

Notitie

Multidisciplinaire Reumazorg 2014

Werkgroep Multidisciplinaire Reumazorg

in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie

Inhoud

	Pagina:
Inleiding	3
Aanpak werkgroep	4
Paragraaf 1: Wat is de huidige stand van MD-reumazorg op de werkvloer?	6
Paragraaf 2: Wat zijn de wensen en mogelijkheden voor verdere ontwikkeling?	9
Paragraaf 3: Wat is de rol van de NVR bij deze wensen tot verdere ontwikkeling?	10
Volgende stappen	12

Aparte bijlagen bij deze notitie:

Bijlage 1.	Samenstelling van de werkgroep
Bijlage 2.	Handreiking implementatie taakherschikking
Bijlage 3.	Respons online vragenlijst
Bijlage 4.	Resultaten online vragenlijst multidisciplinaire reumazorg 2014
Bijlage 5.	Verdiepende vragen plus instructie voor de interviewers
Bijlage 6.	Voorstel jaarplannen en taakopdracht adviescommissies en werkgroepen Raad Kwaliteit 2015 (blz. 21-22 werkgroep Taakherschikking)

Lijst met afkortingen:

AIOS	=	Arts-assistant In Opleiding tot Specialist
AT	=	Arteriitis Temporalis
HP	=	Health Professional
KNMG	=	Koninklijke Nederlandse Maatschappij der Geneeskunst
MD-reumazorg	=	MultiDisciplinaire reumazorg
MDO	=	MultiDisciplinair Overleg
NHPR	=	Nederlandse Health Professionals Reumatologie
NVR	=	Nederlandse Vereniging voor Reumatologie
PA	=	Physician Assistant
PMR	=	PolyMyalgia Rheumatica
RA	=	Reumatoïde Artritis
V&VN	=	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VS	=	Verpleegkundig Specialist
VRC	=	Verpleegkundig ReumaConsulent

Inleiding

Het reumatologisch zorg landschap verandert continu. De komst van PA en VS zijn daar voorbeelden van. Reumatologische zorg is multidisciplinair van karakter, waar diverse health professionals bij betrokken zijn. Het vraagt om continue dialoog tussen de betrokken disciplines om inhoud te geven aan de opzet van zorg en het helder hebben en houden van elkaars taken en posities.

Het proces ter verduidelijking van de positionering van health professionals binnen de NVR vloeit voort uit het Strategisch Beleidsplan NVR 2011-2016: 'Reumatologie: zichtbaar beter!'.

In 2013 is op verschillende manieren in kaart gebracht wat de beelden en de wensen zijn van reumatologen en andere health professionals met betrekking tot positionering en samenwerking. Er zijn interviews gehouden en er is een parallelsessie aan gewijd tijdens de Najaarsdagen NVR van 2013. Uit deze parallelsessie zijn 6 thema's gekomen die in 2014-2015 verder zouden moeten worden uitgewerkt.

Tijdens een voorzittersgesprek in het najaar van 2013 hebben de voorzitters van NVR, NHPR en V&VN reumatologie 3 uit 6 thema's gekozen om verder uit te werken in 2014-2015. Het betreft het thema 'verhelderen van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van health professionals', het thema 'bestuurlijke situatie', en het thema 'inventariseren van lokale en regionale initiatieven van multidisciplinaire samenwerking'. De keuze is door hen toegelicht in een brief aan de leden d.d. 4 maart 2014.

De voorliggende notitie behelst het thema 'verhelderen van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van health professionals' De aanpak van dit thema bestaat uit twee delen.

In afstemming met het bestuur van de NVR is afgesproken dat een op te richten werkgroep eerst de huidige stand van zaken gaat verkennen c.q. onderzoeken, en, afhankelijk van de bevindingen, in tweede instantie in eenzelfde of andere samenstelling zal werken aan verdere implementatie van multidisciplinaire samenwerking.

Hiertoe is in 2014 in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR) de werkgroep Multidisciplinaire Reumazorg¹ samengesteld (zie bijlage 1). Deze

¹ Met *multidisciplinaire zorg* wordt in dit verband bedoeld: zorg door reumatologen en health professionals (VRC, VS, PA, NP, ergotherapeut, psycholoog, maatschappelijk werker, ergotherapeut en fysiotherapeut met aandachtsgebied reumatologie).

werkgroep heeft als opdracht het onderzoeken van de huidige stand van zaken en toekomstige mogelijkheden met betrekking tot de multidisciplinaire reumazorg (MD-reumazorg) in Nederland. De werkgroep is begeleid door Aike Kruize en Sacha Simons.

In afstemming met het bestuur van de NVR heeft de werkgroep haar oorspronkelijke opdracht enigszins aangepast tot:

- Onderzoek de stand van zaken met betrekking tot het multidisciplinair vormgeven van de reumatologische patiëntenzorg in Nederland;
- Onderzoek naar mogelijkheden liggen om multidisciplinaire zorg verder te ontwikkelen (verduidelijk competenties, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden);
- Geef aan wat de NVR normerend zou moeten opleggen c.q. zou moeten aanbevelen om uit te werken in de ziekenhuispraktijk c.q. niet van toepassing zou moeten vinden voor de reumatologie.

Neem hierin mee de wettelijke regeling om taakherschikking mogelijk te maken en gebruik daartoe de Handreiking implementatie taakherschikking als hulpmiddel (zie bijlage 2).

De uitwerking van het tweede deel van bovenstaand thema zal afhankelijk zijn van de resultaten van het voorliggende eerste deel. Na presentatie en nauw overleg met het bestuur van de NVR, zal deel 2 starten.

Aanpak werkgroep

Vanaf het begin van het proces heeft de werkgroep in haar aanpak een viertal uitgangspunten in gedachten gehouden:

- MD-reumazorg is een middel om de kwaliteit van gezondheidszorg te verbeteren, maar is geen doel op zich;
- Uitdrukkelijk is gekozen voor een procesmatige benadering naast een inventarisatie van de competenties;
- De conclusies en aanbevelingen zijn representatief voor het onderzochte veld, dat wil zeggen ze komen voort uit de standpunten, meningen en ideeën van de respondenten, en niet uit die van de leden van de werkgroep zelf;
- Wetenschappelijk onderzoek is niet het doel van de werkgroep. De vragenlijst en de interviews hebben een schat aan informatie opgeleverd. Deze informatie gebruiken we globaal om de vragen uit de opdrachtformulering te beantwoorden. De beschikbare informatie zal ook in de volgende fase(n) worden gebruikt.

In juli 2014 is de werkgroep voor het eerst bij elkaar gekomen. De opdracht is uitgewerkt tot een twintig vragen tellende online vragenlijst gebaseerd op de Handreiking Implementatie Taakherschikking. Deze vragenlijst is eind september per e-mail uitgezet onder de leden van de NVR, NHPR en V&VN Reumatologie. De vragenlijst is door 207 leden ingevuld (zie bijlage 3).

De resultaten (zie bijlage 4) zijn uitgewerkt en tijdens een tweede bijeenkomst in november 2014 is hieruit een aantal verdiepende vragen geformuleerd. Deze vragen zijn vervolgens door de leden van de werkgroep in interviewvorm voorgelegd aan 28 reumatologen en health professionals (HP), verdeeld over de verschillende disciplines (zie bijlage 5). De interviewers hebben zoveel mogelijk een collega van een andere discipline en bij voorkeur werkzaam in een ander ziekenhuis, bevroegd. De vijf verdiepende vragen zijn ook gemaïld naar alle leden. Drie leden hebben de vragen beantwoord en teruggestuurd.

Vervolgens hebben in december 2014 5 duo's de interviews geanalyseerd, conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan².

De antwoorden van de leden, voortkomend uit de online vragenlijst en de interviews zijn de basis voor onderstaande conclusies en aanbevelingen. Waarbij wel wordt aangemerkt dat de resultaten van de vragenlijst de basis vormen voor deze notitie. De resultaten van de interviews zijn meer ter illustratie en ondersteunen de bevindingen in de vragenlijst.

Het resultaat van het eerste, verkennende c.q. onderzoekende deel wordt onderstaand beschreven in drie paragrafen, overeenkomend met de drie items van de opdracht van de NVR aan de werkgroep. De notitie wordt afgesloten met aanbevelingen voor de eerstvolgende te nemen stappen.

² De uitgewerkte interviews zijn opvraagbaar bij de werkgroep.

Paragraaf 1: Wat is de huidige stand van MD-reumazorg op de werkvloer?

ALGEMENE SAMENVATTING

Samenvattend lijkt taakherschikking, naar aanleiding van de verruiming van mogelijkheden en bevoegdheden van VS en PA, enigszins op gang te zijn gekomen. De Handreiking Taakherschikking is daarbij nauwelijks als hulpmiddel bekend en gebruikt. De wijze waarop multidisciplinaire reumazorg is vormgegeven, is divers. In verschillende centra worden verschillende health professionals op verschillende manieren ingezet. Afhankelijk van de lokale situatie worden van de diverse HP andere competenties ingezet voor de reumazorg, diverse HP hebben op verschillende plekken andere taken en andere bevoegdheden. Zorgverleners zijn het minst bekend met taken en bevoegdheden van PA en VS. Multidisciplinaire reumazorg is bij een redelijke groep respondenten periodiek onderwerp van gesprek. Dit geldt vooral voor de reumatoloog, AIO, VRC, PA en VS.

Hieronder wordt de algemene samenvatting geïllustreerd aan de hand van voorbeelden van resultaten per vragengroep uit de online vragenlijst en de uitkomsten van de interviews.

HOE MULTIDISCIPLINAIR IS DE REUMATOLOGISCHE PATIËNTENZORG?

Diagnoses/patiëntgroepen

Vier van de acht patiëntgroepen/diagnoses waarnaar is gevraagd (vraag 4) wordt door bijna alle health professionals gezien: RA, artritis, artrose en pijnsyndroom. Kristalartropathie, PMR en systeemaandoeningen wordt gemiddeld door 70% van de health professionals gezien. De patiëntgroep die relatief laag scoort (40%) is JIA/juveniele aandoening. Respondenten geven aan ook andere patiënten te zien, zoals jicht en osteoporose.

Diagnostische en therapeutische handelingen

De uitslag op de vragen (vraag 14 t/m 18) die inzicht geven in welke diagnostische en therapeutische handelingen VS, PA en VRC (al dan niet zelfstandig en/of na overleg met een arts) verrichten, is divers, enkele voorbeelden: de respondenten melden dat 60% van de VRC en 100% van PA/VS zelfstandig gewrichtsonderzoek doet. Gemeld wordt dat 0% van de VRC tegen 50% van VS, en 14 % van de PA zelfstandig gewrichtspunctie verricht.

Dan is gemeld dat 0% van VRC , 85% van VS en 100% van PA zelfstandig medicatie voorschrijft, en 4% van VRC, 80% van VS en 100% van PA zelfstandig medicatie wijzigt.

Beschikbaarheid arts

De vraag die de koppeling van het bezoek van de patiënt aan reumatoloog en HP betreft (vraag 19) leidt tot de volgende antwoorden: 15.7% van de respondenten geeft aan dat het bezoek van de patiënt aan de HP *meestal* gekoppeld wordt aan een bezoek aan de reumatoloog; 46.1% dat er *regelmatig* sprake is van een gekoppeld bezoek.

Van de VRC meldt 19,3% dat *zelden of nooit* sprake is van een gekoppeld bezoek vs. 55% van de VS en 71,5% van de PA.

Daarnaast geeft 91,9% van de VRC aan dat de reumatoloog *voldoende* beschikbaar is voor overleg of meekijken vs. 80% van de VS en 85,8% van de PA.

Aanvullend komt uit de interviews regelmatig naar voren de omschrijving van "basis taken" of "handelingen die vaak voorkomen" voor de term zelfstandige handelingen. Overleg vindt plaats bij twijfel. Daar waar taken overlappen of niet duidelijk omschreven zijn kunnen concurrentie problemen ontstaan, bijvoorbeeld tussen VRC en VS, of tussen PA en AIOS reumatologie.

WAT IS DE MATE VAN TAAKHERSCHIKKING SINDS 2012?

Overall geeft 22% van de respondenten het antwoord ja op de vraag of de verruiming van bevoegdheden van PA en VS in 2012 heeft geleid tot taakherschikking (vraag 5). En 46% geeft het antwoord "ja" of "deels". PA scoren anders: 85% van de PA antwoordt "ja" op deze vraag.

Op de vraag naar bekendheid met de Handreiking Implementatie Taakherschikking november 2012 (KNMG et al) (vraag 6) geeft 39% van de respondenten aan er niet bekend mee te zijn, 36% heeft er wel eens van gehoord, 21% heeft het document gelezen en 4% heeft het gebruikt. Een uitzondering op deze uitkomsten zijn de PA en de VS: 100% resp. 80% van hen heeft het document gebruikt of gelezen.

De vraag of de handreiking heeft geleid tot verschuiving van reumazorg op de eigen afdeling (vraag 7) wordt door 22% van de respondenten beantwoord met "ja" of "deels".

Wat op valt bij de beantwoording van vraag 7 is dat er veel (uiteenlopend) aanvullend commentaar wordt gegeven bij deze vraag.

HOE GOED KENNEN DE DISCIPLINES ELKAAR?

Op de vraag naar bekendheid met taken, bevoegdheden etc. van andere disciplines (vraag 8) komt naar voren dat men het minst bekend is met de taken en bevoegdheden van PA en VS. Ter illustratie de percentages van de respondenten die een 8 of hoger

(‘goed’) scoren op een schaal van 0 tot 10: reumatologen: 27% resp. 38%; reumaverpleegkundigen 28% resp. 55%; overige disciplines 13% resp. 17%.

Daarnaast valt op dat meestal niet meer dan 50% van de respondenten een “goed” scoort op de vraag of men bekend is met de andere discipline.

HOE VAAK IS MULTIDISCIPLINAIRE REUMAZORG ONDERWERP VAN GESPREK?

‘Wie doet wat in de zorg’ (vraag 9) is vooral onderwerp van gesprek voor AIOS, PA, reumatoloog, VRC en VS; als er veranderingen zijn, wordt dat vastgelegd door 65% van de reumatologen en bijv. door 60% van de VRC.

HOE GOED BENUTTEN WE ELKAARS EXPERTISE?

De vraag “in welke mate benut uw afdeling de competenties van de disciplines werkzaam op uw afdeling?” (vraag 13) is uitgesplitst per patiëntengroep/diagnose. De twee diagnoses die het hoogst scoren (op een schaal van 0 tot 10) zijn de RA (7,7) en artrose (7,3). De twee diagnoses die het laagst scoren zijn patiënten met een juveniele aandoening (5,6) en patiënten met PMR en arteritis temporalis (5,9).

HOE TEVREDEN IS MEN OP DIT MOMENT? EN WELKE MEERWAARDE ZIET MEN?

In de interviews is een aantal zaken verdiepend verkend (zie bijlage 4 t/m 6): Daar waar reumazorg multidisciplinair wordt gegeven zijn HP en reumatologen grotendeels tevreden over hun eigen situatie. Maar men ervaart zeker ruimte voor verbetering.

Men is overtuigd van de meerwaarde van MD-reumazorg. Men ziet meerwaarde bij patiëntenvoorlichting, compliance verbetering, complexe patiënten en problemen, ziekteactiviteit monitoring, treat-to-target aanpak, gespecialiseerde poli’s, signalering van contextuele gezondheidsproblematiek, case managing, toegankelijkheidsverbetering, en besparing van tijd en kosten. Korte overleglijnen (bijvoorbeeld via MDO) en geprotocolleerde behandeltrajecten worden als positief ervaren.

In het kader van MD-reumazorg vindt men het belangrijk, dat er aandacht is voor het formuleren van gezamenlijke doelen, en er voldoende tijd wordt genomen voor afstemming en overleg. Men noemt dat men moet letten op het voorkomen van tegenstrijdige informatie aan de patiënt, van overbehandeling. Men noemt het risico op medische missers bij complexe problematiek. Ook noemt men ervoor te waken dat de patiënt te weinig contact houdt met de reumatoloog.

Voorals PA vinden dat er nog beter gebruik gemaakt kan worden van hun competenties.

Paragraaf 2: Wat zijn de wensen en mogelijkheden voor verdere ontwikkeling?

Op de vraag waar men in algemene zin op de eigen afdeling de meeste winst voor de patiënt denkt te behalen als het gaat om verdere ontwikkeling van multidisciplinaire reumazorg (vraag 11³) noemt 55% van de respondenten 'het verhelfen van taken van health professionals (bijv. in zorgpaden, protocollen)', 'het uitbreiden van multidisciplinaire reumazorg naar meer patiëntgroepen' (36%) en 'het uitbreiden van de rol van reeds betrokken disciplines bij multidisciplinaire reumazorg' (41%).

Deze keuzes lijken te worden ondersteund door de bevindingen verwoord in op paragraaf 1.

In onderstaande tabel zijn suggesties voor verdere inhoudelijke ontwikkeling van multidisciplinaire reumazorg op de werkvloer samengevoegd.

- Vooral door reumatologen wordt taakherschikking van medische taken bij stabiele patiënten naar PA en VS en RV (mits de competenties van de laatste hiertoe worden uitgebreid) genoemd;
- VS en PA geven aan dat hun competenties en vaardigheden nog beter kunnen worden benut (breder aanbod van aandoeningen, voorbehouden handelingen, wetenschappelijk onderzoek);
- Het uitbreiden van multidisciplinaire zorg naar jicht/kristalziekten, PMR en AT, spondylartropathie, systeemziekten en jeugdreuma; aandoening-specifieke spreekuren;
- RV geven aan een rol te kunnen spelen in verbinding tussen de diverse disciplines in MD-reumazorg en ook tussen tweede en eerste lijn. Het aanbod van aandoeningen dat gezien wordt door de RV kan worden verbreed;
- Overige HP (fysiotherapeut, ergotherapeut, maatschappelijk werk, psycholoog) zien graag betere structurering van verwijzingen. Er is bij hen behoefte aan richtlijnen en aan heldere taakomschrijving van de diverse disciplines;
- RV, PA en VS hebben behoefte aan scholing. PA en VS noemen concreet kennis van radiologisch onderzoek en immunologie. RV noemt kennis van diagnostiek zoals interpretatie van lab uitslagen. In ziekenhuizen waar geen opleiding tot reumatoloog is hebben PA en VS weinig scholingsmogelijkheden binnen hun ziekenhuis.

³ Deze vraag heeft 5 keuzemogelijkheden. De respondenten mochten er 1 of 2 kiezen.

Paragraaf 3: Wat is de rol van de NVR bij deze wensen tot verdere ontwikkeling?

ROL IN ALGEMENE ZIN

Op de vraag naar wat NVR/NHPR/V&VN reumatologie kunnen doen om multidisciplinaire zorg op de werkvloer te bevorderen (vraag 12) komen het meest duidelijk naar voren het beschikbaar stellen van praktijkvoorbeelden en het actief informeren van de leden over landelijke ontwikkelingen. Dit liever dan bijvoorbeeld het uitbreiden van de kwaliteitsvisite op dit vlak. Dat betekent dat de respondenten de rol van de NVR meer zien op het gebied van inspireren, stimuleren en informeren dan op het terrein van normerend en verplichtend optreden. De resultaten in de interviews ondersteunen deze wens.

Alles bij elkaar genomen komt de werkgroep dan tot een drietal type adviezen. Adviezen gericht op het bevorderen van een continue dialoog tussen de betrokken disciplines om inhoud te geven aan de opzet van zorg en het helder hebben en houden van elkaars taken en posities. Met als resultaat optimale zorg voor de patiënt met een reumatische aandoening.

- het (verder) verbeteren van de positie en verhoudingen van de diverse disciplines op verenigingsniveau;
- het (verder) verbeteren van de positie en verhoudingen van verschillende disciplines op de werkvloer;
- het verder uitbouwen van multidisciplinaire reumazorg op de werkvloer.

CONCRETE ADVIEZEN

Met betrekking tot *positie en verhoudingen van de diverse disciplines op verenigingsniveau adviseert de werkgroep de NVR om:*

- wanneer landelijke ontwikkelingen op het gebied van multidisciplinaire samenwerking en –zorg verdere verkenning vragen, dit multidisciplinair aanpakken. Denk bijv. aan de impact van de veranderde DOT systematiek voor de inzet van met name verpleegkundigen;
- contacten en communicatie tussen verschillende disciplines te stimuleren, o.a. door het organiseren van gezamenlijke scholingsmomenten of bevorderen van werkbezoeken tussen verschillende ziekenhuizen;

- de huidige mogelijkheden tot MD-reumazorg in diverse opleiding- en scholing-situaties op te nemen c.q. uit te breiden: neem MD op in opleiding tot reumatoloog (Boerhaave, stage/meelopen met HP), breid de mogelijkheden dat HP, RV/PA/VS mee kunnen doen (als gastdocent, als student) uit;
- geregeld en duidelijk de bijdrage van de diverse health professionals binnen de reumazorg positief uit te spreken en uit te dragen;
- de positionering en multidisciplinaire reumazorg op de agenda terug te laten komen in het halfjaarlijks gesprek van de voorzitters van NVR, NHPR en V&VN Reumatologie.

De werkgroep adviseert de NVR met betrekking tot *positie en verhoudingen van verschillende disciplines op de werkvloer om:*

- voorbeelden beschikbaar te stellen van praktijken waar herschikking van taken is geïmplementeerd; hoe men lokaal de kwaliteits- en juridische kaders van HP kan vastleggen;
- actief haar leden te informeren over landelijke ontwikkelingen op het gebied van taken, competenties en bevoegdheden van health professionals. Denk bijv. ook aan de impact van de veranderde DOT systematiek voor de inzet van met name verpleegkundigen. En waar nodig de impact hiervan multidisciplinair verder verkennen op verenigingsniveau;
- haar leden te stimuleren multidisciplinaire samenwerking een structureel gespreksonderwerp te laten zijn binnen de behandelcentra;
- eenduidige competentieprofielen, minimaal voor PA en VS, breed beschikbaar te maken (op de websites) en het hanteren ervan te ondersteunen. Hierbij is aan te bevelen gebruik te maken van het werk dat hierin inmiddels door de HP zelf is verricht⁴;
- de informatie die besloten zit in de praktijkvoorbeelden om te zetten in praktische hulpmiddelen voor verdere ontwikkeling van multidisciplinaire reumazorg c.q. (verdere) implementatie van taakherschikking. Te denken valt aan een stappenplan, een lijst met do's en don'ts, contactgegevens van collega's etc.

⁴ Denk bijvoorbeeld aan: Hurkmans, E.J. c.s., Nederlands Tijdschrift voor Reumatologie, 2013, 3 en www.napa.nl

De werkgroep adviseert met betrekking tot *de inhoud van de multidisciplinaire reumazorg op de werkvloer*:

- aan haar leden de vraag voor te leggen of de gepresenteerde bevindingen aanleiding geven tot (de ambitie tot) verbetering van MD-reumazorg;
- aan haar leden voor te leggen of de inhoudelijke suggesties (op pagina 9) aanleiding geven tot een vraag om actie c.q. expliciete steun van de kant van de NVR.

Volgende stappen

De uitwerking van het tweede deel van het thema is afhankelijk van de resultaten van het voorliggende eerste deel. Met het bestuur van de NVR is afgesproken dat in uiterlijk 21 april 2015 een projectaanvraag voor de SKMS-kwaliteitsgelden zal worden gevraagd. Een aanvraag hiertoe is in verregaande staat van voorbereiding. Het ontwikkelen van "Hulpmiddelen bij implementatie van kwaliteitsactiviteiten" is een criterium om voor deze gelden in aanmerking te komen. Daarnaast sluit deze notitie aan bij het jaarplan 2015 van de werkgroep Taakherschikking Raad Kwaliteit van de Federatie van Medisch Specialististen (zie bijlage 6; blz. 21-22).

Na presentatie en nauw overleg met het bestuur van de NVR, zal dan deel 2 starten. Om u enig idee te geven wordt gedacht in de richting van:

- Het maken van beleidsvoorstellen in de vorm van advies, spelregels, normen op het gebied van implementatie van multidisciplinaire zorg;
- Het maken van gereedschap, hulpmiddelen voor de leden als: schriftelijke informatie, het bieden van faciliteiten op de website, het ontwikkelen van een concrete, praktische handleiding c.q. aanpak voor implementatie taakherschikking op de werkvloer etc.⁵

Wanneer helder is welke adviezen de NVR accordeert, zullen vervolgoopdracht voor de werkgroep en aanpak voor de uitvoering ervan kunnen worden bepaald.

⁵ Opdracht Handreiking Implementatie Taakherschikking 28-01-2014 aan S. Simons en A. A. Kruize.