnspraktijk. Bovendien kost het verlenen van anderhalvelijnszorg extra tijd.

Ondersteuning bij organisatievernieuwing

Huisartsen en medisch specialisten gaven aan dat nieuwe ontwikkelingen in de organisatie van zorg ingrijpen in diepgewortelde gewoonten en praktijken. Ze zijn niet opgeleid als organisatiedeskundigen en hebben hun handen vol aan hun eigen praktijk. Zij hebben behoefte aan ondersteuning bij deze organisatievernieuwingen. Een vereniging zoals bijvoorbeeld NVVC Connect (cardiologie) kan deze ondersteuning bieden bij het verschuiven van cardiologische zorg van het ziekenhuis naar de huisartsenpraktijk. NVVC Connect ontwikkelde nieuwe zorgprotocollen en faciliteerde de verschuiving van zorg in samenwerkingsverbanden. Binnen andere specialismen is zulke ondersteuning nog niet voorhanden.

Factoren implementatie PA of VS in anderhalvelijnszorg

De implementatie van specifiek de PA en VS binnen anderhalvelijnszorg kent een aantal aanvullende beïnvloedende factoren. Deze worden hieronder beschreven.

Urgentie tot veranderen door (demografische) ontwikkelingen in de gezondheidszorg

De ontwikkelingen waarmee de zorg te maken heeft, worden steeds meer zichtbaar en voelbaar voor professionals, beleidsmakers, beroepsverenigingen en koepels. Denk aan de vergrijzing van de bevolking, het toenemend aantal chronisch zieken, de toenemende en veranderende zorgvraag, ontwikkelingen in de technische mogelijkheden, arbeidskrapte en toenemende zorgkosten. Dit leidt tot een gevoel van urgentie om te veranderen en tot initiatieven om veranderingen daadwerkelijk in te voeren in de zorgorganisatie. De meeste geïnterviewden gaven aan dat PA's en VS'en zelfstandig taken kunnen overnemen van artsen, waardoor de druk op artsen verlicht wordt. Omdat zij goedkoper zijn dan artsen, zijn zij een goed alternatief om de meer eenvoudige, medisch-specialistische zorg buiten het ziekenhuis te verlenen.

Samenwerkingsrelaties

Het verschuiven van medisch-specialistische zorg uit het ziekenhuis naar daarbuiten vraagt om intensieve samenwerking tussen professionals vanuit verschillende organisaties. Uit de interviews met medisch specialisten en huisartsen die niet met een PA of VS in anderhalvelijnszorg werkten, kwam naar voren dat zij zich zorgen maakten over een verzwakking van de samenwerking tussen de organisaties. De inzet van een PA of VS zou de 'lijntjes' tussen de huisarts en medisch specialist verbreken. Aan de andere kant gaf een huisarts aan dat medisch specialisten vaak moeilijk te bereiken zijn en de PA/VS in anderhalvelijnszorg juist kan zorgen voor een versterking van de verbinding tussen professionals in het ziekenhuis en de huisarts. Professionals gaven aan dat

duidelijke samenwerkingsafspraken tussen de PA/VS, huisarts en medisch specialist de uitvoering van de anderhalvelijnszorg ondersteunen.

Onbekendheid met de (competenties van) PA of VS

Bekendheid met elkaar en vertrouwen in de competenties van de PA of VS werden als voorwaarden beschouwd voor een goede samenwerking. In de negen proeftuinen die onlangs (2018) geëvalueerd zijn door het RIVM werd geen enkele PA of VS ingezet om anderhalvelijnszorg te verlenen. Bij navraag aan betrokkenen in deze proeftuinen blijkt herhaaldelijk dat men niet gedacht heeft aan het inzetten van een PA of VS, niet op de hoogte was van de wettelijke bevoegdheden en competenties of nog geen ervaring had met een PA of VS.

Wat betreft de complexiteit van medisch-specialistische zorg die de PA of VS zou kunnen verlenen wisselen de meningen. Sommige professionals (niet specifiek) vonden beschouwende specialismen zoals neurologie te complex voor de PA/VS in anderhalvelijnszorg.

Aantal PA's en VS'en

Om anderhalvelijnszorg door een PA of VS verder te ontwikkelen zijn meer PA's en VS'en nodig. Het is niet eenvoudig om een PA of VS aan te nemen, omdat er landelijk een tekort is aan deze professionals en ze ook in het ziekenhuis, de verpleeghuizen en de huisartsenpraktijk heel hard nodig zijn. Een knelpunt bij het opleiden van PA's en VS'en is dat de professionals uit de formatie worden getrokken waar ook al grote tekorten zijn (i.e. verpleegkundigen).

Kenmerken van de PA en VS

Professionals en beleidsmakers geven aan dat PA's en VS'en prima in staat zijn om medische zorg zelfstandig uit te voeren. Om te werken in anderhalvelijnszorg is het belangrijk dat de PA of VS beschikt over goede contacten en een sterk netwerk. Met name VS'en geven aan dat zij opgeleid zijn om projecten op te zetten om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Deze vaardigheden gebruiken zij in de praktijk om anderhalvelijnszorg op te zetten. PA's en VS'en vinden het belangrijk om hun rol binnen de anderhalvelijnszorg actief naar buiten te dragen door artikelen te schrijven en presentaties te geven op bijeenkomsten. Het wordt belangrijk gevonden dat de PA of VS laat zien wat hij in huis heeft. In sommige praktijken werden PA's of VS'en bewust ingezet in anderhalvelijnszorg en huisartsenpost of ziekenhuis zodat het vertrouwen in de kennis en kunde van de PA of VS kon groeien. Na initiële twijfel bij huisartsen werd de inbreng van de PA of VS steeds meer gewaardeerd en werden ze meer voor ondersteuning gevraagd door huisartsen en medisch specialisten.

4. Kansen voor de PA en VS in anderhalvelijnszorg

Professionals en beleidsmakers zien volop kansen voor PA's en VS'en in anderhalvelijnszorg, ingegeven door de ontwikkelingen in én druk op de gezondheidszorg. Het gaat hierbij echter niet zo zeer over het ontwikkelen van anderhalvelijnszorg, maar met name over het groeien naar netwerkorganisaties tussen tweede- en eerstelijnsvoorzieningen.

Groeiende zorgvraag en behoefte aan specialistische kennis en vaardigheden

Het patiëntenaanbod voor de huisarts wordt te groot als gevolg van de verouderende populatie, verplaatste zorg van de tweede naar de eerste lijn en het feit dat patiënten langer in de thuissituatie (willen en moeten) blijven. Daarbij is de huisarts een generalist en niet in staat alle specialistische zorg die verplaatst wordt op te vangen. Hiervoor zijn andere gespecialiseerde professionals nodig, zoals de PA of VS die in het ziekenhuis opgeleid is binnen een bepaald medisch specialisme. De PA of VS kan een deel van de medisch-specialistische zorg opvangen in de huisartsenpraktijk of bij de patiënt thuis. Hierin liggen volop mogelijkheden voor ontwikkeling.

Enkele professionals en beleidsmakers zijn bezig met het doorontwikkelen van het praktijkvoorbeeld naar een nurse-led clinic, waarbinnen de VS de rol van regiebehandelaar vervult. In deze rol kan de VS de verantwoordelijkheid nemen over de integrale behandeling van de patiënt over de lijnen heen, zowel in het ziekenhuis als in de thuissituatie. Deze regierol wordt met name benadrukt in de (acute) ouderenzorg en specialistische wondzorg, waar een aantal VS'en al werkzaam zijn in deze rol. Hiermee kan de VS meer invulling geven aan de juiste zorg, op de juiste plek en door de juiste professional.

Behoeft patiënt/burger aan zorg dichtbij (mobiele service)

Niet alleen de oudere of immobiele patiënt heeft behoefte aan zorg thuis of dicht bij huis, maar ook patiënten voor wie (frequent) ziekenhuisbezoek lastig is (tijd- of geldgebrek) of tot ongewenste effecten leidt (niet kunnen meedoen aan arbeidsproces). Voor veel klachten hoeft een patiënt niet naar het ziekenhuis te komen maar kan de medisch-specialistische zorg ook naar de patiënt komen, bijvoorbeeld voor dermatologische klachten of acute zorg. Door zorg dichtbij huis te verlenen blijft het netwerk van de patiënt beter benut, is er sprake van behoud van eigen regie en treedt er bij ouderen minder gezondheidsverlies op. Bovendien vinden patiënten het fijn om de zorg dichtbij huis te ontvangen.

Er wordt voor gepleit om zoveel mogelijk medisch-specialistische zorg dichtbij de patiënt te verlenen. Hierdoor kan de professional zich een beter beeld vormen van de zorgvraag omdat ook de context waarin de patiënt leeft kan worden meegenomen. De PA en VS worden gezien als professionals die goed in staat zijn om medisch-specialistische zorg dichtbij de patiënten thuis te verlenen. Een aantal

professionals gaf aan dat de VS en de PA meer dan medisch specialisten in staat zijn tot het verlenen van psychosociale begeleiding van de patiënt. Vanuit hun (verpleegkundige) achtergrond hebben zij op een breder gebied aandacht voor de patiënt. Ze hebben in het algemeen meer tijd voor de patiënt en dat geeft de patiënt rust.

Bijlage 3: Vier praktijkvoorbeelden

Praktijkvoorbeeld Wondzorg/dermatologie vanuit een mobiele service ³⁹	
Organisatie	'Ziekenhuis op wielen' is een onderdeel van Allertzorg. Allertzorg is een landelijke zorgorganisatie die naast wondzorg en dermatologie ook wijkzorg, kraamzorg, kindzorg, specialistische zorg thuis, palliatieve zorg, woonzorg en begeleiding biedt. Een aantal VS'en is gespecialiseerd in wondzorg en dermatologie. Andere VS'en zijn gespecialiseerd in oncologie en palliatief terminale zorg. Het Ziekenhuis op Wielen is gestart in 2016.
Aantal VS wondzorg/dermatologie	7 VS'en werken verspreid over heel Nederland (regio 's Amsterdam, Den Haag, Rotterdam, Utrecht, Flevoland, Gorinchem, Groningen, Nijmegen). De zorg wordt aangeboden als er een VS in de regio beschikbaar is. De VS'en zijn flexibel wat betreft plaats/locatie van inzet.
Kenmerken VS wondzorg/dermatologie	5 VS'en zijn in vaste dienst van Allertzorg, 1 VS is ZZP'er en er wordt 1 VS opgeleid (verwachte afstudeerjaar: 2020). Elke VS werkt minimaal 60% van de aanstelling in de directe patiëntenzorg. Alle VS'en wondzorg en dermatologie zijn opgeleid binnen het specialisme dermatologie van een ziekenhuis door een dermatoloog. De VS in opleiding wordt in het brandwondencentrum opgeleid.
Taken VS wondzorg/dermatologie	<ul style="list-style-type: none"> • De VS verleent medisch-specialistische wondzorg, dermatologische zorg, diagnostiek, behandeling en controles bij de patiënt thuis. Indien mogelijk doet de VS dit met beeldzorg. Met een live verbinding met de patiënt kan de VS de thuissituatie goed overzien en passende zorg verlenen. • In de rol van regiebehandelaar coördineert de VS complexe wondzorg en overlegt in een multidisciplinair samenwerkingsverband. Deze rol voor de VS is beschreven in de landelijke richtlijn complexe wondzorg (Kwaliteitsstandaard Organisatie van wondzorg in Nederland, 2018). • Als de VS een melanoom of bepaalde aandoeningen in het gelaat vermoedt, verwijst de VS door naar bijvoorbeeld de medisch specialist.

³⁹ De beschrijving van het praktijkvoorbeeld is tot stand gekomen door interviews met een manager/VS, VS, VS in opleiding, huisarts, chirurg, dermatoloog en drie patiënten. Daarnaast is gebruik gemaakt van het 'Visiedocument verpleegkundig specialist in de anderhalvelijn' van Allertzorg (8-8-2016).

	<p>Doorverwijzing is afhankelijk van de expertise van de VS en de eventuele samenwerkingsafspraken met dermatologen in de regio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De VS'en hebben verschillende aandachtsgebieden namelijk dermatologie, urologie met wondzorg als specialisatie, oncologie/palliatief terminale zorg/complexe wondzorg met name oncologische wonden en oncologische therapieën, huidreacties, brandwonden, diabetische voetwonden, oedeem en ulcera cruris. • De VS coacht, schoolt en adviseert andere teams (in- en extern) in het verlenen van wond- en huidzorg. • De VS'en zijn actief in het meedenken en ontwikkelen van de positie van de VS in anderhalvelijnszorg binnen de organisatie en daarbuiten. Regelmatig geven ze lezingen en schrijven ze artikelen over de rol van de VS binnen 'Ziekenhuis op wielen'.
Doelgroep	<p>De doelgroep van het Ziekenhuis op Wielen bestaat uit patiënten met een indicatie voor tweedelijns medisch-specialistische wondzorg/huidzorg (complexe wondzorg, wonden die langer dan drie weken bestaan en huidaandoeningen zoals huidmaligniteiten, eczemen). Het gaat om patiënten die niet in staat zijn het ziekenhuis te bezoeken. Bijvoorbeeld vanwege psychische redenen, zoals patiënten uit ggz-instellingen, of patiënten met risico op delier wanneer zij uit de thuissituatie worden gehaald. Het gaat ook om patiënten die om fysieke redenen het ziekenhuis niet kunnen bezoeken omdat ze bijvoorbeeld moeilijk verplaatsbaar zijn. In veel gevallen zijn het patiënten uit lagere sociaaleconomische klassen. Daarnaast gaat het om zorgmijders die geen contact willen met het ziekenhuis of artsen. Reguliere, mobiele patiënten behoren niet tot de doelgroep van het Ziekenhuis op Wielen.</p>
Toewijzing zorg	<p>In de meeste gevallen worden patiënten verwezen via de huisarts. Dit gebeurt vaak na signalering door het specialistisch team, de wijk-, wond- en dermatologie en palliatieve zorgteams. In mindere mate vindt verwijzing plaats via de medisch specialist, na opname in het ziekenhuis of na polikliniekbezoek.</p>
Samenwerking met andere professionals in de keten	<p>Nadat de VS de patiënt heeft gezien, stuurt de VS binnen een week een brief met bevindingen en eventueel PA- of kweekuitslag naar de verwijzer. Vervolgens zijn er (telefonische) follow-upcontacten met de verwijzer. De</p>

	<p>bedoeling is om het contact laagdrempelig te houden. Er zijn geen formele samenwerkingsafspraken met dermatologen omdat binnen verschillende maatschappen niet alle dermatologen hieraan mee willen werken.</p> <p>De VS'en hebben allen eigen kaders geschreven. Hierin is onder meer de persoonlijke afbakening beschreven wat betreft verwijzindicaties en persoonlijke expertise. Deze afspraken worden jaarlijks onderling geëvalueerd met de VS'en van Allertzorg.</p> <p>Wanneer een VS een advies of een consult wil met een medisch specialist (dermatoloog of chirurg) neemt zij contact op met een medisch specialist dicht bij de cliënt of uit het netwerk van de VS.</p>
Financiering en bekostiging	<p>De zorg die de VS verleent, wordt bekostigd met een DBC*. Er zijn geen contracten met zorgverzekeraars, waardoor het passantentarief geldt. Dat betekent dat in de meeste gevallen 70% van het normale tarief wordt vergoed door de zorgverzekeraar. De niet-gedekte kosten worden gefinancierd door Allertzorg. Verschillende betrokkenen vinden deze wijze van bekostiging niet optimaal. Er wordt daarom gewerkt aan het aanvragen van passende financiering, mogelijk huisartsenzorg (3^e segment), Innovatiefonds van zorgverzekeraars of NZA-beleidsregel innovatie.</p> <p><i>*) Patiënt ontvangt vergoeding uit de basisverzekering. Omdat het een tweedelijnsbekostiging betreft betaalt de patiënt Eigen Risico.</i></p>
Aanleiding praktijkvoorbeeld	<p>Om de kwaliteit van de wondzorg en dermatologie te verhogen, heeft Allertzorg twee VS'en in dienst genomen. Deze VS'en zagen de mogelijkheid om zelfstandig spreekuur te houden voor primaire dermatologie en wondzorgbehandelingen in een wijk medisch-centrum. Vanuit deze setting zochten het bestuur van Allertzorg en de VS'en naar uitbreiding van het zorgaanbod voor patiënten die niet mobiel genoeg zijn om naar de zorglocatie toe te komen. Met verwijzingen van huisartsen, medisch specialisten en specialisten ouderengeneeskunde zou de zorg beter verleend kunnen worden bij de patiënt thuis of in het verpleeghuis. Deze uitbreiding past bij de visie van Allertzorg en de betrokken VS'en: de patiënt zoveel mogelijk begeleiden en behandelen bij de patiënt thuis of in de eerste lijn.</p> <p>Dit voorkomt verergering van de klachten, vermindert het aantal ziekenhuisbezoeken en houdt de totale zorgkosten betaalbaar.</p>
Beoogde effecten	<ul style="list-style-type: none"> • Gezondheid vergroten door tijdig en preventief ingrijpen. Wanneer geen

	<p>behandeling plaatsvindt of geen contact is met medische zorgverleners in de thuissituatie, bestaat het risico dat er geen zorg wordt verleend of dat zorg te laat verleend wordt waardoor klachten verergeren en de gezondheid van de patiënt verslechtert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afname van de zorgvraag. Als preventieve zorg geleverd wordt, neemt de zorgvraag af. • Laagdrempeligheid van medisch specialistische wondzorg/ dermatologie, ook voor immobiele patiënten. • Lagere zorgkosten omdat verslechtering van gezondheid en eventuele opname van de patiënt wordt voorkomen. De patiënt wordt in de thuissituatie gezien, waardoor de zorgbehoefte beter gesignaleerd wordt en er eerder of anders kan worden ingegrepen. Voorwaarde hierbij is wel dat de financiering wordt aangepast naar een eerstelijnsfinanciering in plaats van de huidige tweedelijns DBC. Met familie en betrokkenen wordt overwogen of een bepaalde medische interventie in het ziekenhuis zinnig is. Dit bespaart kosten van eventueel ambulancevervoer en het voorkomt complicaties zoals infecties. • Scholing van verpleegkundigen in wijkteams om de kwaliteit van de wonden- en huidzorg te verhogen.
(Ervaren) gerealiseerde effecten	<p>Een systematisch effectonderzoek heeft nog niet plaatsgevonden. Dit zijn de waargenomen effecten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten zijn zeer positief over het feit dat de zorg bij hen thuis verleend kon worden. Deze patiënten waren namelijk niet in staat het ziekenhuis te bezoeken vanwege fysieke immobiliteit, te grote afstand en psychische belasting. • Patiënten waarderen de deskundige hulp, directe beschikbaarheid, snelle communicatie en afstemming van zorg met andere zorgverleners, zoals de thuiszorg en medisch specialisten in het ziekenhuis. • Het ziekenhuis wordt ingeschakeld wanneer het nodig is: niet te vroeg, maar ook niet te laat. • Het aantal in te zetten professionals is lager in vergelijking met het ziekenhuis. De VS werkt solo en heeft geen organisatie met een doktersassistent, baliemedewerker, ondersteunende diensten, etc.

	<ul style="list-style-type: none"> • Vervoer per ambulance is afgenomen omdat patiënten in de thuissituatie behandeld konden worden, zoals bijvoorbeeld een patiënt met dwarslaesie.
<p>Ervaringen van professionals met de inzet van de VS</p>	<p>De dermatoloog, chirurg en huisarts zijn overwegend enthousiast over de inzet van de VS. Men waardeert het feit dat de zorg naar de patiënt toekomt en een oplossing geboden wordt voor de specifieke behoefte en zorgvraag van de patiënt.</p> <p>De inzet van VS'en is een manier om positieve gezondheid in de praktijk te brengen. De werkelijke zorgbehoefte wordt vaak niet zichtbaar tijdens een polikliniekbezoek, maar wel bij een bezoek door de VS bij de patiënt thuis. Het gaat hierbij niet over additionele zorg, maar over de feitelijke zorgbehoefte van de patiënt, die in het ziekenhuis niet gezien wordt.</p> <p>Een medisch specialist had het gevoel het overzicht en de controle over de patiënt te verliezen wanneer zorg verleend wordt door de VS buiten het ziekenhuis.</p>
<p>Bevorderende factoren</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kenmerken van de VS: ondernemerschap, willen pionieren, flexibel en creatief, standvastig, vasthoudend en idealistisch, met name om de zorg rondom de patiënt goed georganiseerd te krijgen. • <i>Regiebehandelaar</i>: in de richtlijn complexe wondzorg staat beschreven dat de VS de rol van regiebehandelaar kan uitvoeren. Het vakgebied van dermatologie is redelijk gekaderd. Er is duidelijk omschreven wat de VS zelf kan afhandelen en waarvoor een andere zorgprofessional nodig is. • <i>Begeleiding</i>: de VS is sterk in het begeleiden van specifieke doelgroepen zoals ggz-patiënten, ouderen met kans op delier, immobiele patiënten, patiënten met lage SES en zorgmijders. • <i>Houding collega-zorgverleners</i>: kenmerken als flexibiliteit, innovatief, lerend vermogen en veranderingsbereid dragen bij aan de acceptatie van de VS bij collega's van de thuiszorg, betrokken huisartsen en medisch specialisten. • <i>Management</i>: het bestuur en management van de zorgorganisatie dient buiten de gebaande paden te durven denken. • <i>E-health</i>: mogelijkheid tot videoconsulten. De VS heeft meer nodig dan alleen een plaatje of een foto en moet de patiënt ook kunnen zien om een

	<p>totaalbeeld te vormen. Dit is mogelijk met videoconsulten, wat veel reistijd bespaart.</p>
Belemmerende factoren	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Onbekend maakt onbemind</i>: onbekendheid met de persoon leidt tot gebrek aan vertrouwen in de deskundigheid en de competenties van de VS. Sommige huisartsen en medisch specialisten durven hierdoor taken en verantwoordelijkheden niet los te laten. Structurele samenwerkingsafspraken tussen de VS'en van Allergene en dermatologen/chirurgen uit maatschappen/ziekenhuizen komen mede hierdoor niet tot stand. • <i>Concurrentie</i>: het concurrentiebeding van medisch specialisten in dienst van een maatschap/ziekenhuis leidt ertoe dat minder patiënten worden doorverwezen. Medisch specialisten vrezen vermindering van inkomsten. • <i>Contact</i>: om een DBC te openen is face-to-facecontact met de patiënt noodzakelijk. Hierdoor is de reistijd van de VS langer dan nodig. Het face-to-facecontact zou voor een deel van de patiënten ook via beeldzorg kunnen plaatsvinden. • <i>Bekostiging</i>: financiering is niet passend voor anderhalvelijnszorg. De patiënt betaalt eigen risico en Allergene betaalt 25 tot 30 procent van de gemaakte kosten omdat meestal slechts 70 à 75 procent vergoed wordt door de verzekeraars. • <i>Promotie</i>: er is geen budget om te investeren in effectonderzoek en in verbetering van publiciteit en de website over deze zorg.
Potentieel VS in de anderhalvelijn	<p>Steeds meer kwetsbare ouderen blijven langer thuis wonen. Verpleeghuizen krimpen en de patiënten die daar verblijven zijn niet mobiel. Ook zullen er steeds meer patiënten zijn die nu nog mobiel zijn, maar veel aandacht, expertise en capaciteit van het ziekenhuis vragen. Denk aan patiënten met decubitus, diabetische voetwonden, ulcera cruris, Parkinson en dementie. Een groot deel van de complexe wondzorg en dermatologie die nu in het ziekenhuis geleverd wordt door een medisch specialist, PA of VS, kan een VS in de thuissituatie doen. Met name bij herhaalpatiënten die geregeld het ziekenhuis bezoeken voor controles. Dit is mogelijk met een meekijkconsult, regiebehandelaarstraject door de VS en een vergoeding met eerstelijns financiering. Dit is niet alleen goedkoper, het voordeel voor de patiënt is dat</p>

hij/zij dan geen eigen risico heeft. Nu is een meekijkconsult door een medisch specialist een tweedelijns DBC.

De VS kan in de thuissituatie beter aansluiten op de zorgbehoefte van de patiënt. Bovendien willen patiënten liever niet een halve dag vrij nemen voor polikliniekbezoek. Voor veel dermatologische klachten kan het ziekenhuis ook naar de patiënt komen, niet thuis, maar bijvoorbeeld op het werk. Een mobiel ziekenhuis kan spreekuren doen op een kantorencomplex of een bedrijventerrein. Dat bespaart de patiënt moeite, tijd en geld. Mensen kiezen voor een andere mobiliteit, ze hebben werk en een sociaal leven. Bijvoorbeeld patiënten met een chronische ziekte, zoals reumapatiënten die vaak naar het ziekenhuis moeten gaan voor een injectie. Het ziekenhuis als gebouw met alle faciliteiten is niet nodig. Er bestaan inmiddels ook beeldzorgfaciliteiten.

Het Ziekenhuis op Wielen is de ogen en de oren van de patiënt. Het heeft een zeeffunctie voor welke zorg nodig is, is goed in staat triage toe te passen, medisch-specialistische zorg in te roepen en het voorwerk te doen voor de medisch specialist. Vanuit het zelfstandig behandelaarschap en de rol van regiebehandelaar kan de VS een belangrijke rol spelen in de afstemming tussen de eerste en tweede lijn. De VS voert de regie en kan specifiek doorverwijzen naar het ziekenhuis. De VS kan de casus van de patiënt voorbereiden voor de medisch-specialist, zoals het beschrijven van de voorgeschiedenis, anamnese afnemen, aanvullend onderzoek laten doen of een differentiaal diagnose opstellen zodat de medisch specialist meer tijd heeft voor specifieke adviezen of behandeling.

Praktijkvoorbeeld Acute ouderenzorg in de Wijkkliniek ⁴⁰	
Organisatie	<p>De WijkKliniek is onderdeel van een zorgorganisatie (Cordaan) die zorg biedt op de werkgebieden thuiszorg, verpleeg- en verzorgingszorg, verstandelijke gehandicaptenzorg, jeugd- en geestelijke gezondheidszorg. In de WijkKliniek worden eerstelijnszorg en tweedelijnszorg gecombineerd: de medisch specialist is de hoofdbehandelaar en de zorg wordt in de eerste lijn aangeboden. De werkzame principes komen uit verschillende vakgebieden. De behandelende geriaters zijn aangesteld bij het Academisch Medisch Centrum (AMC) en zijn medisch eindverantwoordelijk.</p> <p>De WijkKliniek is operationeel sinds juli 2018. In september 2018 waren 6 bedden in gebruik, in mei 2019 12 bedden en sinds 1 september 18 bedden. In deze periode zijn 330 patiënten opgenomen geweest. De Wijkkliniek komt voort uit een samenwerking tussen Cordaan, AMC en het Zilveren Kruis.</p>
Aantal VS' en	2 VS'en, 1 VS in opleiding en 1 PA in opleiding.
Kenmerken VS	De VS heeft jarenlange ervaring als verpleegkundige en als VS in de geriatrische revalidatiezorg.
Taken VS	<ul style="list-style-type: none"> • De VS verricht dezelfde werkzaamheden als de geriater: het gehele medisch proces van opname tot ontslag (functie van zaalarts), met back-up door de geriater voor de complexere patiënten. Wat onder complexere patiënten wordt verstaan is niet nader gedefinieerd. De ervaring en de competenties van de VS bepalen de mate waarin intercollegiaal overleg nodig is tussen de VS en de geriater. • Tijdens de opname stelt de VS samen met de fysiotherapeut een mobiliteitsplan op. De VS houdt toezicht op de uitvoering van het plan. De uitvoering ligt bij het verpleegkundig team. • De VS verricht geen onregelmatige diensten en geen weekenddiensten.

⁴⁰ De beschrijving van het praktijkvoorbeeld is tot stand gekomen door interviews met een hoogleraar/lector, geriater, VS en de resultaten uit een verslag over de tevredenheid van patiënten met de zorg die zij ontvingen in de wijkkliniek (M. Ribbink, 2019).

Doelgroep	<p>Kwetsbare ouderen, ouder dan 65 jaar, woonachtig in de wijk Amsterdam Zuidoost, die normaal gesproken opgenomen worden in het AMC wanneer zij te maken hebben met acute medische problemen. Contra-indicaties zijn de noodzaak tot intensieve zorg op de IC of veel vervolgonderzoeken.</p> <p>Opgenomen patiënten zijn patiënten met comorbiditeit, griepcomplicaties, exacerbatie COPD, urineweginfecties, al dan niet met delier, hartfalen, onregelde diabetes mellitus, instellen pijnmedicatie na fractuur of wervelinzakking.</p>
Toewijzing zorg	<p>De patiënten worden verwezen door de SEH van het AMC. De patiënten worden daar getrieerd door een klinisch geriater op geschiktheid voor de WijkKliniek.</p>
Samenwerking andere professionals in de keten	<p>Er wordt intensief samengewerkt met de vakgroep Geriatrie van het AMC. Geriaters zijn beschikbaar om diensten te doen in de WijkKliniek. Geriaters zijn aangesteld bij het AMC en gedetacheerd naar Cordaan.</p> <p>De aanstelling van geriaters bij het AMC en het lidmaatschap van de vakgroep Geriatrie zijn van belang voor een netwerk met het ziekenhuis en vakgenoten. Dit stimuleert dienstverlening (bv. diagnostiek), de weg weten in de organisatie, consultering, sparringpartners zijn en bekendheid met elkaar (patiëntenstroom verleggen, doorverwijzingen naar de WijkKliniek).</p> <p>De VS en de geriater werken dagelijks nauw samen. Na elke visite is er een mogelijkheid voor supervisie. In principe is de VS zelfstandig behandelaar van de patiënt.</p> <p>Er wordt gewerkt aan teamvorming met de wijkverpleegkundigen, de ziekenhuisverpleegkundigen, VS'en en artsen met als doel de medische kennis te versterken en te werken aan een gemeenschappelijke visie op de patiëntenzorg.</p>
Financiering en bekostiging	<p>De huidige financiering is afkomstig van het Innovatiefonds van de NZa, een driejarige experimenteursubsidie. Er is budget verschoven vanuit het ziekenhuis naar Cordaan om dit experiment mogelijk te maken. De inzet is op structurele eerstelijnsfinanciering.</p>

<p>Aanleiding praktijkvoorbeeld</p>	<p>De huidige ziekenhuiszorg is niet altijd passend voor ouderen: één op de vijf wordt na ontslag binnen een maand weer in het ziekenhuis heropgenomen. Eén op de drie heeft blijvende beperkingen in het dagelijks functioneren. Daarbij leiden te veel overgangen tussen verschillende soorten zorgsituaties tot achteruitgang van de patiënt (fysiek, mentaal).</p> <p>Wat betreft zorg is er geen continuïteit in zorg tussen wat thuis, in het verpleeghuis en in het ziekenhuis geboden wordt. Dit leidt tot een grote toestroom van ouderen naar de SEH: jaarlijks in Nederland 800.000 waarvan 35% wordt opgenomen.</p> <p>De WijkKliniek vermindert de druk van de dichtslibbende SEH door het opbouwen van een infrastructuur voor 24/7 zorg in de eerste lijn. De visie van het AMC is dat de kwaliteit van de acute zorg voor ouderen beter kan en dat de Wijkkliniek daarvoor geschikt is. Het AMC richt zich vooral op derdelijnszorg.</p>
<p>Beoogde effecten</p>	<p>De beoogde effecten waarop de prognose en businesscase zijn gebaseerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% reductie van het aantal SEH bezoeken; • 25% reductie van het aantal heropnames; • 50% reductie van het aantal medicatiefouten; • 90% van de patiënten is weer hersteld tot het oude niveau van functioneren van vóór de opname; • 80% van de patiënten stroomt uit naar huis. <p>Daarnaast een kostenbesparing en inhoudelijke doorontwikkeling van verpleegkundigen en VS'en.</p>
<p>(Ervaren) gerealiseerde effecten</p>	<p>Om de effecten in beeld te brengen wordt prospectief onderzoek met een controlepopulatie uitgevoerd. Onderzoek heeft betrekking op welke zorg wordt ingezet en wat de kosten daarvan zijn. Een patiëntenevaluatie wordt meegenomen in het onderzoek. Resultaten zijn nog niet bekend, gezien het korte bestaan van het project.</p> <p>Waargenomen indrukken wat betreft de effectiviteit zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kortere opnameduur in WijkKliniek dan verwacht.

	<ul style="list-style-type: none"> • Opnames in Geriatrische Revalidatie Zorg en EerstelijnsVerblijf lijken verminderd. • Minder heropnames in het ziekenhuis. • Patiënten en familieleden zijn tevreden: opvallend veel positieve reacties over zorg, behandeling, begeleiding en laagdrempeligheid. Huisartsen geven aan dat patiënten zeer enthousiast zijn. • De patiënten geven de zorg die zij in de WijkKliniek ontvingen gemiddeld een 8.4 op een schaal van 1-10. • Patiënten herstellen binnen de termijn, zelfs sneller dan verwacht. • VS krijgt de kans om zich te ontwikkelen op een voor haar nieuw terrein van patiëntenzorg, namelijk diagnostiek en medische behandeling.
Ervaringen van professionals met de inzet van de VS	VS'en hebben een goede basisopleiding en ervaring in de geriatrische ouderenzorg. De competenties die nodig zijn voor de acute ouderenzorg zijn aanwezig en kunnen verder ontwikkeld worden in de praktijk. VS'en zijn breed inzetbaar, ook voor taken buiten de directe patiëntenzorg.
Bevorderende factoren	<ul style="list-style-type: none"> • Medische kennis en vaardigheden van de VS op het gebied van acute situaties. • Kennis en vaardigheden van de VS ten aanzien van de geriatrische patiënt: flexibel, innovatief, lerend vermogen, veranderingsbereid, willen/kunnen samenwerken; zelfstandigheid in denken en doen: durven te handelen en beslissingen te nemen. • De geriater en de VS vullen elkaar aan wat betreft kennis en ervaring. • Dagelijks overleg tussen de geriater en VS. • Gedeelde visie op de patiëntenzorg binnen team van zorgverleners.
Belemmerende factoren	<ul style="list-style-type: none"> • Vakinhoudelijke ontwikkeling staat onder druk door tijdsdruk: de VS heeft veel nevenactiviteiten, administratieve taken en moet logistieke processen controleren.
Potentieel VS in de WijkKliniek	Het maximaal aantal te bezetten bedden van de WijkKliniek is nog niet bereikt (24 bedden). Het aantal VS'en zal hiervoor geleidelijk worden uitgebreid. De verwachting is nu dat 4 tot 6 VS'en nodig zullen zijn

(afhankelijk van het verrichten van onregelmatige diensten en weekenddiensten).

Geriatrisch-medisch werk is niet te protocolleren, daarom moet de VS overkoepelend medisch kunnen denken. Naast het zaalwerk kunnen VS'en verschillende aandachtsgebieden hebben, afhankelijk van hun belangstelling en competenties.

Nurse led clinic

Op dit moment zijn geriateren werkzaam in de kliniek als hoofdbehandelaar. Het idee is om in de toekomst de kliniek te laten leiden door de VS'en. De geriater is aanwezig of op afstand beschikbaar op consultbasis. Dit vraagt een autonome positie van de VS, inzetbaarheid van de VS in alle diensten en wellicht nog inzet in de eerste lijn. Hoe een en ander vorm gaat krijgen is nu nog niet duidelijk.

Praktijkvoorbeeld Acute zorg vanuit Soloambulance ⁴¹	
Organisatie	<p>De RAV omvat twee afzonderlijke RAV-regio's met één directeur en gemeenschappelijk(e) management, staf en ondersteuning.</p> <p>Het werkgebied telt bijna 1,7 miljoen inwoners.</p> <p>Op 1 januari 2019 is een pilot van start gegaan. VS'en worden ingezet op de ambulancedienst met een soloambulance en aanvullende bevoegdheden. Het doel is om meer thuis te diagnosticeren en te behandelen, het aantal ritten naar de SEH te verminderen en de juiste zorg te verlenen op de juiste plek. De soloambulance is een kleiner ambulancevoertuig met de uitrusting voor acute hulpverlening, maar er kan geen patiënt in worden vervoerd. De pilot beperkt zich tot het werkgebied Tilburg en omstreken, zeven dagen per week tussen 10.00 en 22.00 uur.</p>
Aantal VS'en	8 VS'en, 4 VS'en i.o en 2 PA's i.o
Kenmerken VS	<p>Alle VS'en zijn opgeleid als ambulanceverpleegkundige met aanvullend de masteropleiding MANP, specialisme acute zorg. In de afgelopen jaren zijn de VS'en voor 40% van hun aanstelling werkzaam geweest op het medisch stafbureau, voornamelijk op het gebied van kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering. Daarnaast werden ze voor 60% van hun aanstelling ingezet als ambulanceverpleegkundige op ambulanceritten.</p> <p>Op dit moment werken de VS'en voor 80% van hun aanstelling op de soloambulance. 20% van hun tijd werken ze op de huisartsenpost om zich verder te ontwikkelen in de huisartsgeneeskunde en om de samenwerking met de huisartsenpost (in de spoedketen) te verstevigen.</p>
Taken VS	<p>VS'en verrichten acute zorg, diagnostiek en behandeling ter plaatse.</p> <p>VS'en hebben toestemming van het ministerie van VWS om, binnen de kaders die daarvoor zijn, bepaalde medische handelingen te verrichten</p>

⁴¹ De beschrijving van het praktijkvoorbeeld is tot stand gekomen door interviews met een Manager Zorg, Medisch Manager/ SEH-arts, twee VS'en, Lector en programmamanager branchevereniging. Daarnaast is gebruik gemaakt van het document: 'Tevredenheidsonderzoek Eerste Hulp Geen Vervoer. Een onderzoek naar de patiënttevredenheid bij een Eerste Hulp Geen Vervoer consult van een Verpleegkundig Specialist binnen de RAV Brabant Midden-West-Noord' van S. Smole en M. van der Wielen (2019).

	<p>in de ambulancedienst (o.a. echografie, hechten, procedurele sedatie en analgesie, medicatie voorschrijven en doorverwijzen). Daarnaast ondersteunen en adviseren VS'en de ambulanceverpleegkundigen op locatie bij het beoordelen en behandelen van de patiënt en over het te volgen beleid.</p> <p>De zorg die de VS'en verlenen bestaat uit basiszorg en medisch-specialistische zorg. Nadat acute zorg is verleend, moet duidelijk worden of het voornamelijk om basiszorg gaat en de patiënt aan de huisarts of een andere zorginstelling kan worden overgedragen.</p> <p>Wanneer blijkt dat vervoer naar de SEH noodzakelijk is, kan de VS ervoor zorgen dat de patiënt comfortabel (bijvoorbeeld wat betreft medicatie en pijnbestrijding), naar het ziekenhuis kan worden vervoerd door een ambulance. De VS kan alvast de benodigde medische verrichtingen uitvoeren, zoals procedurele sedatie of diagnostiek door middel van een spoedechografie.</p>
Doelgroep	<p>Patiënten die hulp nodig hebben maar waarvoor door aanvullende behandel mogelijkheden en diagnostiek ter plaatse (direct) transport niet noodzakelijk is. De ritten waarvoor de VS ingezet wordt betreffen veelal patiënten met hoofdpijn, rugpijn of buikpijn. Dit zijn klachten die door ambulanceverpleegkundigen niet of moeilijk te diagnosticeren zijn.</p>
Toewijzing zorg	<p>Toewijzing gebeurt vanuit de bestaande ritten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meldkamer 112 of andere professionele verwijzers, zoals politie, brandweer en Rijkswaterstaat. In het kader van de pilot is een VS aanwezig bij de triagisten van de meldkamer om mee te kunnen differentiëren welke zorgvragen passend zijn voor de VS. Ingangsklachten zijn onder meer rug-, hoofd- en buikpijn. • Vanuit de ambulanceverpleegkundige die bij een patiënt is en de VS in consult vraagt voor beoordeling van de patiënt en advies over vervolgbeleid.
Samenwerking andere professionals in de keten	<p>De RAV werkt intensief samen met een huisartsenpost (alle huisartsen van Tilburg en omliggende gemeenten) en een ziekenhuis (enige ziekenhuis in de regio: Elisabeth TweeSteden Ziekenhuis, tevens traumacentrum). VS'en werken een dag per week op de huisartsenpost</p>

	<p>en kennen hierdoor de huisartsen uit de omgeving. Een medisch manager van de RAV is tevens als SEH-arts verbonden aan het ziekenhuis.</p>
<p>Financiering en bekostiging</p>	<p>De inzet van de VS'en wordt in de pilot gefinancierd uit de middelen van de ambulancedienst. De ambulancedienst ontvangt een beschikbaarheidsbijdrage voor de exploitatie van de posten en de voertuigen. De verzekeraar geeft een vergoeding voor de uitgevoerde ritten. Wanneer het aantal ritten naar het ziekenhuis lager wordt, verminderen de inkomsten. Er bestaat geen vergoeding voor de consulten die de VS'en verrichten.</p> <p>Er zijn meerjarenafspraken met de verzekeraars over substitutie zodat het ziekenhuis in de regio niet wordt afgerekend op te veel of te weinig productie. Men streeft naar een gezamenlijke aanpak voor de juiste zorg op de juiste plaats.</p>
<p>Aanleiding pilot met VS op soloritten</p>	<p>Het type zorgvraag op de ambulancedienst is aan het veranderen. Een aantal ontwikkelingen is kenmerkend.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patiënten bellen sneller 112. Ook huisartsen doen in toenemende mate een beroep op de ambulancedienst. Veelal zijn dit vragen met een minder spoedeisend karakter. 2. Doordat patiënten langer thuis blijven wonen wordt de acute zorgvraag in de thuissituatie steeds complexer. Dit vraagt om protocol-overstijgend denken. De huidige ambulanceverpleegkundigen zijn hiervoor niet opgeleid. Dit leidt eerder tot vervoer vanuit veiligheidsperspectief. 3. De capaciteit aan huisartsenzorg is beperkt, ook als het gaat om ondersteuning van de ambulancedienst. 4. De oudere patiënt heeft steeds meer behoefte om in de eigen omgeving te blijven wonen en niet te worden opgenomen in ziekenhuis. Dit zal in de toekomst alleen maar toenemen. 5. Veranderde visie op ambulancezorg, naar zorgcoördinatie en mobiele zorg.

	<p>Als gevolg van bovenstaande ontwikkelingen wordt de druk op de ambulancedienst hoger. Bovendien is er sprake van schaarste aan ambulanceverpleegkundigen en voldoet het opleidingsniveau van de ambulanceverpleegkundige niet in alle gevallen aan de medisch-specialistische zorgvraag in de thuissituatie. VS'en worden veel ingezet op indirecte patiëntenzorg. Aanvullende competenties van de masteropgeleide ambulanceprofessional worden mogelijk onderbenut.</p>
Beoogde effecten	<p>Effectonderzoek wordt uitgevoerd door het lectoraat Acute Intensieve Zorg van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Hierin worden de proces-, structuur- en uitkomstindicatoren op veiligheid, doelmatigheid, tevredenheid en ritkenmerken in kaart gebracht.</p>
(Ervaren) gerealiseerde effecten	<ul style="list-style-type: none"> • Sinds januari 2019 zijn 850 patiënten in contact geweest met een VS op de soloambulance. 85% van de 112 meldingen waarbij een VS werd ingezet resulteerde in het thuis behandelen van de patiënt. Hierdoor was ambulancevervoer naar het ziekenhuis niet nodig. Op landelijk niveau is dit percentage 30-35%. De overige patiënten gingen alsnog naar de SEH. • Patiënttevredenheid is in april/mei 2019 geëvalueerd bij 34 patiënten die behandeld zijn door de VS, zonder vervoer naar het ziekenhuis. De respondenten ervoeren deze vorm van ambulancezorg als erg prettig. Ook werd waardering uitgesproken voor de manier waarop hulpverleners de respondenten zich niet bezwaard lieten voelen over het feit dat zij 112 gebeld hadden, waarbij vervoer naar het ziekenhuis niet nodig bleek. Daarnaast werd het tonen van interesse naar de respondenten als prettig ervaren. Op deze manier ontstond een meer ontspannen sfeer. Tenslotte werd een aantal keer opgemerkt dat de hulpverleners ook tijd hadden voor familie/vrienden/omstanders die aanwezig waren. Dit kwam vaak ten goede aan de geruststelling van de respondenten. Binnen een jaar worden de resultaten verwacht van de andere beoogde effecten.

<p>Ervaringen van professionals met de inzet van de VS</p>	<p>Huisartsen op de huisartsenpost raken bekend met de competenties van de VS'en en reageren positief op hun inzet. Huisartsen die eerder een ambulance oproepen, verzoeken nu regelmatig de inzet van een VS met soloambulance.</p>
<p>Bevorderende factoren</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (Medische) competenties van de VS. • Zelfstandige bevoegdheid van de VS voor voorbehouden handelingen. • Enthousiaste VS'en die actief meedoen, veranderingen aanpakken en willen pionieren. • Urgentie vanwege de veranderende zorgvraag, krapte op de arbeidsmarkt en tevredenheid over de inzet VS'en. • Intensieve samenwerking in de keten (1 HA-post, 1 ziekenhuis en 1 RAV) met gezamenlijk belang. • Meldingen komen uit de 112 meldkamer en zijn niet concurrerend met de meldingen van de meldkamer van de huisartsenpost. • Protocollen en juridisch kader kunnen worden aangepast aan inzet VS. • Veranderende visie vanuit AZN op zorg: ambulance is een mobiele zorgconsultfunctie met behandeling en diagnostiek ter plaatse. • Directie en management met visie en daadkracht.
<p>Belemmerende factoren</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Protocollen en juridisch kader moesten worden aangepast met toestemming van VWS. • Korte termijn- en prestatiedoelen: op dit moment leidde de inzet van de soloambulance tot minder inkomsten (toename eerste hulp geen vervoer). • Weerstand bij ambulanceverpleegkundigen: komt de VS hun werk afpakken of iets toevoegen?
<p>Potentieel VS of PA in de Ambulancezorg</p>	<p>De wens bestaat om de inzet van de VS op soloritten uit te breiden van dag- en avonden naar nachtdiensten. Hiervoor zijn meer VS'en nodig. Bovengenoemde aanleidingen en de visie van AZN leiden tot een grote behoefte aan master-opgeleide professionals binnen de ambulancedienst. Dit kunnen zowel PA's of VS'en zijn, er bestaat geen voorkeur. Er zijn veel regionale verschillen voor de inzet van een VS en PA in de ambulancezorg. Landelijk beleid via AZN wordt voorbereid.</p>

Praktijkvoorbeeld Gynaecologie in de Regiopoli ⁴²	
Organisatie	Op de Regiopoli houden medisch specialisten van het nabijgelegen streekziekenhuis spreekuren. Het gaat om de specialismen cardiologie, dermatologie, orthopedie en longziekten. De Regiopoli is sinds november 2015 operationeel. Voor gynaecologie worden sinds 1 mei 2019 de spreekuren uitgevoerd door een PA. De PA werkt zelfstandig in samenwerking met de Huisartsencoöperatie. De PA werkt niet samen met de vakgroep gynaecologie van het ziekenhuis.
Aantal PA's	Eén PA, werkzaam als ZZP'er, wordt twee tot drie dagdelen per week ingezet, afhankelijk van het patiëntenaanbod.
Kenmerken PA	De PA heeft vijf jaar werkervaring op de polikliniek gynaecologie van een ziekenhuis. Naast de consulten binnen de Regiopoli, verricht de PA consulten op gynaecologisch gebied in diverse huisartsenpraktijken.
Taken PA	Diagnostiek bij gynaecologische klachten is met echoscopie mogelijk. Op de Regiopoli is een echoapparaat beschikbaar. Verder brengt de PA pessaria en spiralen in en doet de controles daarvan. Op termijn zal de PA ook fertiliteitszorg leveren.
Doelgroep	Patiënten met niet-acute en laag-complexe gezondheidsklachten, die normaal gesproken doorgestuurd zouden worden naar de tweede lijn.
Toewijzing zorg	De huisarts verwijst naar Regiopoli op basis van indicaties voor transvaginale echo's, pessarium en spiralen. Overige indicaties worden verwezen naar het ziekenhuis en staan niet in het afsprakensysteem van de Regiopoli (Zorgdomein).
Samenwerking met andere professionals in de keten	De vakgroep gynaecologie heeft zich teruggetrokken uit het project. De PA rapporteert aan en overlegt met de verwijzend huisarts. Intercollegiaal overleg is aanwezig en geregeld met een gynaecoloog, werkzaam in een nabijgelegen ziekenhuis. De projectleiders van de Regiopoli en de PA evalueren regelmatig op vooral praktische zaken rondom de spreekuren en de organisatie.

⁴² De beschrijving van het praktijkvoorbeeld is tot stand gekomen door interviews met een bestuurder/huisarts, projectleider, gynaecoloog, cardioloog, PA en vier patiënten. Daarnaast is gebruik gemaakt van het document: 'Project uitvoering anderhalvelijnszorg (2015)'.

Financiering en besteding	<p>De financiering door De Friese Zorgverzekeraar verloopt via het 3^e segment (besteding huisartsenzorg) (innovaties/vernieuwing en specifieke prestaties). Bij een aantal andere zorgverzekeraars is de start ondersteund vanuit het Innovatiefonds Zorgverzekeraars en/of Stichting De Friesland. Deze zorgverzekeraars hebben de keuze gemaakt om de segment 3 afspraken te volgen. Vanaf 2016 wordt jaarlijks een overeenkomst gesloten.</p> <p>Alle kosten die gemaakt worden voor de Regiopoly worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraars door de Regiopoly. De Regiopoly betaalt een vergoeding voor de afgesproken geleverde diensten. Dat geldt ook voor de geleverde diensten van de PA als ZZP'er.</p>
Aanleiding praktijkvoorbeeld	<p>De Regiopoly bood spreekuurtijd van één dagdeel per week voor de vakgroep gynaecologie van het ziekenhuis. De wachttijd binnen de Regiopoly was echter opgelopen tot acht weken. De gynaecologen hadden onvoldoende capaciteit om meer dagdelen in te vullen voor de Regiopoly om de wachttijd voor patiënten tot het gewenste niveau te brengen. Dit was de aanleiding om te starten met de inzet van een PA met specialisatie in gynaecologie.</p>
Beoogde effecten	<ul style="list-style-type: none"> • Terugbrengen van de wachttijd voor patiënten naar twee weken. • Lagere zorgkosten (het uurtarief van een PA is lager dan van een medisch specialist).
(Ervaren) gerealiseerde effecten	<ul style="list-style-type: none"> • Patiënten waarderen de snelle behandeling, korte wachttijd en kleinschaligheid van de Regiopoly. • Specifiek voor de PA: patiënten waarderen de persoonsgerichte communicatie, geen hiërarchische verhouding, 'zoals je wel eens met een arts kunt hebben', maar normaal gelijkwaardig contact en vertrouwen in deskundigheid. • De wachttijden voor de patiënt zijn tot een acceptabel niveau van maximaal twee weken teruggebracht.
Ervaringen van professionals met de inzet van de PA	<p>De inzet van de PA zou in eerste instantie starten per 1 januari 2019 in samenwerking met de vakgroep gynaecologie, onder voorwaarde van een supervisie-regeling met de gynaecologen. Binnen de vakgroep bestond een visieverschil over de afbakening van het gynaecologisch-</p>

	<p>specialistisch domein, hetgeen de inzet van de PA belemmerde. De projectleiding besloot daarop de samenwerking met de vakgroep gynaecologie te beëindigen en de PA per 1 mei 2019 in te zetten vanuit het samenwerkingsverband met de huisartsencoöperatie. Degene die de inzet van de PA op de Regiopoli ondersteunde, was bekend met de PA en haar competenties.</p>
Bevorderende factoren	<ul style="list-style-type: none"> • Goede communicatieve vaardigheden van de PA, met name in het gesprek met de patiënt, het meepraten en meebeslissen over het beleid, vaardig op het terrein waarop zij wordt ingezet. • Beschikbaarheid van de PA. • Acceptatie van de functie PA door de patiënten. • De PA vindt het leuk om ook buiten het ziekenhuis te werken en directe contacten te onderhouden met andere zorgprofessionals. • Voldoende volume aan patiënten. • Gedeelde visie van projectleiders en de zorgverzekeraars. • Volhardendheid, enthousiasme, overtuigde leidinggevenden en management.
Belemmerende factoren	<ul style="list-style-type: none"> • Onbekendheid bij medisch specialisten met de competenties en de bevoegdheden van de PA. • Medisch specialisten die vinden dat alleen zij medische-specialistische zorg kunnen uitvoeren. • Mogelijke angst bij medisch specialisten voor vermindering productie door inzet van de PA. • De visie dat eerst de context helder moet zijn en daarna de professionals een plaats krijgen, vertraagde de organisatieontwikkeling van de anderhalvelijnszorg en andere nieuwe zorgvormen.
Potentieel PA in de Regiopoli / anderhalvelijn	<p><i>Plannen voor PA Cardiologie</i></p> <p>In de Regiopoli bestaat het plan om voor de vakgroep cardiologie een PA in te zetten voor de Regiopoli. Het betreft het verrichten van diagnostisch onderzoek met echografie op de locatie van het ziekenhuis door een PA, voor patiënten die naar de Regiopoli worden verwezen. De Regiopoli beschikt niet over de apparatuur, maar de</p>

diagnostiek wordt wel gerekend tot de anderhalvelijnszorg. De financiering zou daarop worden aangepast.

Groei zorgvraag en krapte arbeidsmarkt

Het patiëntenaanbod wordt te groot. Andere vormen van zorg, zoals ketenzorg en ontschotting, zijn nodig om aan de zorgvraag te kunnen voldoen. De inzet van een PA of VS is hierbij hard nodig.

Huisartsen hebben te weinig tijd en bouwen te weinig ervaring op om naast hun normale spreekuren andere, meer of nieuwe medisch-specialistische zorg uit te voeren.

Er is genoeg werk voor medisch specialisten in het ziekenhuis. Er zijn genoeg eenvoudige medische handelingen die door een PA kunnen worden uitgevoerd. Het gaat om relatief eenvoudige, medische verrichtingen, maar de professional moet voldoende ervaring hebben om deze goed en efficiënt uit te voeren. De specialist kan zich dan richten op complexere zorg.